

Administration de la Sécurité sociale

Informations importantes



CETTE PAGE EST UNIQUEMENT UNE ANNEXE EXPLICATIVE. NE PAS REMPLIR LES PAGES QUI SUIVENT. CECI N'EST PAS UN FORMULAIRE DE DEMANDE.

Vous pouvez être admissible à l'obtention de l'aide supplémentaire pour payer vos ordonnances de médicaments.

Le programme de médicaments délivrés sur ordonnance dans le cadre de Medicare vous donne un choix de plans d'ordonnance qui offrent différents types de couverture. En outre, vous pouvez obtenir l'aide supplémentaire pour payer les primes mensuelles, les franchises annuelles, et les quotes-parts liées au programme de médicaments délivrés sur ordonnance dans le cadre de Medicare.

Mais avant que nous puissions **vous aider, vous devez remplir cette demande, la mettre dans l'enveloppe jointe et l'envoyer aujourd'hui**. Ou vous pouvez compléter une demande en ligne sur www.socialsecurity.gov. Nous examinerons votre demande et vous enverrons une lettre pour vous permettre de savoir si vous êtes admissible à l'aide supplémentaire. Pour utiliser l'aide supplémentaire, vous devez vous inscrire à un plan de médicaments délivrés sur ordonnance dans le cadre de Medicare.

Si vous avez besoin d'aide pour compléter la demande, appelez la Sécurité sociale au **1-800-772-1213** (téléscripteur **1-800-325-0778**). Vous pouvez trouver de plus amples informations sur www.socialsecurity.gov.

Vous pouvez également obtenir l'aide de votre État pour d'autres coûts dans le cadre de Medicare au titre des programmes d'épargne dans le cadre de Medicare. En complétant ce formulaire, vous pouvez commencer votre processus de demande pour un programme d'épargne dans le cadre de Medicare. Nous enverrons les informations à votre État qui vous contactera pour vous aider à faire la demande pour un programme d'épargne dans le cadre de Medicare, sauf indication contraire de votre part en répondant à la question 15 de ce formulaire.

Si vous avez besoin d'informations sur les programmes d'épargne dans le cadre de Medicare, sur les plans de médicaments délivrés sur ordonnance dans le cadre de Medicare, ou comment vous inscrire à un plan, appelez le **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, téléscripteur 1-877-486-2048)** ou visitez www.medicare.gov. Vous pouvez également demander des informations sur la façon de contacter votre State Health Insurance Counseling and Assistance Program (SHIP) (programme d'aide et d'aide socio-psychologique de l'assurance-maladie étatique). Le SHIP répondra aux questions dans le cadre de Medicare.

Veillez envoyer votre demande aujourd'hui.

Social Security Administration

Instructions générales pour compléter la demande d'aide supplémentaire pour les coûts de plan de médicaments délivrés sur ordonnance dans le cadre de Medicare



Si vous aidez quelqu'un d'autre avec cette demande _____

Répondez aux questions comme si cette personne complétait la demande. Vous devez connaître le numéro de Sécurité sociale et les informations financières de cette personne. En outre, complétez la section B à la page 6.

Avez-vous Medicare et l'Allocation Supplémentaire de Revenu de Sécurité (ASRS) ou Medicare et Medicaid ?

Si la réponse est OUI, ne complétez pas cette demande parce que vous obtiendrez automatiquement l'aide supplémentaire.

Votre programme Medicaid étatique paie-t-il vos primes de Medicare parce que vous appartenez à un programme d'épargne dans le cadre de Medicare ?

Si la réponse est OUI, veuillez contacter votre bureau étatique de Medicaid pour de plus amples informations. Vous pouvez obtenir l'aide supplémentaire automatiquement et ne pas avoir besoin de compléter cette demande.

Comment compléter cette demande _____

- Utilisez l'ENCRE NOIRE seulement ;
- **Gardez vos chiffres, vos lettres et vos croix à l'intérieur des cases; utilisez seulement les MAJUSCULES;**
- N'ajoutez pas de commentaires manuscrits sur la demande;
- N'utilisez pas de signes dollar lors de la saisie des montants d'argent, et
- les centimes peuvent être arrondis au dollar entier le plus proche.

