

# Administración del Seguro Social

## Información importante



**ESTA CARTA ES SÓLO PARA SU INFORMACIÓN.  
NO LLENE LAS PÁGINAS SIGUIENTES. ESTO NO  
ES UNA SOLICITUD.**

### **Usted podría tener derecho a recibir el Beneficio Adicional para ayudar con los gastos de sus medicamentos recetados.**

El programa de medicamentos recetados de Medicare le ofrece la opción de distintos planes de medicamentos recetados con varios tipos de cobertura. Además, usted podría recibir el Beneficio Adicional para ayudar a pagar sus primas mensuales, deducibles anuales, y copagos relacionados con un programa de medicamentos recetados de Medicare.

Antes de que podamos ayudarle, **debe llenar esta solicitud y enviarla hoy mismo por correo en el sobre adjunto**, o puede llenar una solicitud por Internet en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov). Revisaremos su solicitud y le enviaremos una carta notificándole si tiene derecho al Beneficio Adicional. Necesita inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare para usar este Beneficio Adicional.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud, llame al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Para informarse mejor, visite [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov).

**Es posible que también pueda recibir ayuda de su estado con otros gastos de Medicare bajo los Programas de Ahorros de Medicare.** Al llenar este formulario, usted comenzará el proceso de solicitud para el Programa de Ahorros de Medicare. Enviaremos su información a su estado a menos que usted nos diga que no al contestar la pregunta 15 en este formulario. Entonces, su estado se comunicará con usted para ayudarle a solicitar los Programas de Ahorros de Medicare.

Si necesita información sobre el programa de medicamentos recetados de Medicare o sobre cómo inscribirse a un plan, llame al **1-800-MEDICARE** (TTY **1-877-486-2048**) o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). También puede pedir información sobre cómo comunicarse con el programa de ayuda de seguro de salud en su estado, State Health Insurance Assistance Program (SHIP, siglas en inglés). Este programa le ayudará con sus preguntas de Medicare.

Envíe su solicitud por correo hoy mismo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Michael J. Astrue'.

Michael J. Astrue  
Comisionado

# Instrucciones generales para llenar la Solicitud para recibir el Beneficio Adicional con los gastos del plan de medicamentos recetados de Medicare



## Si usted está ayudando a otra persona a llenar esta solicitud \_\_\_\_\_

Conteste las preguntas como si esa persona estuviera llenando la solicitud. Debe saber el número de Seguro Social y los datos financieros de la persona. También debe llenar la Sección B en la página 6.

¿Tiene usted, Medicare y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, siglas en inglés) o Medicare y Medicaid?

Si responde que **SÍ**, no llene esta solicitud porque recibirá el Beneficio Adicional automáticamente.

¿Paga el programa de Medicaid de su estado sus primas de Medicare debido a que usted participa en un programa de ahorros de Medicare?

Si responde que **SÍ**, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid para informarse mejor. Es posible que pueda recibir el Beneficio Adicional automáticamente y no tenga que llenar esta solicitud.

## Cómo llenar esta solicitud \_\_\_\_\_

- Use **TINTA NEGRA** solamente;
- **Mantenga sus números, letras y X dentro de los encasillados; use sólo letras MAYÚSCULAS;**
- No añada ningún comentario por escrito en la solicitud;
- No escriba el signo de dólar cuando escriba cantidades de dinero; y
- Puede redondear los centavos a dólares.

**EJEMPLO**

Escriba una X en el encasillado.  
NO use marcas de cotejo ni  
sombree los encasillados.

 <b>CORRECTO</b>	 <b>INCORRECTO</b>
---------------------	-----------------------

**EJEMPLO**

Use letras mayúsculas  
cuando escriba sus  
respuestas

A	B	C	D
---	---	---	---

## Para llenar su solicitud \_\_\_\_\_

Usted puede llenar la solicitud por Internet en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov) o puede llenar y firmar este formulario y devolverlo por correo en el sobre predirigido y franqueado adjunto a:

**Social Security Administration**  
**Wilkes-Barre Data Operations Center**  
**P.O. Box 1020**  
**Wilkes-Barre, PA 18767-9910**

Devuelva este paquete completo en el sobre adjunto. No incluya ningún otro documento en el sobre. Si necesitamos más información, nos comunicaremos con usted.

**NOTA:** Para solicitar beneficios, necesita vivir en uno de los 50 estados de los EE. UU. o el Distrito de Columbia.

## Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud \_\_\_\_\_

Puede llamarnos gratis al **1-800-772-1213**, o si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamar a nuestro número TTY, **1-800-325-0778**.



