

Administración del Seguro Social

Revisión sobre su derecho a recibir el Beneficio Adicional



**ESTA CARTA ES SOLO PARA SU INFORMACIÓN.
NO LLENE LAS PÁGINAS SIGUIENTES.
ESTO NO ES UNA SOLICITUD.**

Tenemos que revisar su derecho a recibir el Beneficio Adicional con los gastos del plan de medicamentos recetados de Medicare. Verificaremos si todavía tiene derecho, y si su Beneficio Adicional, también conocido como el subsidio, está correcto. Queremos hacer esta revisión lo más fácil posible para usted, de manera que no tenga que visitar la oficina.

Lo que haremos para revisar su caso

Como parte de la revisión, verificaremos la información actual en nuestros expedientes. Determinaremos si continúa teniendo derecho basado en la cantidad de sus recursos, ingresos y el número de personas en su hogar. Si usted está casado y vive con su cónyuge, contamos los recursos e ingresos de ambos.

Lo que usted necesita hacer para esta revisión

- Por favor llene el formulario adjunto; no use el formulario en la Internet.
- Consulte el *Resumen de recursos e ingresos* al dorso de esta carta para llenar el formulario.
- Firme y devuelva el formulario en el sobre adjunto dentro de 30 días.

Si no devuelve este formulario

Si no devuelve este formulario dentro de 30 días, su ayuda con los gastos del plan de medicamentos recetados de Medicare terminará. Si está esperando recibir información de otra agencia o necesita ayuda, puede llamar al número gratis del Seguro Social, **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Si necesita ayuda, le podemos dar 30 días adicionales para devolvernos el formulario.

Administración del Seguro Social

Anexos



Administración del Seguro Social

Resumen de recursos e ingresos

Nombre
Nombre del cónyuge

Consulte estas cifras cuando llene el formulario adjunto (SSA-1026):

Recursos (vea la pregunta 5)	Valor
Cuentas bancarias	\$ _____
Acciones, bonos u otras inversiones	\$ _____
Dinero en efectivo	\$ _____
Valor de bienes raíces aparte de su hogar	\$ _____

Número de personas en su hogar (vea la pregunta 7)

Ingreso que no es devengado de trabajo (vea la pregunta 8)	Cantidad mensual
Beneficios de Seguro Social antes de deducciones	\$ _____
Beneficios de Retiro Ferroviario antes de deducciones	\$ _____
Beneficios de Veteranos antes de deducciones	\$ _____
Otras pensiones o anualidades antes de deducciones	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____

Ingreso devengado de trabajo (vea la pregunta 9)	Cantidad anual
Salarios antes de impuestos y deducciones de	
Usted	\$ _____
Su cónyuge	\$ _____
Ganancias netas de trabajo por cuenta propia de	
Usted	\$ _____
Su cónyuge	\$ _____
Pérdidas netas de trabajo por cuenta propia de	
Usted	\$ _____
Su cónyuge	\$ _____

Gastos de trabajo debido a una incapacidad o ceguera (vea la pregunta 10)	Cantidad mensual
Gastos de trabajo debido a una incapacidad	\$ _____
Gastos de trabajo debido a ceguera	\$ _____

GUARDE ESTA HOJA PARA SUS REGISTROS



**Declaración de derecho continuo
al Beneficio Adicional con los gastos
del plan de medicamentos recetados
de Medicare**

Por favor pase a la siguiente página

Instrucciones para llenar la declaración de derecho continuo al Beneficio Adicional con los gastos del plan de medicamentos recetados de Medicare



Si está ayudando a otra persona con este formulario _____

Conteste las preguntas como si esa persona estuviera llenando el formulario. Tiene que saber el número de Seguro Social y los datos financieros de la persona. También debe llenar la Sección B en la página 6.

Cómo llenar este formulario _____

- Consulte el *Resumen de recursos e ingresos* al dorso de la carta adjunta para llenar el formulario;
- Use **TINTA NEGRA** solamente;
- **Mantenga sus números, letras y X dentro de los encasillados; use solo letras MAYÚSCULAS;**
- No añada ningún comentario por escrito en el formulario;
- Cuando escriba una cantidad de dinero, no escriba el signo de dólar. El signo de dólar ya está impreso en el formulario; y
- Redondee los centavos a dólares.

