



إدارة الضمان الاجتماعي معلومات مهمة

أبسط سبل اذه . قيلاتلا تاحفصلا لمكت لا . طقف ملعلل اذه قيطغتلا باطخ .

قد تكون مؤهلاً للحصول على المساعدة الإضافية لدفع تكلفة أدوية الوصفات الطبية الخاصة بك.

يمنحك برنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare) إمكانية اختيار برامج الوصفات الطبية التي توفر أنواعاً مختلفة من التغطية. وبالإضافة إلى ذلك، يمكنك الحصول على المساعدة الإضافية لدفع الأقساط الشهرية والخصومات السنوية والرسوم المشتركة المتعلقة ببرنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare).

ولكن لكي يمكننا مساعدتك، يجب عليك ملء هذا الطلب ووضعه في الظرف المرفق وإرساله عبر البريد اليوم. يمكنك أيضاً استكمال الطلب عبر الإنترنت على www.socialsecurity.gov. وسنقوم بمراجعة طلبك وسنرسل إليك خطاباً لإخبارك بما إذا كان يحق لك الحصول على المساعدة الإضافية أم لا. وللاستفادة من المساعدة الإضافية، يجب عليك التسجيل في برنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare).

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في استكمال الطلب، فيمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي على رقم ١-٨٠٠-٧٧٢-١٢١٣ (هاتف نصي ١-٨٠٠-٣٢٥-٠٧٧٨). كما يمكنك التعرف على المزيد من المعلومات على موقع

www.socialsecurity.gov.

يمكنك أيضاً الحصول على مساعدة من الولاية التي تقيم بها بشأن تغطية تكاليف العناية الطبية (Medicare) الأخرى بموجب برامج العناية الطبية للتوفير. وباستكمال هذا النموذج، سوف تبدأ إجراءات طلبك الخاص ببرنامج العناية الطبية للتوفير. وسوف نرسل المعلومات إلى ولايتك التي ستتصل بك للمساعدة في التقدم بطلب بشأن برنامج العناية الطبية للتوفير ما لم تخبرنا بعدم القيام بذلك من خلال الإجابة عن السؤال ١٥ الوارد في هذا النموذج.

وإذا كنت بحاجة إلى معلومات حول برامج العناية الطبية للتوفير أو برامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare) أو كيفية التسجيل في أحد هذه البرامج، فاتصل على ١-٨٠٠-٦٣٣-٤٢٢٧ (١-٨٠٠-MEDICARE-١-٨٠٠)؛ هاتف نصي ١-٨٠٠-٤٨٦-٢٠٤٨ (١-٨٧٧-٤٨٦-٢٠٤٨) أو تفضّل بزيارة www.medicare.gov. ويوفر برنامج التأمين الصحي للولاية (SHIP) المساعدة بشأن الأسئلة المتعلقة بالعناية الطبية (Medicare).

الرجاء إرسال طلبك بالبريد اليوم.

Social Security Administration



تعليمات عامة لاستكمال طلب المساعدة الإضافية بشأن تكاليف برنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare)

إذا كنت تساعد شخصاً آخر في هذا الطلب

أجب عن الأسئلة كما لو أن هذا الشخص هو الذي يقوم باستكمال هذا الطلب. ويجب أن تعرف رقم الضمان الاجتماعي لهذا الشخص ومعلوماته المالية. واستكمل أيضاً الجزء "ب" الوارد في صفحة ٦.

هل تتمتع بالعناية الطبية (Medicare) ودخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income) أو
العناية الطبية (Medicare) والمساعدة الطبية (Medicaid)؟

إذا كانت الإجابة نعم، فلا تستكمل هذا الطلب لأنك سوف تحصل تلقائياً على المساعدة الإضافية.

هل برنامج المساعدة الطبية الذي تقدمه الولاية يدفع أقساط العناية الطبية الخاصة بك لأنك مسجل في برنامج العناية
الطبية للتوفير؟

إذا كانت الإجابة نعم، فاتصل بمكتب المساعدة الطبية بولايتك لمعرفة مزيد من المعلومات. يمكنك الحصول على المساعدة الإضافية
تلقائياً وربما دون الحاجة لاستكمال هذا الطلب.

