

社會安全局管理 重要資訊



本說明信僅作為資訊用途。請勿填寫以下各頁。這不是申請表。

您可能資格獲得額外補助以支付您的處方藥費用。

聯邦醫療保險補助處方藥計劃有提供各類保險的處方藥計劃供您選擇。此外，您還可能獲得額外補助以支付每月保險費、年度自付額及與聯邦醫療保險補助處方藥計劃有關的共付額。

但是，在我們向您提供協助之前，**您必須先填寫申請表，然後裝入密封的信封，今天就郵寄給我們。**或者，您可以在 www.socialsecurity.gov 填寫線上申請表，我們將會審核您的申請，並發信告知您是否有資格申請額外補助。要獲得額外補助，您必須參加某個聯邦醫療保險補助處方藥計劃。

如您在填寫申請表時有任何問題，請撥打社會安全局的電話**1-800-772-1213** (文字電話專線號碼 **1-800-325-0778**)。您可以在 www.socialsecurity.gov 瞭解更多資訊。

您可能還可以參加州政府的醫療保險儲蓄計劃，獲得其它醫療保險費用的輔助。填完此表，您的醫療保險儲蓄計劃申請程序即已開始。我們將向您的州政府機構寄送相關資訊，而後他們會與您取得聯絡，協助您申請醫療保險儲蓄計劃，除非您在回答此表第 15 個問題時要求我們不要寄送資訊。

如果您想要瞭解醫療保險儲蓄計劃、聯邦醫療保險補助處方藥計劃或者如何參加一個計劃的資訊，請撥打 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**；文字電話專線號碼 **1-877-486-2048** 或瀏覽 www.medicare.gov。亦可以諮詢如何聯絡您所在州的健康保險諮詢和援助計劃 (SHIP) 有關的資訊。SHIP 能解答您有關醫療保險的問題。

請在今天寄出您的申請表。

Social Security Administration



完成聯邦醫療保險補助處方藥計劃費用 額外補助申請的一般說明

如果您協助別人進行申請

協助別人回答問題，就如本人在申請一樣。您必須知道他的社會保障號和財務資訊。另外，還要完成第 6 頁 B 部份。

您是否參加了醫療保險並擁有附加社會保障收入 (SSI) 呢？或者是否參加了醫療保險並領取醫療補助呢？

如果是，請勿填寫此申請表，因為您將自動獲得額外補助。

您參加的國家醫療補助計劃有因為您參加了醫療保險儲蓄計劃而補助您的醫療保險費嗎？

如果是，請聯絡國家醫療補助計劃的官員瞭解更多資訊。您可以自動獲得額外補助且不需要填寫此申請表。

如何填寫此申請表

- 只可使用黑色墨水；
- 務必將您的數字、字母和 ☒ 符號填寫在方塊內，並且只可使用大寫字母；
- 請勿在申請表中增加任何手寫的評論；
- 當填寫金額時，請勿使用美元符號；且
- 金額中的美分可以四捨五入化為整數美元。



示例

在方塊內打上 X 符號。請勿在方塊內填寫或使用鉤形符號。



示例

回答問題是請使用
大寫字母



填寫申請表

您可以在 www.socialsecurity.gov 填寫線上申請表或使用預先填好地址並貼上郵票的密封信封，將您填好並簽署的申請表寄回到：

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

請將整套申請表裝入密封的信封寄回給我們。切勿在信封中裝進任何其它東西。如果我們需要瞭解更多資訊，我們會與您聯絡。

注意：您必須居住在美國的 50 個州其中之一或哥倫比亞特區才可以申請。

如果您對填寫此申請表有疑問或需要協助

您可以撥打我們的免費電話號碼 1-800-772-1213，或者，如果您已失聰或者有聽力障礙，您可以撥打我們的文字電話專線號碼 1-800-325-0778。



申請聯邦醫療保險補助處方藥計劃費用的額外補助

本申請表用於申請額外補助，填寫本申請表不能讓您參加任何聯邦醫療保險補助處方藥計劃。

1. 申請人姓名：請用正楷體填寫您社會保障卡上的姓名。每個方塊填入一個字母。

名

中間名縮寫

姓

尾碼 (Jr.、Sr. 等)