EXEMPLE

Mettez une croix dans la case. NE REMPLISSEZ PAS ou NE COCHEZ PAS les cases.

 VRAI	 FAUX
-----------------	-----------------

EXEMPLE

Utilisez les majuscules lorsque vous entrez les réponses

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

Compléter votre demande _____

Vous pouvez compléter le formulaire en ligne sur www.socialsecurity.gov ou utilisez l'enveloppe jointe pré-affranchie et pré-adressée pour retourner votre demande dûment complétée et signée à :

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

Retournez ce dossier de demande dans l'enveloppe jointe. Ne mettez pas autre chose dans l'enveloppe. Si nous avons besoin de plus amples renseignements, nous vous contacterons.

REMARQUE : Pour faire une demande, vous devez vivre dans l'un des 50 États ou dans le District de Columbia.

Si vous avez des questions ou besoin d'aide pour compléter cette demande _____

Vous pouvez nous appeler au numéro sans frais **1-800-772-1213**, ou si vous êtes sourd ou malentendant, vous pouvez appeler notre numéro de téléscripteur: **1-800-325-0778**.



Demande d'aide supplémentaire pour les coûts de plan de médicaments délivrés sur ordonnance dans le cadre de Medicare

C'EST UNE DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE ET ELLE NE VOUS INSCRIT PAS A UN PLAN DE MÉDICAMENTS DÉLIVRÉS SUR ORDONNANCE DANS LE CADRE DE MEDICARE.

1. Nom du demandeur : Ecrivez lisiblement le nom **tel que cela apparaît sur votre carte de Sécurité sociale**. Utilisez une case pour chaque lettre.

PRÉNOM

INITIALE DU SECOND PRÉNOM

NOM

TITRE (M., Mme, etc)

 - -

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU DEMANDEUR

 - -

DATE DE NAISSANCE DU DEMANDEUR (MM-JJ-AAAA)

2. Si vous êtes **marié(e) et vivez avec votre conjoint(e)**, veuillez fournir les informations suivantes **comme cela apparaît sur la carte de Sécurité sociale de votre conjoint(e)**. Si vous n'êtes pas actuellement marié(e), si vous ne vivez pas avec votre conjoint(e) ou si vous êtes veuf(ve), passez à la question 3 et ne mettez aucune information au sujet de votre conjoint(e) sur cette demande.

PRÉNOM

INITIALE DU SECOND PRÉNOM

NOM

TITRE (M., Mme, etc)

 - -

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU/DE LA CONJOINT(E)

 - -

DATE DE NAISSANCE DU/DE LA CONJOINT(E) (MM-JJ-AAAA)

Si votre conjoint(e) a Medicare, souhaite-t-il (elle) également faire une demande d'aide supplémentaire? OUI NON

3. Si vous êtes **marié(e) et vivez avec votre conjoint(e)**, avez-vous de l'épargne, des investissements ou des biens immobiliers d'une valeur supérieure à 33 240 \$? Si vous n'êtes pas marié(e) ou si vous ne vivez pas avec votre conjoint(e), la valeur est-elle de plus de 16 660 \$? **NE COMPTEZ PAS votre domicile, vos véhicules, vos effets personnels, votre assurance-vie, vos terrains cimetièrre, vos contrats funéraires irrévocables ou vos paiements rétroactifs de la Sécurité sociale ou de l'ASRS.**

OUI si vous mettez une croix dans la case OUI, vous n'êtes pas admissible à l'aide supplémentaire. Mais, votre Etat peut être en mesure de vous aider avec vos coûts dans le cadre de Medicare à travers leurs programmes d'épargne dans le cadre de Medicare. Pour démarrer le processus de demande pour les programmes d'épargne dans le cadre de Medicare, passez à la page 6, signez cette demande et veuillez nous la retourner. Si vous n'êtes pas intéressé(e) par les programmes d'épargne dans le cadre de Medicare, passez à la question 15 à la page 5.

NON ou PAS CERTAIN(E) Si vous mettez une croix dans la case NON ou PAS CERTAIN(E), complétez la suite de cette demande et veuillez nous la retourner.



Si vous avez mis une croix dans la case NON ou PAS CERTAIN(E) à la question 3, répondez à toutes les questions suivantes. Si vous êtes marié(e) et vivez avec votre conjoint(e), vous devez répondre à toutes les questions pour vous deux.