EJEMPLO

Ponga una X en el encasillado.
NO use marcas de cotejo ni
sombree los encasillados.

CORRECTO	INCORRECTO

EJEMPLO

Use letras mayúsculas
cuando escriba sus
respuestas

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

Para llenar este formulario _____

Por favor llene y firme este formulario y devuélvalo por correo en el sobre predirigido y franqueado adjunto a:

Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1080
Wilkes-Barre, PA 18767

El *Resumen de recursos e ingresos* al dorso de la carta adjunta le ayudará a llenar este formulario. **No incluya** la hoja del *Resumen de recursos e ingresos* ni ningún anexo cuando devuelva el formulario en el sobre franqueado adjunto. Si necesitamos más información, tal como estados de cuentas de instituciones financieras, nos comunicaremos con usted.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario _____

Puede llamarnos a nuestro número gratis, **1-800-772-1213**, o si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamar a nuestro número TTY, **1-800-325-0778**.



Declaración de derecho continuo al Beneficio Adicional con los gastos del plan de medicamentos recetados de Medicare	
ESTE FORMULARIO NO LO INSCRIBE EN EL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE.	

1. Nombre (En letra de molde, escriba una letra por encasillado.)

NOMBRE

INICIAL

APELLIDO

SUFIJO (JR., SR., ETC.)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

**FECHA DE NACIMIENTO
(MES - DÍA - AÑO)**

**NÚMERO DE RECLAMACIÓN
DE MEDICARE**

(Este número está impreso en su tarjeta de Medicare)



De enero a septiembre escriba un cero (0) en el primer encasillado. El 20 de mayo del 1935 debe leer:

0	5	2	0	1	9	3	5
MES		DÍA		AÑO			

2. Nombre de su cónyuge (si están casados y viven juntos)

NOMBRE

INICIAL

APELLIDO

SUFIJO (JR., SR., ETC.)

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DE SU CÓNYUGE**

**FECHA DE NACIMIENTO DE SU CÓNYUGE
(MES - DÍA - AÑO)**

NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE MEDICARE DE SU CÓNYUGE

3. Si su estado civil **no** ha cambiado o ya nos informó del cambio, pase a la pregunta 4.
Si su estado civil **ha** cambiado y no nos ha informado del cambio, ¿cuál es su estado civil actual?

Casado (viven juntos)

Divorciado/viudo/separado/anulado

Fecha en que cambió su estado civil: _____



4. Si **toda** la información en el *Resumen de recursos e ingresos* está correcta, escriba una en el encasillado y pase a la pregunta 11 en la página 5, firme y devuelva este formulario.



Si **alguna** información en el *Resumen de recursos e ingresos* está **incorrecta**, siga a la pregunta 5.

5. Necesitamos saber sobre los **recursos** que usted, su cónyuge (si están casados y viven juntos) o ambos tienen.

Instrucciones: Por favor revise la información que tenemos sobre sus recursos en el *Resumen de recursos e ingresos* al dorso de la carta adjunta.

Si la información **no** ha cambiado, escriba una en el encasillado y pase a la pregunta 6.



Si la información **ha** cambiado, escriba la cantidad nueva en los siguientes encasillados.

Tipo de recurso	La cantidad correcta es
Cuentas bancarias (corrientes, ahorros, y certificados de depósito)	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Acciones, bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos, Cuentas de Retiro Individual (IRA) u otras inversiones similares	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Dinero en efectivo	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Valor de sus bienes raíces aparte de su hogar	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

6. ¿Se usará parte del dinero de las fuentes mencionadas en la pregunta 5 para pagar gastos funerales o de entierro?

Si la respuesta es **SÍ**, pase a la pregunta 7.

Si la respuesta es **NO**, escriba una en el encasillado de **NO** y pase a la pregunta 7.

USTED: NO

CÓNYUGE: NO



7. Para esta pregunta, un familiar es alguien relacionado a usted por medio de parentesco consanguíneo, adopción o matrimonio (pero no incluyendo a su cónyuge). ¿Cuántos familiares viven con usted y dependen de usted o de su cónyuge **para por lo menos la mitad** de su sustento financiero?