申請人的社會保障號

申請人的出生日期 (月-日-年)

2. 如果您已經結婚且與配偶一起生活，請提供您配偶社會保障卡上的以下資訊。如果您目前沒有結婚，沒有與配偶一起生活或已喪偶，請轉到問題 3 並不要在此申請表中包含任何您配偶的資訊。

名

中間名縮寫

姓

尾碼 (Jr.、Sr. 等)

配偶的社會保障號

配偶的出生日期 (年-月-日)

如果您的配偶已參加醫療保險，其是否願意申請額外補助？

☐

是

☐

否

3. 如果您已結婚並與配偶一起生活，您的儲蓄、投資或房地產價值是否超過 34,360 美元？如果您未婚或您未與配偶一起生活，您的儲蓄、投資或房地產價值是否超過 17,220 美元？計算時請勿包括您的住宅、車輛、個人物品、人壽保險、墓地、不可撤銷的喪葬合同或社會安全局或附加社會保障收入 (SSI) 的預期付款。

☐

是

如果您在選擇「是」，則您沒有資格獲得額外補助。但是，您所在的州政府可能可以讓您參加醫療保險儲蓄計劃從而補助您的醫療保險費用。要開始醫療保險儲蓄計劃的申請程序，請轉到第 6 頁，簽署本申請表並將其寄回。如果您沒有興趣參加醫療保險儲蓄計劃，請轉到第 5 頁的問題 15。

☐

否或不確定

如果您選擇「否」或「不確定」，則請填寫本申請表的剩餘部份並將其寄回。



如果您回答問題 3 時選擇「否」或「不確定」，則請回答以下所有問題。如果您已結婚並與配偶一起生活，則您必須為您和您的配偶回答所有問題。

4. 在下方填寫您的、您配偶的 (如果已婚並在一起生活) 或者您和您的配偶共同所有的所有銀行帳戶、投資或現金的金額。另外，還要包括您或您的配偶與其他人共有的財物金額。只需填寫金額，單位為美元，無需填寫帳戶號碼。如果您或您的配偶無下列任何財產，不論是單獨所有還是與他人共有，請在「無」方塊中填入 X 符號。請勿包含在過去 10 個月內收到的社會安全局或 SSI 的逾期付款。

• 所有銀行帳戶 (支票、儲蓄和定期存單) 的總額	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 所有股票、債券、儲蓄債券、共同基金、個人退休帳戶或其它類似投資的總額	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 存放在家裡或任何其它地方的現金。	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. 您會用問題 4 中所列財產中的部份金額支付喪葬或墓地費用嗎？

如果是，請轉到問題 6。

如果不是，請選擇「否」，然後再回答問題 6。

您: ☐ 否

配偶: ☐ 否

6. 除了您的住宅及住宅上的定著物，您或您的配偶 (如果已婚且在一起生活) 還擁有任何其它房地產嗎？其它房地產包括避暑別墅、出租物業或您所擁有的獨立於您的住宅的未開發的土地等等。

☐ 是 ☐ 否

7. 在此問題中，親戚是指與您有血緣、收養或姻親 (不包括您的配偶) 關係的人。有多少親戚與您共同生活並且至少一半的生活開支依賴您或您的配偶的供養。

請勿在填寫的數位中包括您自己或您的配偶。如果您的家庭只有您一人或只有您和您的配偶，請在「零」方塊中填入 ☒ 符號。只可在一個方塊內打上 ☒ 符號。

零 1 2 3 4 5 6 7 8 9 或更多

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



8. 如果您或您的配偶 (如已婚且在一起生活) 從下列任何來源領取**收入**, 則您必須為您和您的配偶回答這些問題。請填寫您每個月領取的總額。**如果每個月領取的金額各不相同或並非每個月都會領取, 則請在相應的方塊內填寫過去一年來每種收入的月平均金額。**請勿在此處列出工資、個體經營收入、利息收益、公共援助、醫療報銷或撫養款項。如果您或您的配偶未從下列來源領取收入, 則對相應的來源在「無」方塊中填入 X 符號。

