



**Apelación de la determinación  
por el Beneficio Adicional de  
ayuda para los costos por  
medicamentos de Medicare**

SOLO PARA USO OFICIAL

Date received:

Office code:

Request filed late:

1. Nombre del solicitante:

---

2. Número de Seguro Social:

---

3. Número de Medicare (si difiere de su número de Seguro Social):

---

4. Nombre del cónyuge (si su cónyuge vive con usted en la misma dirección residencial):

---

5. Número de Seguro Social del cónyuge (si su cónyuge vive con usted):

---

6. Número de Medicare del cónyuge (si difiere del número de Seguro Social de su cónyuge y si este vive con usted)

---

7. Por favor explique por qué no está de acuerdo con nuestra decisión:

---

8. ¿Tiene información adicional para presentar como evidencia en su apelación?

**SÍ.** Envíe la información con este formulario a la dirección mostrada al final de la página 2

**NO**

9. ¿Desea una audiencia? Si se le concede una audiencia, esta será vía telefónica.

**SÍ.** Recibirá una notificación con la fecha y hora programada para la audiencia. Por favor complete las preguntas del 10 al 13

**NO** Recibirá una decisión basada en la información disponible y en cualquier otra información provista por usted



---

10. Con la intención de darle tiempo de preparación para la audiencia, debemos esperar 20 días entre la fecha de esta solicitud y la fecha en que programamos la audiencia. ¿De ser posible, preferiría usted una audiencia antes de estos 20 días

SÍ

NO

---

11. ¿Necesita un intérprete?

SÍ. (Especifique el idioma): \_\_\_\_\_

NO

---

12. ¿Tiene problemas de audición?

SÍ

NO

---

13. ¿Asistirán otras personas a la audiencia?

SÍ

NO

Si su respuesta es afirmativa, ¿usted y la otra persona nos llamarán de más de un número de teléfono?

SÍ A esto se le conoce como una teleconferencia. Cuando le enviemos la notificación programando la cita para la audiencia, le proveeremos un número telefónico para acceder a la teleconferencia e instrucciones para hacer la llamada

NO

---

**Por favor, envíe su solicitud de apelación completada, incluyendo la hoja de firmas, e información adicional a:**

**Social Security Administration  
Wilkes-Barre Data Operations  
Center  
P.O. Box 1030  
Wilkes-Barre, PA 18767-1030**



# Firmas

Yo declaro, bajo pena de perjurio, que he examinado toda la información sometida en este formulario, y en los documentos adjuntos, y la misma es cierta según mi mejor entendimiento. Entiendo que hacer declaraciones falsas es un crimen que conlleva penalidades bajo la ley federal. Al someter esta solicitud de apelación, yo autorizo a la Administración del Seguro Social a obtener y a divulgar información relacionada a mis ingresos y a mis bienes, en el extranjero o domésticos, en consistencia con las leyes de privacidad que apliquen. Esta información puede incluir, pero no se limita a, salarios, balances en cuentas bancarias, inversiones, beneficios y pensiones. Por favor complete la sección A. Si no puede firmar, un representante podrá firmar por usted. Si alguien le ayudó con esta solicitud, complete la sección B.

## SECCCIÓN A

Su firma:	Número de teléfono: ( ) -
-----------	------------------------------

Su dirección residencial:	Número de apartamento
---------------------------	-----------------------

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Su dirección postal (si difiere de la residencial):	Número de apartamento
---	-----------------------

Ciudad	Estado:	Código postal:
--------	---------	----------------

Si cambio su dirección recientemente, marque una  aquí:

Si prefiere que nos comuniquemos con alguna otra persona de tener preguntas adicionales, por favor provea el nombre y número telefónico de tal persona.

Nombre:	Print Last Name:	Phone Number: ( ) -
---------	------------------	------------------------

## SECCCIÓN B

Si alguien le ayudo con esta solicitud marque una  en el encasillado que describe a dicha persona y provea la información solicitada a continuación.

<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Defensor	<input type="checkbox"/> Otro, indique: _____
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agencia	<input type="checkbox"/> Trabajador social	_____

Nombre:	Apellido:	Número de teléfono:
---------	-----------	---------------------

Dirección:	Número de apartamento
------------	-----------------------

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------



## Aviso de la Ley de Confidencialidad

### Colección Recopilación y uso de información personal

---

La sección 1631(c)(1)(A) y la sección 1860 D-14 de la Ley del Seguro Social Administración del Seguro Social tiene la nos autorizada a recopilar estade obtener la información solicitada en este formulario según la sección 1860 D-14 de la Ley del Seguro Social, según enmendada. El suministrarnos Proporcionarnos esta información es voluntario. Sin embargo, el no proveer parte o toda la información solicitada podría impedirnos tomar una decisión rápida y precisa referente a su apelación.

Usaremos la información que provea para determinar si usted tiene derecho a ayuda para costear su parte del plan por medicamentos por receta de Medicare. Es posible que usemos esta información para los siguientes propósitos, a lo que llamamos usos rutinarios:

1. A los solicitantes, demandantes, posibles solicitantes o reclamantes (distintos de los sujetos de los datos y sus representantes autorizados) en la medida necesaria para el cumplimiento de los derechos de Medicare parte D y de la parte D del subsidio, así como el derecho de apelación; y
2. A los que Centro de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) con el fin de administrare la inscripción de la parte D de Medicare y la recopilación de la prima mensual de Medicare Advantage parte C, así como el ajuste mensual de Medicare parte B basado en la cantidad de ingresos.

Es posible que también compartamos su información de acuerdo con la Ley de confidencialidad y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, es posible que también compartamos su información con los programas de cotejo computarizados para comparar nuestros registros con los de otras agencias gubernamentales federales, estatales o municipales para establecer o verificar si la persona tiene derecho a los programas de beneficios financiados o administrados por el gobierno federal y para el cobro de deudas delincuentes correspondientes a estos programas.

Puede encontrar la lista de las razones que tenemos para compartir la información, a lo que llamamos usos rutinarios, está disponible en nuestro Sistema de Registros de Avisos de la Ley de Confidencialidad, (SORN) 60-0321 titulado, Archivo de base de datos de Medicare. Información adicional concerniente a estos y otros sistemas de avisos y de nuestros sistemas están disponibles por internet en [www.segurosocial.gov/foia/bluebook](http://www.segurosocial.gov/foia/bluebook) (solo disponible en inglés)

**Declaración sobre la ley para la Reducción de Documentos de Trabajo** - Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la *Ley para la Reducción de Documentos de 1995*. No es requisito que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará 10 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo que le toma completar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD. 21235-6401. **Por favor sólo envíe comentarios sobre nuestro cálculo a la dirección mencionada previamente, no el formulario completado.**