<p align="center"><b>Solicitud para recibir el Beneficio Adicional con los gastos del plan de medicamentos recetados de Medicare</b></p>	
<p align="center"><b>ÉSTA ES UNA SOLICITUD PARA EL BENEFICIO ADICIONAL Y NO INSCRIBE AL SOLICITANTE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE.</b></p>	

1. Nombre del solicitante: Escriba el nombre en letra de molde según aparece en su tarjeta de Seguro Social. Escriba una letra por encasillado.

--	--	--

**NOMBRE**

**INICIAL**

--	--	--	--

**APELLIDO**

**SUFIJO (JR., SR., ETC.)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE (MES-DÍA-AÑO)**

2. Si usted está **casado y vive con su cónyuge**, favor de proveer la siguiente información **según aparece en la tarjeta de Seguro Social de su cónyuge**. Si usted no está casado actualmente, no vive con su cónyuge, o ha enviudado, pase a la pregunta 3 y no incluya ninguna información sobre su cónyuge en esta solicitud.

--	--	--

**NOMBRE**

**INICIAL**

--	--	--	--

**APELLIDO**

**SUFIJO (JR., SR., ETC.)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE (MES-DÍA-AÑO)**

Si su cónyuge tiene Medicare, ¿quiere él o ella solicitar el Beneficio Adicional también?  **SÍ**  **NO**

3. Si está **casado y vive con su cónyuge**, ¿tienen ahorros, inversiones o bienes raíces valorados en más de \$26,120? Si no está casado ni vive con su cónyuge, ¿tiene usted ahorros, inversiones o bienes raíces valorados en más de \$13,070? **NO incluya la casa donde vive, vehículos, posesiones personales, lotes en el cementerio, contratos irrevocables de entierro, ni pagos retroactivos del Seguro Social o SSI.**

**SÍ** Si escribe una  en el encasillado de **SÍ**, no tiene derecho al Beneficio Adicional. Sin embargo, es posible que su estado pueda ayudarle con sus gastos de Medicare a través de sus Programas de Ahorros de Medicare. Para empezar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare, pase a la pregunta 6, firme la solicitud y devuélvanosla. Si no le interesan los Programas de Ahorros de Medicare, pase a la pregunta 15 en la página 5.

**NO o NO ESTOY SEGURO** Si escribe una  en el encasillado de **NO o NO ESTOY SEGURO**, llene el resto de la solicitud y devuélvanosla.



**Si escribió una  en el encasillado de NO o NO ESTOY SEGURO en la pregunta 3, conteste todas las preguntas a continuación. Si está casado y vive con su cónyuge, debe contestar todas las preguntas para ambos.**

4. Indique a continuación el valor de todas las cuentas bancarias, inversiones o dinero en efectivo que usted, su cónyuge, si están casados y viven juntos, o ambos poseen. También incluya los artículos que cualquiera de los dos posee con otra persona. Incluya sólo las cantidades de dólares, no los números de cuenta. Si usted ni su cónyuge poseen ninguno de los artículos mencionados, ya sea solo o con otra persona, escriba una  en el encasillado de NINGUNO. NO incluya ningún pago retroactivo del Seguro Social o SSI que recibió en los últimos 10 meses.

• Suma total de todas las cuentas bancarias (cheques, ahorros y certificados de depósito)	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Suma total de todas las acciones, bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos, Cuentas de Retiro Individual (IRA) u otras inversiones similares	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Cualquier otro dinero en efectivo en la casa u otro lugar	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. ¿Se usará parte del dinero de las fuentes mencionadas en la pregunta 4 para pagar gastos fúnebres o de entierro?

Si responde que SÍ, pase a la pregunta 6.

Si responde que NO, escriba una  en el encasillado de NO y pase a la pregunta 6.

USTED:  NO      CÓNYUGE:  NO

6. Además de su hogar y la propiedad en la que se encuentra, ¿posee usted o su cónyuge, si están casados y viven juntos, otro(s) bienes raíces? Ejemplos de otros bienes raíces son casas de veraneo, propiedades de alquiler o tierras no desarrolladas aparte de su hogar.

SÍ       NO

7. Sin incluir a su cónyuge si están casados y viven juntos, ¿cuántos otros familiares viven en su hogar y reciben por lo menos la mitad de su sustento financiero de usted o su cónyuge? Contamos a los familiares con parentesco consanguíneo, por matrimonio o adopción.

Escriba una  en sólo uno de los encasillados. No se incluya a sí mismo ni a su cónyuge en el número que escoja a continuación. Si su hogar consiste sólo de usted, o usted y su cónyuge, escriba una  en el encasillado de NINGUNO.