كيفية استكمال هذا الطلب

- استخدم الحبر الأسود فقط؛
- دوّن أرقامك وحروفك وعلامات داخل المربعات؛ مستخدماً الحروف الكبيرة فقط؛
- تجنب إضافة أي تعليقات بخط اليد في الطلب؛
- لا تستخدم علامة الدولار عند إدخال المبالغ المالية؛ و
- يمكن تقريب القيم المالية بالسنت إلى أقرب قيمة بالدولار.

مثال

ضع علامة داخل المربع. لا تملأ المربعات ولا
تستخدم علامة √ داخلها.



خطأ



صحيح

مثال

استخدم الحروف الكبيرة
عند كتابة الإجابات.

A B C D

استكمال الطلب

يمكنك استكمال الطلب عبر الإنترنت على موقع www.socialsecurity.gov أو استخدام الظرف المرفق المدوّن عليه العنوان
والمصق عليه طابع البريد لإعادة الطلب المستكمل والموقع عليه إلى:

Social Security Administration

Wilkes-Barre Direct Operations Center

P.O. Box 1020

Wilkes-Barre, PA 18767-9910

يرجى إعادة هذا الطلب ومرفقاته في الظرف المرفق. لا تضع أي شيء آخر في الظرف. وسوف نتصل بك إذا كنا بحاجة إلى مزيد من
المعلومات.

ملاحظة: لتقديم الطلب، يجب أن تكون مقيماً في إحدى الولايات البالغ عددها ٥٠ ولاية أو في مقاطعة كولومبيا.

إذا كانت لديك أية أسئلة أو كنت بحاجة للمساعدة في استكمال هذا الطلب

يمكنك الاتصال بنا على رقم الهاتف المجاني ١ ٢١٣-٧٧٢-٨٠٠، أو إذا كنت من الصم أو ممن لديهم صعوبة في السمع، فيمكنك
الاتصال على رقم الهاتف النصي ١-٨٠٠-٣٢٥-٠٧٧٨.

	<p>طلب الحصول على المساعدة الإضافية بشأن تكاليف برنامج أدوية الوصفات الطبية برنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare)</p>
	<p>هذا طلب للحصول على المساعدة الإضافية وليس لتسجيلك في برنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare).</p>

١. اسم مقدم الطلب: يُرجى كتابة الاسم كما يظهر في بطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة بك استخدم بك مربع لكل حرف.

مي	الاسم الأول
الاسم الملحق (الابن، الأب، وما شابه ذلك)	الاسم الأخير
تاريخ ميلاد مقدم الطلب (ي-ش-ش-س-س-س-س)	رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب

٢. إذا كنت متزوجًا (أو متزوجة) وتقيم مع الزوج/الزوجة، فالرجاء كتابة المعلومات التالية كما تظهر في بطاقة الضمان الاجتماعي للزوج/الزوجة. وإذا كنت غير متزوج في الوقت الحالي أو لا تقيم مع الزوج/الزوجة أو كنت أرملًا/أرملة، فانتقل إلى السؤال ٣ ولا تكتب أية معلومات عن الزوج/الزوجة في هذا الطلب.

مي	الاسم الأول
الاسم الملحق (الابن، الأب، وما شابه ذلك)	الاسم الأخير
تاريخ ميلاد الزوج/الزوجة (ي-ش-ش-س-س-س-س)	رقم الضمان الاجتماعي للزوج/الزوجة

إذا كان يتمتع الزوج أو الزوجة بالعناية الطبية، فهل يريد أو تريد التقدم بطلب للحصول على المساعدة الإضافية؟ نعم لا

35,130

17,660

3.

()

لا يحق لك الحصول على المساعدة الإضافية إذا وضعت علامة في مربع "نعم". ولكن يمكن للولاية مساعدتك في تكاليف العناية الطبية وفقًا لبرامج العناية الطبية للتوفير. لبدء إجراءات الطلب الخاص ببرامج العناية الطبية للتوفير، انتقل إلى صفحة ٦ ووقع على هذا الطلب وقم بإرساله إلينا. وإذا لم تكن مهتمًا ببرامج العناية الطبية للتوفير، فانتقل إلى السؤال ١٥ في صفحة ٥.

لا أو غير متأكد

إذا وضعت علامة في مربع "لا"، أو "غير متأكد"، فاستكمل بقية هذا الطلب وقم بإرساله إلينا.

