Administración del Seguro Social
Información importante

Usted podría ser elegible a recibir la Ayuda Adicional con los gastos del Plan de medicamentos recetados.

El programa de Medicare de medicamentos recetados le ofrece la opción de distintos planes de medicamentos recetados con varios tipos de cobertura. Además, usted podría recibir la Ayuda Adicional (un subsidio de Medicare parte D) 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, **tiene que llenar esta solicitud y enviarla hoy mismo por correo postal en el sobre adjunto,** o puede llenar la solicitud por internet en **https://www.ssa.gov/es/**medicare/part-d-extra-help. Revisaremos su solicitud y le enviaremos una carta notificándole si califica para la Ayuda Adicional. Necesita inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados para usar esta Ayuda Adicional.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud, llame al Seguro Social al **1-800-772-1213** y oprima el 7 para español (TTY **1-800-325-0778**). Para informarse mejor, visite www.segurosocial.gov.

Los Programas de Ahorros de Medicare también pueden ayudarle a ahorrar dinero con los gastos de Medicare. Al llenar este formulario, también puede solicitar un Programa de Ahorro de Medicare a través de su estado. Le enviaremos información a su estado a menos que nos indique lo contrario respondiendo la pregunta 15 de este formulario. Su estado puede comunicarse con usted si necesita más información y le informará si califica para un Programa de Ahorro de Medicare.

Si necesita información sobre los Programas de Ahorros de Medicare, los planes de medicamentos recetados de Medicare o sobre cómo inscribirse a un plan, llame al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227** y oprima el 8 para español; TTY **1-877-486-2048**) o visite https://es.medicare.gov.

También puede pedir información sobre cómo comunicarse con su Programa Estatal de Asesoramiento y Ayuda de Seguro de Salud (SHIP, siglas en inglés). Este programa ofrece ayuda con sus preguntas de Medicare.

Por favor envíe su solicitud por correo postal hoy mismo.

Administración del Seguro Social

Instrucciones generales para llenar la Solicitud para la Ayuda 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. Tiene que 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, por sus siglas en inglés) o Medicare y Medicaid?

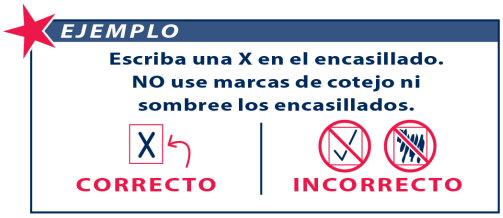
Si la respuesta es **SÍ, no llene esta solicitud porque recibirá el Beneficio Adicional automáticamente.**

¿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 la respuesta es **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 solo 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 al dólar más cercano.



Para llenar su solicitud

Usted puede llenar la solicitud por internet en www.segurosocial.gov o puede llenar y firmar este formulario y devolverlo por correo postal en el sobre predirigido y franqueado adjunto a:

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

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

NOTA ACLATORIA: Para solicitar beneficios, necesita vivir en uno de los 50 estados o el Distrito de Columbia (Washington D.C.).

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud

Puede llamarnos gratis al **1-800-772-1213** y oprima el 7 para español, o si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamar a nuestro número TTY, **1-800-325-0778**.

Form Approved
OMB No. 0960-0696

Solicitud para el Beneficio Adicional con los gastos del plan de medicamentos recetados de Medicare

ESTA ES UNA SOLICITUD PARA EL BENEFICIO ADICIONAL Y NO INSCRIBE AL SOLICITANTE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE.

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE
FOR OFFICIAL USE ONLY

State Code: ☐☐ WBDOC Exception: ☐

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**, por favor provea 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 su cónyuge solicitar el Beneficio Adicional tambien? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

3. **Si está casado y vive con su cónyuge**, ¿tienen ahorros, inversiones o bienes raíces valorados en más de $35,130? Si no está casado ni vive con su cónyuge, ¿tiene usted ahorros, inversiones o bienes raíces valorados en más de $17,600? **NO incluya la casa donde vive, vehículos, posesiones personales, seguro de vida, lotes en el cementerio, contratos irrevocables de entierro, ni pagos retroactivos del Seguro Social o SSI.**

☐ **SÍ** **Si escribe una [X] en el encasillado que dice SÍ, no tiene derecho al Beneficio Adicional.** Sin embargo, es posible que su estado pueda ayudarle con sus gastos de Medicare a través de los 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 [X] en el encasillado que dice NO o NO ESTOY SEGURO**, llene el resto de la solicitud y devuélvanosla.

Si escribió una X 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 solo las cantidades de dólares, no los números de cuenta. Si usted ni su cónyuge posee ninguno de los artículos mencionados, ya sea solo o con otra persona, escriba una X 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 (corrientes, ahorros y certificados de depósito)	☐ **NINGUNO**	$ ☐☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Suma total de todas las acciones, bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos. Cuentas de Retireo Individual (IRA) u otras inversiones similares	☐ **NINGUNO**	$ ☐☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Cualquier otro diner en efectivo en la casa u otro lugar	☐ **NINGUNO**	$ ☐☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

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

Instrucciones: Si responde que SÍ, pase a la pregunta 6.
Si responde que **NO**, escriba una X en el encasillado que dice **NO** y pase a la pregunta 6.
NO escriba una **X** en el encasillado junto a cónyugue que dice NO si usted no incluyó la informacion sobre su cónyugue en la pregunta 2

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. Para esta pregunta, un familiar es alguien relacionado a usted por medio de parentesco consanguíneo, adopción o matrimonio (pero no incluye a su cónyuge). ¿Cuántos familiares viven con usted y dependen de usted o de su cónyuge **para por lo menos la mitad** de su sustento financiero?

