

Администрация социального обеспечения

Важная информация



**В ЭТОМ СОПРОВОДИТЕЛЬНОМ ПИСЬМЕ СОДЕРЖИТСЯ ИНФОРМАЦИЯ
ДЛЯ ВАШЕГО СВЕДЕНИЯ. НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ СЛЕДУЮЩИЕ СТРАНИЦЫ.
ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.**

Вы можете иметь право, чтобы получить дополнительную помощь в оплате рецептурных препаратов.

Медикэр программа дает вам возможность выбора приема, которые предлагают различные виды покрытия. Кроме того, вы сможете получить дополнительную помощь для оплаты ежемесячных премий, ежегодных выплат и доплаты, связанные с программой Медикэр касательно рецептов на лекарства.

Но прежде, чем мы можем помочь вам, **вы должны заполнить это заявление, положить его в прилагаемый конверт и отправить его сегодня.** Или вы можете заполнить онлайн заявку на www.socialsecurity.gov. Мы рассмотрим вашу заявку и отправить вам письмо, чтобы вы знали имеете ли вы право для дополнительной помощи. Чтобы использовать дополнительную помощь, Вы должны зарегистрироваться в плане приема лекарств.

Если вам нужна помощь при заполнении заявления, позвоните социальному обеспечению по **1-800-772-1213** (телетайп **1-800-325-0778**). Вы можете найти более подробную информацию на www.socialsecurity.gov.

Вы также можете иметь возможность получить помощь от вашего штата относительно других расходов по программе экономии Медикэр. Заполнив данную форму, Вы начнете процесс подачи заявки для Программы экономии Медикэр. Мы перешлем информацию в ваш штат, который свяжется с вами, чтобы помочь вам подать заявление на Программы экономии Медикэр, если вы не скажете нам не делать этого, отвечая на вопрос 15 в этой форме.

Если вам необходима информация о программе Медикэр по приему отпускаемых по рецепту лекарств или как записаться на план, позвоните **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, 1-877-486-2048** Телетайп) или посетите www.medicare.gov. Вы также можете запросить информацию о том, как связаться с Вашей службой государственного страхования и Программой помощи (SHIP) в штате. Программа помощи (SHIP) предлагает Вам консультации относительно Вашего Медикэр.

Пожалуйста, отправьте ваше заявление сегодня.

Social Security Administration



Общие инструкции по заполнению заявки на дополнительную помощь в Медикэр касательно затрат на лекарства по рецепту

Если вы помогаете кому то с этим заявлением

Ответьте на вопросы, так как будто вы этот человек. Вы должны знать, номер социального обеспечения, человека номер и финансовую информацию. Кроме того, заполните раздел В на стр. 6.

Есть ли у вас медикэр и Дополнительный социальный доход (SSI) или Медикэр и Медикэйд?

Если ответ ДА, то не заполняйте это заявление, потому что вы автоматически получите дополнительную помощь.

Ваша программа Медикэйд штата оплачивает Медикэр, потому что вы принадлежите к программе экономии медикэр?

Если ответ ДА, то обратитесь в офис штата Медикэйд для получения дополнительной информации. Вы можете получить дополнительную помощь автоматически и не нужно заполнять заявление.

Как заполнять это заявление

- Используйте только **ЧЕРНЫЕ ЧЕРНИЛА**;
- Все цифры, буквы и крестики внутри квадратиков, пишете только **ЗАГЛАВНЫМИ** буквами;
- Не добавляйте рукописные комментарии на заявлении;
- Не используйте знак доллара при вводе суммы денег, и
- Центы могут быть округлены до целого доллара.

★ ПРИМЕР

Ставьте X в окне. НЕ заполняйте и не используйте галочки в окошках.

☒	☐	☐
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

ПРАВИЛЬНО | **НЕ ПРАВИЛЬНО**

★ ПРИМЕР

пишете только **ЗАГЛАВНЫМИ** буквами когда вводите ответы

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

Как оформить заявку

Вы можете заполнить онлайн-заявку на www.socialsecurity.gov, или использовать прилагаемый с предварительно указанным адресом конверт, чтобы вернуть заполненное и подписанное заявление на:

Управление социального обеспечения Уилкс-Барре Центр управления данным Отделение связи
1020 Уилкс-Барре, штат Пенсильвания 18767-9910

Возвратите этот пакет приложений в прилагаемом конверте. Не следует включать что-нибудь еще в конверт. Если нам потребуется дополнительная информация, мы свяжемся с Вами.

ВНИМАНИЕ: Чтобы подать заявку, вы должны проживать в одном из 50 штатов или округе Колумбия.

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь при заполнении этого заявления

Вы можете позвонить нам по бесплатному телефону 1-800-772-1213, или если вы лишены слуха или Заявка на дополнительную помощь по Рецепт Медикэр на расходы



Заявка на дополнительную помощь по Рецепту Медикэр на расходы

Это приложение для дополнительной помощи и не регистрирует вас в программе рецепта на лекарства Медикэр.