وإذا وضعت علامة في مربع "لا"، أو غير متأكد، في السؤال ٣، فأجب عن الأسئلة التالية. إذا كنت متزوجًا وتقيم مع الزوج/الزوجة، فيجب عليك الإجابة عن جميع الأسئلة الخاصة بالزوجين.

٤. يُرجى كتابة القيم المالية لجميع الحسابات المصرفية أو الاستثمارات أو النقود التي تمتلكها أنت أو زوجك/زوجتك إذا كنت متزوجًا وتقيم مع زوجك/زوجتك. يُرجى أيضًا تضمين العناصر التي يمتلكها أحدهما مع شخص آخر. اكتب فقط الأرقام بالدولار وليس أرقام الحسابات. وإذا كنت أنت أو زوجك/زوجتك لا تمتلكان أيًا من العناصر المشار إليها، بمفردك أو مع شخص آخر، فضع علامة في مربع "لا شيء". لا تكتب المبالغ المتأخرة من الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان التكميلي (SSI) التي تم استلامها خلال الأشهر العشر الماضية.

الإجمالي الكلي للحسابات المصرفية (شيكات ومدخرات وشهادات إيداع)	لا شيء <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
الإجمالي الكلي للأسهم أو السندات أو سندات الادخار أو الصناديق المشتركة أو حسابات التقاعد الفردية أو الاستثمارات الأخرى المماثلة.	لا شيء <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
أي نقود أخرى في البيت أو في أي مكان آخر	لا شيء <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>

٥. هل سيتم استخدام بعض الأموال من المصادر الواردة في السؤال ٤ لدفع نفقات الدفن أو الجنازة؟

إذا كانت الإجابة نعم، فانتقل إلى السؤال ٦.

وإذا كانت لا، فضع علامة في مربع "لا"، ثم انتقل إلى السؤال ٦.

أنت: لا الزوج/الزوجة: لا

٦. باستثناء بيتك والعقار الذي تُقيم فيه، هل تملك أنت أو زوجك/زوجتك، إذا كنت متزوجًا وتقيم مع زوجك/زوجتك، أي عقارات؟ ومن أمثلة العقارات الأخرى المنازل الصيفية أو العقارات المؤجرة أو الأرض الفضاء التي تملكها ومنفصلة عن بيتك.

لا نعم

٧. وبالنسبة لهذا السؤال، فإن القريب هو الفرد الذي تربطه بك صلة قرابة عن طريق الدم أو التبني أو الزواج (باستثناء الزوج/الزوجة). ما عدد الأقارب الذين يقيمون معك ويعتمدون عليك أو على زوجك/زوجتك في الحصول على نصف الدعم المالي لهم على الأقل؟

الرجاء لا تحسب نفسك أو زوجك/زوجتك في العدد الذي أدخلته. وإذا كانت أسرته لا تضم سواك أو أنت وزوجك/زوجتك فقط، فضع علامة في مربع "صفر". ضع علامة في مربع واحد فقط.

صفر ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ أو أكثر

٨. إذا كنت تحصل أنت وزوجك/زوجتك، إذا كنتم متزوجين وتقيمان معًا، على دخل من أي من المصادر الواردة أدناه، فيجب الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بكل منكما. الرجاء كتابة إجمالي المبلغ الذي تتلقاه كل شهر. إذا كان المبلغ يتفاوت من شهر لآخر أو لا تحصل عليه كل شهر، فيرجى تدوين متوسط الدخل الشهري للسنة الماضية لكل نوع في المربعات المناسبة. لا تكتب هنا الأجر أو دخل العمل الحر أو دخل الفوائد أو المساعدة العامة أو التعويضات الطبية أو مدفوعات رعاية الأطفال. وإذا كنت لا تحصل أنت وزوجك/زوجتك على دخل من أحد المصادر المذكورة أدناه، فضع علامة [X] في مربع لا شيء الخاص بهذا المصدر.