Instrucciones: Por favor revise la información que tenemos sobre el tamaño de su hogar en el *Resumen de recursos e ingresos* al dorso de la carta adjunta. Si la información **no** ha cambiado, escriba una en el encasillado y vaya a la pregunta 8.

Por favor no se incluya a sí mismo ni a su cónyuge en el número que ingrese. Si su hogar consiste de solo usted o usted y su cónyuge, escriba una en el encasillado de **CERO**. Escriba una en solo un encasillado.

<input type="checkbox"/>									
CERO	1	2	3	4	5	6	7	8	9 o más

8. Necesitamos saber sobre el **ingreso que no es devengado de trabajo** que usted, su cónyuge (si están casados y viven juntos) o ambos tienen de cualquiera de las fuentes indicadas más abajo.

Instrucciones: Por favor revise la información que tenemos sobre su ingreso que no es devengado de un trabajo en el *Resumen de recursos e ingresos* **al dorso de la carta adjunta**.

Si la información **no** ha cambiado, escriba una en el encasillado y pase a la pregunta 9.

Si la información **ha** cambiado, escriba la cantidad nueva en los siguientes encasillados.

	La cantidad mensual correcta es
Beneficios de Seguro Social antes de deducciones	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Beneficios de Retiro Ferroviario antes de deducciones	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Beneficios de Veteranos antes de deducciones	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Otras pensiones o anualidades antes de deducciones . No incluya dinero que reciba de los artículos que ya incluyó en la pregunta 5.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Otro ingreso que no esté indicado arriba, incluso manutención, ingreso neto de alquiler, compensación a trabajadores, desempleo, pagos por incapacidad privados o estatales, etc. (Especifique): <hr/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>



9. Necesitamos saber acerca del **ingreso anual devengado** de trabajo que usted, su cónyuge (si están casados y viven juntos) o ambos tienen.

Instrucciones: Por favor revise la información que tenemos sobre su ingreso devengado de trabajo en el *Resumen de recursos e ingresos* al dorso de la carta adjunta.

Si la información **no** ha cambiado, escriba una en el encasillado y pase a la pregunta 10.



Si la información **ha** cambiado, escriba la cantidad nueva en los siguientes encasillados.

Tipo de ingreso devengado de trabajo	La cantidad anual correcta es	
Salarios antes de impuestos y deducciones	USTED	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	CÓNYUGE	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Ganancias netas de trabajo por cuenta propia	USTED	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	CÓNYUGE	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Pérdidas netas de trabajo por cuenta propia	USTED	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	CÓNYUGE	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

10. ¿Tiene usted, su cónyuge (si están casados y viven juntos) o ambos que pagar por artículos que le permiten trabajar (también conocidos como **gastos de trabajo debido a una incapacidad o ceguera**)? Solo contaremos parte de sus ganancias hacia el límite de ingresos si usted trabaja y recibe beneficios de Seguro Social por una incapacidad o ceguera, y tiene gastos de trabajo por los cuales no recibe reembolso. Unos ejemplos de tales gastos son: el costo de tratamiento médico y medicamentos para el SIDA, cáncer, depresión o epilepsia; una silla de ruedas; servicios de un asistente personal; modificaciones a un vehículo, un chofer u otro servicio de transportación especial que sea necesario para viajar al trabajo; ayuda tecnológica relacionada con su trabajo; gastos de perro guía; ayudas visuales y sensoriales; y traducciones en Braille.

USTED: SÍ NO CÓNYUGE: SÍ NO

11. Si usted o su cónyuge (si están casados y viven juntos) trabajan y planifican dejar de trabajar, escriba el mes y año. De otra manera, firme el formulario en la página 6 y devuélvanoslo.

EJEMPLO

De enero a septiembre escriba un cero (0) en el primer encasillado. Mayo del 2012 debe leer:

MES AÑO

USTED: —

MES AÑO

CÓNYUGE: —

MES AÑO



Firmas

INFORMACIÓN IMPORTANTE-POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Yo entiendo/nosotros entendemos que la Administración del Seguro Social verificará mis/nuestras declaraciones y comparará sus registros con los registros de otras agencias federales, estatales o municipales del gobierno, incluso el Servicio de Impuestos Internos (IRS, siglas en inglés), para asegurar que la determinación esté correcta.