1. Имя заявителя : Напишите имя так, как оно написано на вашей карточке социального обеспечения. Используйте одно поле для каждой буквы.

ИМЯ

СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ

ФАМИЛИЯ

ПРИСТАВКА (Младший., Ср. и пр.)

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ
ЗАЯВИТЕЛЯ (МЕСЯЦ-ДЕНЬ-ГОД)

2. Если вы состоите в браке и проживаете совместно с вашим супругом, пожалуйста, укажите следующую информацию как указано на карточке социального обеспечения вашего супруга. Если вы в данный момент не женаты, не живете со своим супругом или овдовели, переходите к вопросу 3 и не включайте информацию о вашем супруге в этом заявлении.

ИМЯ

СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ

ФАМИЛИЯ

ПРИСТАВКА (Младший., Ср. и пр.)

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
СУПРУГА
ДАТА РОЖДЕНИЯ СУПРУГА
(МЕСЯЦ-ДЕНЬ-ГОД)

Если Ваш супруг имеет медицинскую помощь, он или она хотели бы также претендовать на дополнительную помощь?

☐

ДА

☐

НЕТ

3. Если вы состоите в браке и живете со своим супругом, у вас есть сбережения, инвестиции и недвижимость на сумму более \$ 34 360? Если вы не состоите в браке, или вы не живете со своим супругом, эти сбережения на сумму более чем на \$ 17 220? **Не считайте дом, транспортные средства, личные вещи, страхование жизни, кладбище участка на, безотзывные контракты захоронения или обратный платежи социального страхования или SSI.**

☐

ДА

Если вы поместите ☒ в поле да, вы не имеете права на получение дополнительной помощи. Но, ваше государство может быть в состоянии помочь вам с вашими расходами Медикер через Медикер программу экономии. Чтобы начать процесс подачи заявки на программу Медикер экономии, перейдите на страницу 6, подпишите это заявление и направьте его к нам. Если вы не заинтересованы в программе экономии Медикер, переходите к вопросу 15 на стр. 5.

☐

НЕТ или НЕ УВЕРЕН

Если вы поместили ☒ в поле НЕТ или НЕ УВЕРЕН, заполните остальные приложения и направьте его к нам.



Если вы разместили ☒ в поле НЕТ или НЕ УВЕРЕН в вопросе 3, ответьте на все вопросы. Если вы состоите в браке и проживаете совместно с вашим супругом, вы должны ответить на все вопросы для вас обоих.

4. Введите ниже суммы включающие все банковские счета, инвестиции и денежные средства, которые имеете отдельно Вы, Ваш супруг, если вы женаты и живете вместе, или оба вместе. Также включите элементы, которые любой из вас имеет с другим человеком. Включите только цифры в долларах не учитывая номера счетов. Если вы или ваш супруг не владеете никаким пунктом в списке, в одиночку или с другим человеком, разместите ☒ в поле НЕТ. Не включайте обратный платеж от социального обеспечения или SSI, полученные за последние 10 месяцев.

• Сводные данные на сумму всех банковских счетов (проверка, сбережения и депозитные сертификаты)	☐ НЕТ	\$, .
• все акции, облигации, сберегательные облигации, паевые инвестиционные фонды, индивидуальные пенсионные счета или другие подобные инвестиции	☐ НЕТ	\$, .
• Любые другие деньги дома или в другом месте	☐ НЕТ	\$, .

5. Будут ли деньги из источников, перечисленных в вопросе 4 использованы для оплаты похорон и расходов на погребение?

Если да, то переходите к вопросу 6.

Если нет, поместите ☒ в НЕТ, то перейдите к вопросу 6.

ВЫ: ☐ НЕТ

СУПРУГ: ☐ НЕТ

6. Кроме вашего дома и имущества, на которой он находится, вы или ваш супруг, если вы женаты и живете вместе, владеете любой другой недвижимостью? Другие примеры недвижимости летние дома, аренда недвижимости и незастроенные земельные участки в вашей собственности помимо вашего дома.

☐ ДА

☐ НЕТ

7. В этом вопросе, родственником является кто-то, связанный с вами по крови, усыновлению или вступлению в брак (но не включая вашего супруга). Сколько родственников живут с вами и зависят от вас или вашего супруга, по крайней мере половина их финансовой поддержки?

Пожалуйста, не включайте себя или Вашего супруга в количество ввода. Если ваша семья состоит только из вас, или Вас и Вашего супруга, разместить ☒ в поле НОЛЬ. Поместите ☒ только в одном окне.