الفائدة الشهرية		
\$ [] [] , [] [] [] . [] []	لا شيء []	• فوائد الضمان الاجتماعي قبل الخصومات
\$ [] [] , [] [] [] . [] []	لا شيء []	• فوائد معاش السكة الحديد قبل الخصومات
\$ [] [] , [] [] [] . [] []	لا شيء []	• فوائد المحاربين القدامى قبل الخصومات
\$ [] [] , [] [] [] . [] []	لا شيء []	• المعاشات أو المكافآت السنوية الأخرى قبل الخصومات لا تكتب الأموال التي تحصل عليها من أي بند من البنود المذكورة في السؤال ٤
\$ [] [] , [] [] [] . [] []	لا شيء []	• أي دخل آخر لم يتم ذكره أعلاه، بما في ذلك نفقة الزوجة المطلقة أو صافي دخل الإيجار أو تعويضات العاملين أو البطالة أو مدفوعات الإعاقة الخاصة أو الحكومية، وغير ذلك، (اذكرها بالتحديد): _____

٩. هل انخفض أي من المبالغ المذكورة في السؤال ٨ أثناء العام الماضيين؟

لا [] نعم []

إذا كنت قد عملت في العام الماضيين، فيجب الإجابة عن الأسئلة من ١٠ إلى ١٤. وإذا كنت متزوجًا وتقيم مع زوجك/زوجتك وكان قد عمل أحدكما في العام الماضيين، فيتعين الإجابة عن الأسئلة من ١٠ إلى ١٤. بخلاف ذلك، فانتقل إلى السؤال ١٥.

١٠. ما قيمة الأجر التي تتوقع أن تحصل عليها قبل الضرائب والخصومات في هذا العام الميلادي؟

أنت: لا شيء [] \$ [] [] , [] [] [] . [] []

الزوج/الزوجة: لا شيء [] \$ [] [] , [] [] [] . [] []

التوقيعات

معلومات مهمة – الرجاء قراءتها بعناية

أدرك/ندرك أن إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) سوف تراجع بياناتي/بياناتنا وتقرن سجلاتها بسجلات الهيئات الفيدرالية والتابعة للولاية والحكومية المحلية، بما في ذلك دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) للتأكد من صحة القرار.

وبإرسال هذا الطلب، فإنني أُصرِّح (فإننا نُصرِّح) لإدارة الضمان الاجتماعي بالحصول على المعلومات المتعلقة بالدخل والمصادر والأصول الخاصة بي (بنا)، الخارجية أو المحلية، والكشف عنها، وذلك وفقاً لقوانين الخصوصية المعمول بها. وتشمل هذه المعلومات، على سبيل المثال لا الحصر، معلومات عن الأجور الخاصة بي/بنا وأرصدة الحساب والاستثمارات والفوائد والمعاشات.

وإذا لم أقم/نقم بالإجابة عن السؤال ١٥ بـ "لا"، فإنني أُصرِّح/نُصرِّح لإدارة الضمان الاجتماعي بالكشف للولاية عن المعلومات المالية الواردة أعلاه والمعلومات الأخرى الشخصية التي يمكن التعرف عليها من خلال ملفي/ملفنا، مثل الاسم وتاريخ الميلاد والنوع ورقم (أرقام) الضمان الاجتماعي لبدء إجراءات الطلب الخاص ببرامج العناية الطبية للتوفير.

أقر/نقر، تحت طائلة عقوبة شهادة الزور، بمراجعة جميع المعلومات الواردة في هذا النموذج وأنها صحيحة وحقيقية حسب معرفتي/معرفتنا. الرجاء استكمال الجزء "أ". وإذا لم يكن بإمكانك التوقيع، فإنه يجوز لأي ممثل التوقيع بالنيابة عنك. وفي حالة قيام شخص آخر بمساعدتك، فاستكمل أيضاً الجزء "ب".

الجزء «أ»		
توقيعك:	التاريخ:	رقم الهاتف:
توقيع الزوج/الزوجة:	التاريخ:	
عنوانك البريدي:	رقم المنزل #:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:

وفي حالة تغيير عنوانك البريدي خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة، ضع علامة هنا:

وإذا كنت تفضل أن نتصل بشخص آخر إذا كانت لدينا أية أسئلة أخرى، فالرجاء كتابة اسم هذا الشخص ورقم الهاتف الذي يمكننا الاتصال به خلال اليوم.

اكتب الاسم الأول:	اكتب الاسم الأخير:	رقم الهاتف:
-------------------	--------------------	-------------

الجزء "ب"

وفي حالة قيام شخص آخر بمساعدتك، ضع علامة في المربع الذي يصف هذا الشخص ودون بقية المعلومات المطلوبة أدناه.