NINGUNO    1    2    3    4    5    6    7    8    9 o más



8. Si usted o su cónyuge, si están casados y viven juntos, reciben **ingreso** de cualquiera de las fuentes indicadas a continuación, debe contestar las preguntas para ambos. Favor de indicar la cantidad total que reciben cada mes. **Si la cantidad cambia de mes en mes o no la reciben cada mes, indique la cantidad mensual promedio de ingreso para el año pasado para cada tipo** en los encasillados apropiados. No liste aquí salarios ni ganancias de trabajo por cuenta propia, ingreso de intereses, ayuda pública, reembolsos médicos o pagos de cuidado tutelar. Si usted o su cónyuge no recibe ingreso de una de las fuentes a continuación, ponga una  en el encasillado de **NINGUNO** para esa fuente.

		<b>Beneficio mensual</b>
• Beneficios de Seguro Social <b>antes de deducciones</b>	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Beneficios de Retiro Ferroviario <b>antes de deducciones</b>	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Beneficios de Veteranos <b>antes de deducciones</b>	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Otras pensiones o anualidades <b>antes de deducciones</b> . No incluya dinero que reciba de los artículos en la pregunta 4.	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Otro ingreso que no esté indicado arriba, incluso manutención, ingreso neto de alquiler, compensación a trabajadores, pagos por incapacidad privados o estatales, etc. (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. En los últimos dos años, ¿han disminuido alguna de las cantidades que incluyó en la pregunta 8?

SÍ       NO

**Si usted ha trabajado en los últimos dos años, debe contestar las preguntas 10-14. Si usted está casado y vive con su cónyuge y cualquiera de los dos ha trabajado en los últimos dos años, debe contestar las preguntas 10-14. De lo contrario, pase a la pregunta 15.**

10. ¿Cuánto espera ganar en salarios antes de impuestos y deducciones **este año calendario**?

USTED:  **NINGUNO** \$    ,    .

CÓNYUGE:  **NINGUNO** \$    ,    .



11. Si trabaja por cuenta propia, ¿cuánto espera que sean sus ganancias netas **este año calendario**? Si no trabaja por cuenta propia, escriba una  en el encasillado de **NINGUNO** y pase a la pregunta 12.

USTED:  NINGUNO \$  ,  .

CÓNYUGE:  NINGUNO \$  ,  .

Escriba una  en estos encasillados si usted o su cónyuge esperan una pérdida neta.

USTED:  CÓNYUGE:

12. En los últimos dos años, ¿han disminuido las cantidades que incluyó en las preguntas 10 ó 11?

SÍ  NO

13. Si usted o su cónyuge dejó de trabajar en el 2011 ó 2012, o planifica dejar de trabajar en el 2012 ó 2013, indique el mes y el año.

**EJEMPLO**

De enero a septiembre escriba un cero (0) en el primer encasillado. Mayo de 2012 debe escribirse:

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0	5	2	0	1	2
MES		AÑO			

USTED:  2 0   
MES AÑO

CÓNYUGE:  2 0   
MES AÑO

**Si usted es menor de 65 años, conteste la pregunta 14. Si usted está casado y vive con su cónyuge, y cualquiera de los dos es menor de 65 años, continúe a la pregunta 14. De lo contrario, pase a la pregunta 15.**

14. ¿Tiene usted o su cónyuge que pagar por artículos que le permitan trabajar? Sólo contaremos parte de sus ganancias hacia el límite de ingresos si usted trabaja y recibe beneficios de Seguro Social debido a una incapacidad o ceguera y tiene gastos relacionados con el trabajo por los cuales no recibe reembolso. Unos ejemplos de tales gastos son: el costo de tratamiento médico y medicamentos para el SIDA, cáncer, depresión o epilepsia; una silla de ruedas; servicios de un asistente personal; modificaciones a un vehículo, un chofer u otro servicio de transportación especial que sea necesario para viajar al trabajo; ayuda tecnológica relacionada con su trabajo; gastos de perro guía; ayudas visuales y sensoriales; y traducciones en Braille.

USTED:  SÍ  NO

CÓNYUGE:  SÍ  NO

15. **Información sobre los Programas de Ahorros de Medicare:** Es posible que pueda recibir ayuda de su estado con sus gastos de Medicare bajo los Programas de Ahorros de Medicare. Para empezar su solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare, el Seguro Social enviará su información a su estado a menos que usted nos diga que no lo hagamos. **Si usted quiere recibir ayuda de los Programas de Ahorros de Medicare, no conteste esta pregunta. Simplemente firme y feche la solicitud y su estado se comunicará con usted.**

Si **no** está interesado en solicitar para los Programas de Ahorros de Medicare, escriba una  en el encasillado siguiente.