НОЛЬ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ИЛИ БОЛЕЕ

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



8. Если вы или ваш супруг, если вы женаты и живете вместе, получаете **доход** от любого из источников, перечисленных ниже, вы должны ответить на вопросы для вас обоих. Пожалуйста, введите сумму которую вы получаете каждый месяц. Если сумма меняется от месяца к месяцу, или вы не получаете каждый месяц, введите **среднемесячный доход за прошедший год для каждого типа** в соответствующие поля. Не перечисляйте заработную плату и самостоятельную занятость, процентный доход, социальную помощь, медицинское возмещение или выплаты помощи здесь. Если вы или ваш супруг не получаете доход из источников, перечисленных ниже, поместите крестик в поле **НЕТ** для этого источника

		Месячный доход
• Пособия по социальному обеспечению до вычетов	☐ НЕТ	\$, .
• Железнодорожные Пенсионные пособия до вычетов	☐ НЕТ	\$, .
• Выплаты Ветеранам до вычетов	☐ НЕТ	\$, .
• Другие пенсии или ренты до вычетов. Не включайте деньги которую вы получаете в любом из пунктов, включенных в вопрос 4.	☐ НЕТ	\$, .
• Прочие доходы, не перечисленные выше, в том числе алименты, чистый доход от аренды, компенсации рабочим, безработица, частные или государственные пособия по инвалидности и т.д. (укажите): _____	☐ НЕТ	\$, .

9. любая из сумм, включенных в вопрос 8 снизилась в течение последних двух лет?

☐

ДА

☐

НЕТ

Если вы работали в течение последних двух лет, вы должны ответить на вопросы 10-14. Если вы состоите в браке и живете со своим супругом и один из вас работал в течение последних двух лет, вы должны ответить на вопросы 10-14. В противном случае перейдите на вопрос 15.

10. Что вы ожидаете заработать до вычета налогов и отчислений в этом календарном году?

ВЫ: ☐ НИЧЕГО

\$, .

СУПРУГ: ☐ НИЧЕГО

\$, .



11. Какой вы ожидаете чистый доход от индивидуальной трудовой деятельности, в этом календарном году?
Поместите ☒ в поле **НЕТ**, если вы не занимаетесь такой деятельностью и переходите к вопросу 12.

ВЫ: НИЧЕГО \$, .

СУПРУГ: НИЧЕГО \$, .

Поместите ☒ в графе (ах), если вы или ваш супруг ожидаете чистый убыток.



ВЫ: СУПРУГ:

12. суммы включенные в вопрос 10 или 11 снизилась за последние два года?

ДА НЕТ

13. Если вы или ваш супруг, перестали работать в 2023 или 2024, или планируете прекратить работу в 2024 или 2025 году, укажите месяц и год.



ПРИМЕР

За январь - сентябрь, поместите ноль (0) в первом поле. Май 2024 следует читать:

0 5 2 0 2 4
МЕСЯЦ ГОД

ВЫ: 2 0
МЕСЯЦ ГОД

СУПРУГ: 2 0
МЕСЯЦ ГОД

Если вы моложе 65 лет, ответьте на вопрос 14. Если вы состоите в браке и живете со своим супругом и один из вас моложе 65 лет, переходите к вопросу 14. В противном случае перейдите к вопросу 15.

14. Вы или ваш супруг должен платить за вещи, которые позволяют работать? Мы будем рассчитывать только часть вашего заработка на предельный доход, если вы работаете и получаете пособие Социального обеспечения на основе инвалидности и слепоты и у вас есть рабочие расходы, которые не возмещаются. Примерами таких расходов, являются: стоимость лечения и лекарств от СПИДа, рака, депрессии или эпилепсии; инвалидная коляска, личные помощники, изменения транспортного средства, помощь водителя или другие специальные связанные с работой транспортные потребности, связанные с работой вспомогательные технологии, расходы собаки-поводыря, сенсорные и визуальные средства, а также переводы шрифтом Брайля.

ВЫ: ДА НЕТ

СУПРУГ: ДА НЕТ

15. **Информация о медицинской программе экономии:** Вы можете получить помощь от вашего государства с Медикэр расходами по медицинской программе экономии. Чтобы начать процесс подачи заявки на программу Медикэр экономии, социальное обеспечение будет передавать информацию из этой формы в ваш штат, если вы не скажете нам не делать этого. Если вы хотите получить помощь от программы экономии Медикэр, не заполняйте этот вопрос. Просто подпишите и поставьте дату заявки и организация вашего штата свяжется с Вами.

Если вы не заинтересованы в программе экономии Медикэр, поместите ☒ в поле ниже.



Нет, не посылайте информацию в штат.



Подписи

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ - ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧТИТЕ

Я / мы понимаем, что Администрации социального обеспечения (SSA) будет проверять мои / наши заявления и сравнивать свои записи с записями из федеральных, штатных и местных органов власти, в том числе Службы внутренних доходов (IRS), чтобы убедиться, что определение является правильным.