Al presentar esta solicitud, yo autorizo/nosotros autorizamos a la Administración del Seguro Social a obtener y divulgar información relacionada a mis/nuestros ingresos, recursos y bienes, tanto domésticos como extranjeros, de acuerdo a las leyes de confidencialidad que aplican. Esta información puede incluir, pero no está limitada a, información sobre mis/nuestros salarios, balances de cuentas, inversiones, beneficios y pensiones.

Yo declaro/nosotros declaramos bajo pena de perjurio que he/hemos examinado toda la información en este formulario y que es cierta y correcta según mi/nuestro mejor entender.

Por favor llene la Sección A. Si no puede firmar, un representante puede firmar por usted. Si alguien le ayudó, también llene la Sección B.

Sección A

Su firma:	Fecha:	Número de teléfono: () —
Firma de su cónyuge:	Fecha:	
Su dirección postal:	N.º de apt.:	
Ciudad:	Estado:	Zona postal:

Si su dirección postal cambió en los últimos tres meses, escriba una en el encasillado:

Si tenemos más preguntas y usted prefiere que nos comuniquemos con otra persona, por favor provea el nombre y un número de teléfono diurno de esa persona.

Nombre (en letra de molde):	Apellido (en letra de molde):	Número de teléfono: () —
-----------------------------	-------------------------------	--

Sección B

Si está ayudando a otra persona, escriba una en el encasillado que lo describa a usted y provea su dirección y número de teléfono diurno.

<input type="checkbox"/> Pariente	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Otro procurador	<input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agencia	<input type="checkbox"/> Trabajador Social	_____

Nombre (en letra de molde):	Apellido (en letra de molde):	Número de teléfono: () —
Dirección:	N.º de apt.:	
Ciudad:	Estado:	Zona postal:



Aviso de la Ley de Confidencialidad/ Ley de Reducción de Trámites

La Sección 1860 D-14 de la *Ley del Seguro Social* autoriza la recopilación de la información que se solicita en este formulario. La Administración del Seguro Social usará la información que usted provea para determinar si continúa su derecho a recibir ayuda para pagar la parte que le corresponde de los costos de un plan de medicamentos recetados de Medicare. No tiene que darnos la información que pedimos. Sin embargo, si no provee la información, no podremos tomar una decisión oportuna y correcta sobre su derecho continuo a beneficios y podría resultar en la pérdida de su Beneficio Adicional con los gastos del plan de medicamentos recetados de Medicare. Podemos divulgar la información recopilada en este formulario a otras agencias federales, estatales o municipales del gobierno para que nos ayuden a determinar si usted tiene derecho inicial o continuo al Beneficio Adicional, o si una ley federal requiere que se divulgue la información. También es posible que tengamos que compartir la información con otros programas del Seguro Social, si el Seguro Social necesita determinar su derecho a estos programas.

También podemos usar la información que usted nos dé cuando comparemos registros por computadora. Hay programas que comparan nuestros registros con los de otras agencias federales, estatales o municipales del gobierno. Muchas agencias usan estos programas de comparación para determinar o verificar que una persona tiene derecho a beneficios pagados por el gobierno federal. La ley nos permite hacer esto aunque usted no esté de acuerdo. Explicaciones sobre estas y otras razones por las cuales la información que usted nos provee puede divulgarse o usarse están disponibles en las oficinas del Seguro Social. Si desea informarse mejor sobre esto, comuníquese con una oficina del Seguro Social.

Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites — Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la *Ley de Reducción de Trámites del 1995*. No se requiere que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que tomará alrededor de 18 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios sobre nuestra estimación de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Solo envíe comentarios sobre nuestra estimación de tiempo a esta dirección, no el formulario lleno.**

**ENVÍENOS EL FORMULARIO LLENO A LA DIRECCIÓN MOSTRADA EN EL
SOBRE FRANQUEADO Y PREDIRIGIDO ADJUNTO:**

**Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1080
Wilkes-Barre, PA 18767**