		每月補助金
• 扣除自付額前的社會保障金	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 扣除自付額前的鐵路退休金	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 扣除自付額前的退伍撫恤金	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 扣除自付額前的其它退休金或養老金請勿包括從任何問題 4 中所列專案中獲得的收入金額。	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 其它上面沒有列出的收入, 包括贍養費、租賃淨收益、工傷補償金、失業救濟金、私人或國家傷殘救濟金等等 (請詳細說明): _____	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. 在過去兩年, 任何您列入問題 8 中的收入金額有所減少嗎?

☐ 是 ☐ 否

如果您在過去兩年中有工作過, 您需要回答問題 10 到問題 14。如果您已結婚並與您的配偶在一起生活且您或您的配偶在過去兩年中有工作過, 則您需要回答問題 10 到問題 14。否則, 請轉到問題 15。

10. 您預計在本日曆年度獲得多少稅前或扣除自付額前的工資收入?

您: ☐ 無 \$, .

配偶: ☐ 無 \$, .



11. 您預計在本日曆年度獲得多少自營淨收入？

如果您未從事自經營，請選擇「無」並轉到問題 12。

您 ☐ 無

\$, .

配偶: ☐ 無

\$, .

如果您或您的配偶預計會淨虧損，則在方塊中填入 ☒ 符號。



您: ☐

配偶: ☐

12. 您列入問題 10 或 11 中的收入金額在過去兩年有所減少嗎？

☐ 是

☐ 否

13. 如果您或您的配偶在 2023 年或 2024 年停止工作，或如果您或您的配偶計劃在 2024 年或 2025 年停止工作，請填寫年份和月份。



示例

對於一月 – 九月，請在第一個方塊中填入零 (0)。2024 年 5 月的現實格式應為：

0 5 2 0 2 4
M M Y Y Y Y

您:
M M

2 0
Y Y Y Y

配偶:
M M

2 0
Y Y Y Y

如果您的年齡低於 65 歲，請回答問題 14。如果您已結婚並與配偶在一起生活且您或您的配偶其中一人年齡低於 65 歲，則繼續回答問題 14。否則轉到 問題 15。

14. 您或您的配偶得支付為工作所必須的開支嗎？如果您一邊工作一邊因傷殘或失眠接受社會保障金且您與工作相關的費用得不到補助，我們將在計算收入限制時只將您的部份收入納入計算範圍。這些費用包括為下列事項支付的費用：醫療費及治療愛滋病、癌症、抑鬱症或癲癇症的藥費；輪椅；個人護理服務；車輛改裝、駕駛輔助或其它與工作相關的運輸需求；與工作相關的輔助技術；導盲犬費用；感覺和視覺輔助設備以及盲文翻譯。

您: ☐ 是 ☐ 否

配偶: ☐ 是 ☐ 否

15. 有關醫療保險儲蓄計劃的資訊：您還可以參加州政府的醫療保險儲蓄計劃從而補助您的醫療保險費用。要開始您的醫療保險儲蓄計劃申請程序，社會安全局將會寄送此表格中的資訊至您所在的州政府機構，除非您要求我們不寄送。如果您想從醫療保險儲蓄計劃獲得補助，請勿回答本問題。只要在本申請表中簽名並注明日期即可，您的州政府將會與您聯絡。

如果您沒有興趣申請醫療保險儲蓄計劃，請在以下方塊中填入 ☒ 符號。

☐ 不，請不要將資訊寄送給州政府。



簽名 重要資訊 — 請仔細閱讀

我/我們理解，社會安全局 (SSA) 將會核查我的/我們的財務報表並將報表的記錄與聯邦政府、州政府和地方政府機構，包括國內稅務局 (IRS) 的記錄進行對比，以確保做出正確的決定。

提交此申請表，即表示我/我們授權社會安全局根據相應的隱私法獲取並披露與我/我們的收入、財力和資產有關的資訊，不論是國外資產還是國內資產。本資訊可能包括，但不限於，有關我/我們的工資、帳戶資產負債狀況、投資、收益和養老金有關的資訊。