Подаявая это заявление, я / мы разрешаем SSA получать и раскрывать информацию, связанную с моим / нашим доходом, ресурсами и активами, внешними и внутренними, в соответствии с применимыми законами о конфиденциальности. Эта информация может включать, но не ограничиваясь этим, информацию о моей / нашей заработной плате, остатках на счетах, инвестициях, льготах и пенсиях.

Если только я / мы не ответили «Нет» на вопрос 15, я / мы разрешаем SSA раскрывать Государственную финансовую информацию, перечисленную выше и другую индивидуальную информацию из моего / нашего файла, такие, как мое / наше имена, даты рождения, пол и номер социального страхования, чтобы начать процесс подачи заявки на программу экономии Медикэп.

Я / мы заявляем под страхом наказания за лжесвидетельство, что я / мы изучили всю информацию в этой форме, и это верно и правильно, насколько мне / нам известно.

Пожалуйста, заполните раздел А. Если вы не можете подписать, представитель может поставить подпись за вас. Если кто-то помогал вам, заполните раздел В

Раздел А

Ваша подпись:	дата:	номер телефона:
Подпись Супруга:	дата:	
Ваш почтовый адрес:		квартира. #:
город:	штат:	почтовый индекс:

Если вы изменили свой почтовый адрес в течение последних трех месяцев, поместите здесь ☒: 

Если вы предпочитаете чтобы мы связывались с кем то другим, если у нас есть дополнительные вопросы просьба предоставить имя этого человека и дневной номер телефона.

Печатать Имя:	Печатать Фамилия:	номер телефона:

Раздел В

Если кто-то помогал вам, поместите ☒ в поле, которое описывает этого человека и предоставьте остальную запрашиваемую ниже информацию.

 Член семьи	 адвокат	 Другой адвокат	 Другое Укажите: _____
 друг	 агентство	 социальный работник	_____

Печатать Имя:	Печатать Фамилия:	номер телефона:
		() _____
адрес:		квартира. #:
город:	штат:	почтовый индекс:



Уведомление о Законе о неприкосновенности частной жизни и о Законе о сокращении документооборота

Нам разрешено собирать эту информацию согласно разделам 1860 D-14 Закона Social Security с поправками. Эта информация предоставляется нам на добровольной основе, однако непредоставление всей информации или ее части может привести к вынесению решения о вашем несоответствии критериям получения субсидии по программе Medicare Part D.

Предоставляемая информация используется с целью получения сведений о вашем доходе и материальных ресурсах для установления вашего соответствия критериям получения субсидии по программе Medicare Part D. Мы можем передавать вашу информацию в следующих целях, называемых обычным использованием:

1. подателям заявлений, предъявителям требований или потенциальным подателям заявлений или предъявителям требований (кроме субъектов данных и их уполномоченных представителей) в степени, необходимой для подписки на Medicare Part D и для установления права на получение субсидии по программе Part D прав на обжалование; и
2. Организациям на уровне федерального правительства, штата или местным организациям (или представителям, действующим от их имени) для осуществления программ обеспечения дохода или поддержания здоровья (включая программы, предусмотренные Законом о Social Security).

Кроме того, мы можем передавать информацию в соответствии с Законом о неприкосновенности частной жизни и другими федеральными законами. Например, при наличии разрешения мы можем использовать и разглашать эту информацию в компьютерных программах сопоставления, где наши записи сравниваются с другими записями для установления или проверки соответствия определенного лица критериям участия в федеральных программах помощи и для оплаты неверных или неоплаченных долгов в рамках этих программ.

Перечень дополнительных видов обычного использования информации приведен в нашем уведомлении Privacy Act System of Records Notice (SORN) 60-0090, под заголовком Master Beneficiary Record; и в 60-0321, под заголовком Medicare Database File. Дополнительные сведения и полный перечень наших уведомлений SORNs приведены на веб-сайте <http://www.ssa.gov/privacy/sorn.html>.

Заявление о Законе о сокращении документооборота - Сбор этой информации отвечает требованиям 44 U.S.C. §3507, с поправкой в разделе 2 закона Закона о сокращении документооборота от 1995. Вам следует отвечать на эти вопросы, только если мы предоставим действительный контрольный номер Office of Management and Budget (OMB). Контрольный номер OMB для этого сбора информации: 0960-0696. По нашим оценкам, для того, чтобы прочитать инструкции, собрать факты и ответить на вопросы, потребуется около 30 минут. Просьба посылать только замечания по вышеуказанной оценке времени на адрес: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.

ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ПРОСИМ ОТПРАВИТЬ НАМ ПО АДРЕСУ, УКАЗАННОМУ НА ПРИЛОЖЕННОМ ПРЕДПОПЛАЧЕННОМ КОНВЕРТЕ.

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