**No, no envíe la información al estado.**



## Firmas

### INFORMACIÓN IMPORTANTE-POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Yo entiendo/Nosotros entendemos que la Administración del Seguro Social verificará mi declaración/nuestras declaraciones y comparará sus registros con los registros de otras agencias federales, estatales o municipales del gobierno, incluso el Servicio de Impuestos Internos (IRS, siglas en inglés), para asegurar que la determinación esté correcta.

Al presentar esta solicitud, yo autorizo/nosotros autorizamos a la Administración del Seguro Social a obtener y divulgar información relacionada a mis/nuestros ingresos, recursos y bienes, tanto domésticos como extranjeros, de acuerdo a las leyes de confidencialidad que aplican. Esta información puede incluir, pero no está limitada a, información sobre mis/nuestros salarios, balances de cuentas, inversiones, pólizas de seguros, beneficios y pensiones.

A menos que haya/hayamos contestado que «NO» en la pregunta 15, yo autorizo/nosotros autorizamos al Seguro Social que divulgue al estado la información financiera mencionada previamente y otra información que me/nos identifique individualmente, como mi/nuestros nombre(s), fecha(s) de nacimiento, sexo y número(s) de Seguro Social para iniciar el proceso de solicitud para los Programas de Ahorros de Medicare.

Yo declaro/Nosotros declaramos bajo pena de perjurio que he/hemos examinado toda la información en este formulario y que es cierta y correcta según mi/nuestro mejor entender.

**Por favor llene la Sección A. Si no puede firmar, un representante puede firmar por usted. Si alguien le ayudó, también llene la Sección B.**

#### Sección A

Su firma:	Fecha:	Número de teléfono: ( _____ ) _____ — _____
Firma de su cónyuge:	Fecha:	
Su dirección postal:	Núm. de apt.:	
Ciudad:	Estado :	Zona postal:

Si su dirección postal ha cambiado en los últimos tres meses, escriba una  aquí:

Si usted prefiere que nos comuniquemos con otra persona si tenemos más preguntas, por favor provea el nombre y un número de teléfono diurno de esa persona.

Nombre en letra de molde:	Apellido en letra de molde:	Número de teléfono: ( _____ ) _____ — _____
---------------------------	-----------------------------	------------------------------------------------

#### Sección B

Si alguien le ayudó a llenar esta solicitud, escriba una  en el encasillado que mejor describa a esa persona y provea el resto de la información que se solicita a continuación.

<input type="checkbox"/> Pariente	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Otro procurador	<input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agencia	<input type="checkbox"/> Trabajador Social	_____

Nombre en letra de molde:	Apellido en letra de molde:	Número de teléfono: ( _____ ) _____ — _____
Dirección:	Núm. de apt.:	
Ciudad:	Estado :	Zona postal:



## Aviso de la Ley de Confidencialidad/ Ley de Reducción de Trámites

---

La Sección 1860 D-14 de la *Ley del Seguro Social* autoriza la recopilación de la información que se solicita en este formulario. La Administración del Seguro Social usará la información que usted provea para determinar si tiene derecho a recibir ayuda para pagar la parte del costo de un plan de medicamentos recetados de Medicare que le corresponde a usted. Usted no tiene que darnos la información que pedimos. Sin embargo, si no provee la información, no podremos tomar una decisión a tiempo y correcta sobre su solicitud. Podemos divulgar la información recopilada en este formulario a otras agencias federales, estatales o municipales del gobierno para que nos ayuden a determinar si usted tiene derecho inicial o continuo al Beneficio Adicional, o si una ley federal requiere que se divulgue la información. Es posible que también tengamos que compartir la información con otros programas del Seguro Social, si el Seguro Social necesita determinar su derecho a esos programas.

También podemos usar la información que usted nos dé cuando comparemos registros por computadora. Hay programas que comparan nuestros registros con los de otras agencias federales, estatales o municipales del gobierno. Muchas agencias usan estos programas de comparación para determinar o verificar que una persona tiene derecho a beneficios pagados por el gobierno federal. La ley nos permite hacer esto aunque usted no esté de acuerdo. Explicaciones sobre estas y otras razones por las cuales la información que usted nos provee puede divulgarse o usarse están disponibles en las oficinas del Seguro Social. Si desea informarse mejor sobre esto, comuníquese con una oficina del Seguro Social.

Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites — Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la *Ley de Reducción de Trámites del 1995*. No se requiere que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que tardará alrededor de 30 minutos para leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios sobre nuestra estimación de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Sólo envíe comentarios sobre nuestra estimación de tiempo a esta dirección, no el formulario lleno.**

ENVÍENOS EL FORMULARIO LLENO A LA DIRECCIÓN MOSTRADA EN EL SOBRE FRANQUEADO Y PREDIRIGIDO ADJUNTO:

**Social Security Administration  
Wilkes-Barre Data Operations Center  
P.O. Box 1020  
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**