除非對問題 15 做出否定回答，我/我們授權社會安全局向州政府披露從我/我們的申請中獲取的上述財務資訊和其它可識別個人身份的資訊，例如我/我們的名稱、出生日期、性別和社會保障號，以開始醫療保險儲蓄計劃的申請程序。

我/我們根據偽證刑罰之規定特此宣誓，我/我們已經檢查過本表格中的所有資訊並盡我/我們所知確信其真實且正確。

請填完 A 部份。如您無法簽名，我們的代表將代您進行簽名。如果由別人協助您進行申請，請再填完 B 部份。

A 部份

您的簽名：	日期：	電話號碼： () —
-------	-----	----------------

配偶簽名：	日期：	
-------	-----	--

您的郵政地址：	公寓 #：
---------	-------

城市：	州：	郵遞區號：
-----	----	-------

如果您在過去三個月中改變了郵政地址，請在此處填入 ☐ 符號： ☐

如果您寧願我們在有額外問題時聯絡其他人，請提供此人的姓名和日間電話號碼。

正楷體名：	正楷體姓：	郵遞區號： () —
-------	-------	----------------

B 部份

如果別人協助您進行申請，請在描述此人的方塊內填入 ☐ 符號並提供以下要求的其餘資訊。

<input type="checkbox"/> 家庭成員	<input type="checkbox"/> 律師	<input type="checkbox"/> 其他律師	<input type="checkbox"/> 其它詳細說明： _____
<input type="checkbox"/> 朋友	<input type="checkbox"/> 機構	<input type="checkbox"/> 社會福利工作者	

正楷體名：	正楷體姓：	電話號碼： () —
-------	-------	----------------

地址：	公寓 #：
-----	-------

城市：	州：	郵遞區號：
-----	----	-------



隱私權法/縮減文書工作通告

修訂後的《Social Security 法案》第 1860 D-14 條允許我們收集本資料。向我們提供這些資訊純屬自願，但是，如果不提供全部或部分資訊，我們可能無法決定您是否有資格獲得 Medicare Part D 補貼。

我們將使用這些資訊獲取收入和資源資訊，以確定您是否有資格獲得 Medicare Part D 補貼。我們還可能出於以下目的分享您的資訊，即所謂的常規用途：

1. 為了獲得 Medicare Part D 和 Part D 補貼權利或上訴權利，必須告知申請人、申訴人、潛在申請人或申訴人（資料主體及其授權代表除外）；和
2. 為了管理收入維持或健康維護計劃（包括《Social Security 法案》下的計劃），必須告知聯邦、州或地方機構（或其代理人）。

此外，我們也可能會根據《隱私權法案》和其他聯邦法律分享此資訊。例如，在獲得授權的情況下，我們可能在電腦匹配程式中使用和披露此資訊，將我們的記錄與其他記錄進行比較，以建立或驗證獲得聯邦福利計劃以及償還這些計劃下不正確或拖欠債務的有資格。

標題為 Master Beneficiary Record 的 Privacy Act System of Records Notice (SORN) 60-0090 及 60-0321 標題為 Medicare 資料庫檔案均有額外常規用途清單。有關所有 SORNs 的更多資訊和完整清單，請造訪我們的網站：<http://www.ssa.gov/privacy/sorn.html>。

《文書工作減量法案》聲明 - 這些資訊收集符合 1995 年《文書工作減量法案》(Paperwork Reduction Act of 1995) 第 2 條所修訂的《美國法典》第 44 編第 3507 條 (44 U.S.C. §3507) 規定。除非我們出示了一個有效的 Office of Management and Budget (OMB) 控制號碼，否則您不需要回答這些問題。此次收集的 OMB 控制號碼為 0960-0696。我們估計，閱讀說明、收集事實資料及回答問題約需要 30 分鐘的時間。請僅將對我們上述時間估計的評論寄給我們，地址：SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401。

用內含寫好地址的郵資支付信封將填好的表格寄到顯示的地址：

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