4. Entrez ci-dessous les montants d'argent de tous les comptes bancaires, investissements ou espèces que vous, votre conjoint(e), si vous êtes marié(e) et vivez ensemble, ou tous les deux possédez. Écrivez également les éléments que l'un ou l'autre possède avec une autre personne. Écrivez seulement les nombres en dollars et non les numéros de compte. Si vous ou votre conjoint(e) ne possédez aucun élément énuméré, seul(e) ou avec une autre personne, mettez une croix dans la case **AUCUN**. **N'INCLUEZ AUCUN** paiement rétroactif de la Sécurité Sociale ou de l'ASRS reçu dans les 10 derniers mois.

<ul style="list-style-type: none"> Total combiné de tous les comptes bancaires (chèque, épargne et certificats de dépôt) 	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> Total combiné de tous les actions, obligations, obligations d'épargne, fonds communs de placement, comptes de retraite personnels ou autres investissements similaires 	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> Toutes autres espèces au domicile ou n'importe où ailleurs 	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. De l'argent des sources énumérées à la **question 4** sera-t-il utilisé pour payer les coûts associés à un enterrement ou les obsèques ?

Si OUI, passez à la question 6.

Si NON, mettez une croix dans la case NON, puis passez à la question 6.

VOUS : NON

CONJOINT(E) : NON

6. A part votre domicile et la propriété sur laquelle il se trouve, vous ou votre conjoint(e), si vous êtes marié(e) et vivez ensemble, possédez-vous un autre bien immobilier ? Des exemples d'autres biens immobiliers sont les maisons de campagne, les propriétés locatives ou les terrains non bâtis que vous possédez et qui sont séparés de votre domicile.

OUI NON

7. Pour cette question, un parent est quelqu'un qui vous est lié par le sang, l'adoption ou le mariage (mais n'incluant pas votre conjoint(e)). Combien de parents vivent avec vous et dépendent de vous ou de votre conjoint(e) pour **au moins la moitié** de leur soutien financier ?

Veillez ne pas vous inclure ou votre conjoint dans le nombre que vous entrez. Si votre ménage se compose seulement de vous ou de votre conjoint(e) et de vous, mettez une croix dans la case ZERO. Mettez une croix dans une seule case.

ZERO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ou plus



8. Si vous ou votre conjoint(e), si vous êtes marié(e) et vivez ensemble, recevez **des revenus** d'une des sources énumérées ci-dessous, vous devez répondre aux questions pour vous deux. Veuillez entrer le montant total que vous recevez chaque mois. **Si les montants changent d'un mois à l'autre ou si vous ne les recevez pas tous les mois, entrez les revenus mensuels moyens pour l'année écoulée pour chaque type** dans les cases appropriées. N'énumérez pas les revenus salariaux et les revenus en tant que travailleur indépendant, les revenus d'intérêt, l'aide publique, les remboursements médicaux ou les paiements du placement dans une famille nourricière ici. Si vous ou votre conjoint(e) ne bénéficiez pas de revenus provenant d'une source énumérée ci-dessous, mettez une croix dans la case **AUCUN** pour cette source.

		Prestation mensuelle
• Prestations de Sécurité sociale avant déductions	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Prestations de retraite de chemin de fer avant déductions	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Prestations pour les anciens combattants avant déductions	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Autres pensions ou rentes avant déductions . N'incluez pas l'argent que vous recevez d'un élément que vous avez inclus dans la question 4.	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Autres revenus non énumérés ci-dessus, y compris la pension alimentaire, les revenus nets de location, l'indemnisation des accidents du travail, le chômage, les paiements d'invalidité privés ou étatiques, etc (Préciser) : _____	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. Un des montants que vous avez inclus dans la question 8 a-t-il diminué au cours des deux dernières années ?

OUI NON

Si vous avez travaillé au cours des deux dernières années, vous avez besoin de répondre aux questions 10-14. Si vous êtes marié(e) et vivez avec votre conjoint(e) et que l'un de vous a travaillé au cours des deux dernières années, vous avez besoin de répondre aux questions 10-14. Sinon, passez à la question 15.

10. Quels revenus salariaux avant impôts et déductions attendez-vous pour **cette année civile** ?

VOUS : AUCUN \$, .