فرد من العائلة محام محام آخر شخص آخر (انكره بالتحديد):

صديق وكالة إخصائي اجتماعي

اكتب الاسم الأول:	اكتب الاسم الأخير:	رقم الهاتف:
العنوان:	رقم المنزل #:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:

إشعار قانون الخصوصية/قانون الحد من الأعمال الورقية

١. نُحوّل لنا الأقسام D ١٨٦٠ إلى ١٤ من قانون Social Security (الضمان الاجتماعي)، وصيغته المعدلة، جمع هذه المعلومات. ويُعدّ تزويدنا بهذه المعلومات أمرًا طوعيًا. وبالرغم من ذلك، فقد يحول عدم تقديم جميع المعلومات أو جزء منها دون اتخاذنا قرارًا بشأن أهليتك للحصول على إعانة برنامج Medicare Part D.
٢. سنستعين بهذه المعلومات للحصول على بيانات الدخل والموارد وذلك لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على إعانة برنامج Medicare Part D أم لا. يجوز لنا أيضًا مشاركة معلوماتك للأغراض التالية، التي يُطلق عليها الاستخدامات الروتينية:
 ١. مع مقدمي الطلبات أو أصحاب المطالبات أو مقدمي الطلبات المحتملين أو أصحاب المطالبات المحتملين (بخلاف الأشخاص أصحاب البيانات وممثليهم المعتمدين) بالقدر اللازم لغرض السعي للحصول على إعانة برنامج Medicare Part D والمستحقة وحقوق الطعن الخاصة بهما؛
٣. مع الوكالات الفيدرالية أو التابعة للولاية أو المحلية (أو الوكلاء النائبين عنها) لإدارة برامج المحافظة على الدخل أو المحافظة على الصحة (بما في ذلك البرامج الخاضعة لقانون Social Security (الضمان الاجتماعي)).
٤. بالإضافة إلى ذلك، يجوز لنا مشاركة هذه المعلومات وفقًا لقانون الخصوصية والقوانين الفيدرالية الأخرى. على سبيل المثال، يجوز لنا استخدام هذه المعلومات والإفصاح عنها في برامج المطابقة الحاسوبية، حيث تجري مقارنة سجلاتنا بالسجلات الأخرى لتحديد أهلية الشخص لبرامج المخصصات الفيدرالية أو التحقق منها وسداد الديون غير الصحيحة أو المتأخرة بموجب هذه البرامج.
٥. تتوفر قائمة تضم المزيد من الاستخدامات الروتينية في Privacy Act System of Records Notice (إشعار نظم سجلات قانون الخصوصية) (SORN) ٦٠-٠٠٩٠، بعنوان Master Beneficiary Record (سجل المستفيد الرئيسي)؛ و ٦٠-٠٣٢١، بعنوان ملف قاعدة بيانات برنامج Medicare. تتاح معلومات إضافية وقائمة كاملة لجميع SORNs (إشعارات نظم سجلات قانون الخصوصية) على موقعنا على العنوان التالي <http://www.ssa.gov/privacy/sorn.html>.
٦. بيان قانون الحد من الأعمال الورقية - تستوفي عملية جمع المعلومات هذه متطلبات القسم ٣٥٠٧ من الباب ٤٤ بقانون الولايات المتحدة (U.S.C.)، بصيغته المعدلة في القسم ٢ من قانون الحد من الأعمال الورقية لعام ١٩٩٥. لن نحتاج إلى الإجابة عن هذه الأسئلة إلا إذا قدمنا لك رقم مراقبة صالحًا من Office of Management and Budget (OMB) (مكتب الإدارة والميزانية). إن رقم المراقبة الخاص بمكتب الإدارة والميزانية لعملية جمع المعلومات هذه هو ٠٩٦٠-٠٦٩٦. ونتوقع أن تستغرق نحو ٣٠ دقيقة في قراءة التعليمات، والإلمام بالحقائق، والإجابة عن الأسئلة. أرسل التعليقات فقط المتعلقة بتقديرنا للوقت أعلاه إلى:
٧. SSA, ٦٤٠١ Security Blvd, Baltimore, MD ٢١٢٣٥-٦٤٠١.
٨. أرسل النموذج المكتمل إلينا على العنوان الموضّح على المظروف المرفق المطبوع عليه العنوان مسبقًا وخالص تكاليف الإرسال بالبريد:
- ٩.

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