Por favor no se incluya a sí mismo ni a su cónyuge en el número que ingrese a continuación.
Si su hogar consiste solo de usted, o usted y su cónyuge, escriba una X en el encasillado que dice **CERO**. Escriba una X en solo uno de los encasillados.

CERO	**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 alguna de las fuentes indicadas a continuación, debe contestar las preguntas para ambos. Por favor ingrese la cantidad total que reciben cada mes. **Si la cantidad cambia de mes en mes o no la recibe cada mes, ingrese 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 [X] en el encasillado que dice **NINGUNO** para esa fuente.

		Beneficio mensual
• Beneficios de Seguro Social **antes de deducciones**	☐ **NINGUNO**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Beneficios de Retiro Ferroviario **antes de deducciones**	☐ **NINGUNO**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Beneficios de Veteranos **antes de deducciones**	☐ **NINGUNO**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Otras pensiones o anualidades **antes de deducciones**. No incluya dinero que reciba de los artículos en la pregunta 4.	☐ **NINGUNO**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Otro ingresos que no estén indicado arriba, incluso manutención, ingresos netos de alquiler, compensación a trabajadores, desempleo, pagos por incapacidad privados o estatales, etc. (Especifique): _____	☐ **NINGUNO**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

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 uno de ustedes ha trabajado en los últimos dos años, deben 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 X en el encasillado que dice **NINGUNO** y pase a la pregunta 12.

USTED: ☐ **NINGUNO** $ ___ , ___ . ___

CÓNYUGE: ☐ **NINGUNO** $ ___ , ___ . ___

Escriba una X 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 o 11?

☐ **SÍ** ☐ **NO**

13. Si usted o su cónyuge dejó de trabajar en el 2024 o 2025, o planifica dejar de trabajar en el 2025 o 2026, indique el mes y el año.

NO escriba en el encasillado junto a CÓNYUGE si usted no incluyó la información sobre su cónyuge en la Pregunta 2

EJEMPLO

De enero a septiembre escriba un cero (0) en el primer encasillado.
Mayo de 2025 debe leer: 0 5 (MES) 2 0 2 5 (AÑO)

USTED: ___ (MES) 2 0 ___ ___ (AÑO)

CÓNYUGE: ___ (MES) 2 0 ___ ___ (AÑO)

Si usted es menor de 65 años de edad, conteste la pregunta 14. Si está casado y vive con su cónyuge, y uno 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? Solo tomaremos en cuenta parte de sus ganancias para propósitos del límite de ingresos si usted trabaja y recibe beneficios del Seguro Social debido a una incapacidad o ceguera y tiene gastos relacionados con el trabajo por los cuales usted 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.

Instrucciones: si la respuesta es **NO**, pase a la pregunta 15. Si la respuesta es **SÍ**, escribal una X en el encasillado SÍ y luego pase a la pregunta 15. **NO** complete los encasillados junto a **CÓNYUGE** si no incluyó la información sobre su cónyuge en la pregunta 2

USTED: ☐ **SÍ** ☐ **NO** **CÓNYUGE:** ☐ **SÍ** ☐ **NO**

15.

Información sobre los Programas de Ahorros de Medicare: Es posible que usted pueda recibir ayuda de su estado con sus gastos de Medicare bajo los Programas de Ahorros de Medicare. Para comenzar 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 la 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 X 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, por sus 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» a 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 X 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 X en el encasillado que mejor describa a esa persona y provea el resto de la información que se solicita a continuación.

☐ Pariente ☐ Abogado ☐ Otro procurador ☐ Otro
Especifi que: _____

☐ Amigo ☐ Agencia ☐ 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 1860D-14 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autorizan a recopilar esta información, que utilizaremos para obtener información sobre ingresos y recursos para determinar si usted es elegible para un subsidio de la Parte D de Medicare. Proporcionarnos esta información es voluntario, pero no proporcionar toda o parte de la información puede impedirnos tomar una decisión sobre su elegibilidad para un subsidio de la Parte D de Medicare. Según lo permita la ley, podemos utilizar y compartir la información que usted envíe, incluso con otras agencias federales, contratistas y otros, como se describe en los System of Records Notices (Sistema de registro de avisos) 60-0090 y 60-0321, disponibles en www.ssa.gov/privacy (solo disponibles en inglés). Su información también puede utilizarse en programas de cotejo por computadora de elegibilidad para beneficios federales y para recuperar deudas en virtud de estos programas

Declaración de 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*. Usted no tiene que contestar estas pregunas a meno que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control de la OMB para este forumulario es 0960-0696. Calculamos que tardará alrededor de 30 minutos para leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las pregunas. **Envíe solo comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd,, Baltimore, MD 21235-6401.**

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