CONJOINT(E): AUCUN \$, .



11. Quels revenus nets de votre activité indépendante attendez-vous pour **cette année civile** ?

Mettez une croix dans la case **AUCUN** si vous n'êtes pas travailleur indépendant et allez à la question 12.

VOUS : AUCUN \$, .

CONJOINT(E) : AUCUN \$, .

Mettez une croix dans la/les case(s) si vous ou votre conjoint(e) attendez une perte nette.



VOUS : CONJOINT(E) :

12. Les montants que vous avez inclus dans les questions 10 ou 11 ont-ils diminué au cours des deux dernières années ?

OUI NON

13. Si vous ou votre conjoint(e), a cessé de travailler en 2022 ou 2023, ou prévoit d'arrêter de travailler en 2023 ou 2024, entrez le mois et l'année.



EXEMPLE

Pour Janvier -
Septembre, mettez
un zéro (0) dans la
première case. Mai 2022
doit se lire :

M M A A A A

VOUS :
M M A A A A

CONJOINT(E) :
M M A A A A

Si vous avez moins de 65 ans, répondez à la question 14. Si vous êtes marié(e) et vivez avec votre conjoint(e) et l'un de vous a moins de 65 ans, passez à la question 14. Sinon, passez à la question 15.

14. Vous ou votre conjoint(e) avez à payer pour des choses qui vous permettent de travailler ? Nous compterons seulement une partie de vos revenus vers le plafond de revenus si vous travaillez et recevez des prestations de la Sécurité sociale basée sur un handicap ou la cécité et que vous avez des dépenses liées au travail pour lesquelles vous n'êtes pas remboursé(e). Exemples de telles dépenses : le coût du traitement médical et des médicaments pour le sida, le cancer, la dépression ou l'épilepsie ; une chaise roulante, les services de préposé aux soins personnels ; les modifications apportées au véhicule, l'aide à la conduite ou d'autres besoins de transport spéciaux liés au travail; la technologie d'aide liée au travail, les dépenses de chien guide, les aides sensorielles et visuelles, et les traductions en braille.

VOUS : OUI NON

CONJOINT(E) : OUI NON

15. **Informations sur les programmes d'épargne dans le cadre de Medicare :** Vous pouvez obtenir de l'aide de votre État avec vos coûts de Medicare au titre des programmes d'épargne dans le cadre de Medicare. Pour démarrer votre processus de demande pour les programmes d'épargne dans le cadre de Medicare, la Sécurité sociale enverra des informations à partir de ce formulaire à votre Etat, sauf indication contraire de votre part. **Si vous souhaitez obtenir de l'aide des programmes d'épargne dans le cadre de Medicare, ne complétez pas cette question. Signez et datez simplement la demande et votre Etat vous contactera.**

Si vous **n'êtes pas** intéressé(e) par le dépôt pour les programmes d'épargne dans le cadre de Medicare, mettez une croix dans la case ci-dessous.

Non, n'envoyez pas les informations à l'État.



Signatures

INFORMATIONS IMPORTANTES - VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

Je comprends / nous comprenons que l'Administration de la Sécurité Sociale (SSA) va vérifier mes / nos déclarations et comparer ses dossiers avec les dossiers des organismes gouvernementaux locaux, étatiques et fédéraux, y compris les services fiscaux pour s'assurer de la véracité de la détermination.

En soumettant cette demande, j'autorise / nous autorisons la SSA à obtenir et à divulguer des informations liées à mes / nos revenus, ressources et actifs, étrangers et nationaux, en conformité avec les lois sur la vie privée applicables. Ces informations peuvent inclure, sans s'y limiter, des informations sur mes / nos revenus, soldes de comptes, investissements, prestations et pensions.

Sauf si j'ai / nous avons répondu « Non » à la question 15, j'autorise / nous autorisons la SSA à divulguer à l'État les informations financières énumérées ci-dessus et d'autres informations personnelles identifiables à partir de mon / notre dossier, telles que mes / nos nom(s), date de naissance, sexe et numéro(s) de Sécurité sociale pour démarrer le processus de demande pour les programmes d'épargne dans le cadre de Medicare.

Je déclare / nous déclarons sous peine de parjure, que je / nous avons examiné toutes les informations sur ce formulaire et tout est vrai et correct au meilleur de mes / nos connaissances.

Veillez compléter la section A. Si vous ne pouvez pas signer, un représentant peut signer pour vous. Si quelqu'un vous a aidé, complétez aussi la section B.

Section A

Votre signature :	Date :	Numéro de téléphone : () —
Signature du/de la conjoint(e) :	Date :	
Votre adresse postale :		Appartement N° :
Ville :	Etat :	Code postal :

Si vous avez changé d'adresse postale au cours des trois derniers mois, placez une croix ici :

Si vous préférez que nous contactions quelqu'un d'autre si nous avons des questions supplémentaires, veuillez fournir le nom et un numéro de téléphone de jour de la personne.

Ecrire lisiblement le nom :	Ecrire lisiblement le nom :	Numéro de téléphone : () —
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Section B

Si quelqu'un vous a aidé, mettez une croix dans la case qui décrit cette personne et fournissez le reste des informations demandées ci-dessous.

<input type="checkbox"/> Membre de la famille	<input type="checkbox"/> Avocat	<input type="checkbox"/> Autre représentant:	<input type="checkbox"/> Altro specificare: _____
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Organisme	<input type="checkbox"/> Travailleur social	_____

Ecrire lisiblement le prénom :	Ecrire lisiblement le nom :	Numéro de téléphone : () —
Adresse :		Appartement N° :
Ville :	Etat :	Code postal :



Loi sur la protection des renseignements personnels / Avis sur la réduction des formalités administratives

Les articles 1860 D-14 de la loi de la Social Security, telle que modifiée, nous autorisent à recueillir ces informations. Vous nous communiquez ces informations volontairement. Toutefois, si vous choisissez de ne nous fournir qu'une partie voire aucune des informations demandées, il se peut que cela nous empêche de prendre une décision concernant votre admissibilité à une subvention Medicare Part D.

Ces informations nous permettent de connaître vos revenus et ressources en vue de déterminer votre admissibilité à une subvention Medicare Part D. Nous pouvons également partager ces informations aux fins suivantes, appelées utilisations habituelles :

1. avec les demandeurs, plaignants, demandeurs ou plaignants potentiels (autres que les sujets des données et leurs représentants autorisés) dans la mesure nécessaire aux fins de l'exercice des droits à subvention Medicare Part D et Part D ou droits d'appel ; et
2. avec les organismes fédéraux, de l'état ou locaux (ou leurs mandataires) dans le cadre de l'administration du maintien de revenu ou des programmes de santé (y compris les programmes couverts par la loi de la Social Security).

En outre, nous pouvons partager ces informations conformément à la loi sur la protection de la vie privée et aux lois fédérales. Par exemple, si la loi nous y autorise, nous pouvons utiliser et divulguer ces informations dans des programmes informatiques de rapprochement, qui comparent vos dossiers à d'autres dossiers, en vue d'établir ou de vérifier l'admissibilité d'une personne aux programmes de prestations fédérales et pour le remboursement de prestations incorrectes ou injustement perçues.

La liste des utilisations habituelles est disponible dans nos documents 60-0090 Privacy Act System of Records Notice (SORN), intitulé Master Beneficiary Record et 60-0321, intitulé Base de données Medicare. Des informations supplémentaires et la liste complète des SORNs sont disponibles sur notre site Web à l'adresse <http://www.ssa.gov/privacy/sorn.html>.

Avis sur la simplification des procédures administratives : la collecte des informations est conforme aux dispositions du Titre 44, alinéa 3507 du U.S.C., tel que modifié par l'article 2 de la Paperwork Reduction Act (loi de 1995 sur la simplification des procédures administratives). Vous n'êtes tenu de répondre à ces questions que sur présentation d'un numéro de contrôle de l'Office of Management and Budget (OMB). Le numéro de contrôle de l'OMB est le 0960-0696. Nous estimons qu'il vous faudra environ 30 minutes pour lire les consignes, réunir les faits et répondre aux questions. N'envoyez que les commentaires concernant notre estimation de temps à cette adresse : SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.

RETOURNEZ-NOUS LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI DANS L'ENVELOPPE PRÉAFFRANCHIE ET PRÉADRESSÉE CI-JOINTE :

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