

# 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](http://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](http://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 Etat 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](http://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.

Veuillez envoyer votre demande aujourd'hui.

A handwritten signature in cursive script that reads 'Carolyn W. Colvin'.

Carolyn W. Colvin

Commissaire à la Sécurité Sociale par Intérim



## 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.

 <b>VRAI</b>	 <b>FAUX</b>
-----------------	-----------------

**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](http://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 Data 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 26 580 \$ ? Si vous n'êtes pas marié(e) ou si vous ne vivez pas avec votre conjoint(e), la valeur est-elle de plus de 13 300 \$ ? **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"> <li>Total combiné de tous les comptes bancaires (chèque, épargne et certificats de dépôt)</li> </ul>	<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"> <li>Total combiné de tous les actions, obligations, obligations d'épargne, fonds communs de placement, comptes de retraite personnels ou autres investissements similaires</li> </ul>	<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"> <li>Toutes autres espèces au domicile ou n'importe où ailleurs</li> </ul>	<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 <b>avant déductions</b>	<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 <b>avant déductions</b>	<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 <b>avant déductions</b>	<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 <b>avant déductions</b> . 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 2012 ou 2013, ou prévoit d'arrêter de travailler en 2013 ou 2014, entrez le mois et l'année.



**EXEMPLE**

Pour Janvier -  
Septembre, mettez  
un zéro (0) dans la  
première case. Mai 2013  
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

Section 1860 D-14 de la *loi sur la Sécurité sociale*, telle que modifiée, nous autorise à recueillir ces informations. Nous utiliserons les informations que vous fournissez pour déterminer si vous êtes admissible à l'aide pour payer votre part du coût d'un plan de médicaments délivrés sur ordonnance dans le cadre de Medicare.

Nous fournir ces informations est un acte volontaire. Toutefois, le manquement à nous fournir tout ou partie des informations pourrait nous empêcher de prendre une décision précise et opportune sur votre demande.

Nous utilisons rarement les informations que vous fournissez pour tout autre but que celui de déterminer votre admissibilité à l'aide supplémentaire pour les coûts de plan de médicaments délivrés sur ordonnance dans le cadre de Medicare. Nous pouvons également divulguer des informations à une autre personne ou à un autre organisme en conformité avec les usages courants approuvés, qui incluent, sans se limiter à ce qui suit :

1. Pour permettre à un tiers ou à un organisme d'aider la Sécurité sociale dans l'établissement des droits aux prestations et / ou à la couverture de la Sécurité sociale;
2. Pour se conformer aux lois fédérales exigeant la communication des informations des dossiers de la Sécurité sociale (par exemple, pour le Government Accountability Office (Bureau de comptabilité du gouvernement) et Department of Veterans' Affairs (Département des anciens combattants)) ;
3. Pour se prononcer sur l'admissibilité de la demande dans les programmes de maintien des revenus et de la santé au niveau fédéral, étatique, et local ; et,
4. Pour faciliter la recherche statistique, la vérification, ou les activités d'enquête nécessaires pour assurer l'intégrité et l'amélioration des programmes de la Sécurité sociale (par exemple, au Bureau du recensement et des préoccupations privées sous contrat avec la Sécurité sociale).

Nous pouvons également utiliser les informations que vous fournissez dans les programmes de rapprochement informatiques. Les programmes de rapprochement comparent nos dossiers avec les dossiers tenus par d'autres organismes gouvernementaux fédéraux, étatiques ou locaux. Les informations de ces programmes de rapprochement peuvent être utilisées pour établir ou vérifier l'admissibilité d'une personne pour les programmes de prestations administrés ou financés par le gouvernement fédéral et pour le remboursement des paiements ou des dettes impayées en vertu de ces programmes.

Une liste complète des usages courants pour ces informations est disponible dans les systèmes d'avis de dossiers intitulés, Dossier du bénéficiaire principal, 60-0090, et Fichier de base de données de Medicare, 60-0321. Ces avis, ces informations supplémentaires concernant ce formulaire, et les informations concernant nos programmes et nos systèmes sont disponibles en ligne sur [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) ou à votre bureau local de la Sécurité sociale.

Déclaration sur la loi de réduction des formalités administratives - Cette collection d'informations répond aux exigences de l'article 44 U.S.C. § 3507, tel que modifié par la section 2 de la *Loi sur la réduction des formalités administratives de 1995*. Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions, sauf si nous montrons un numéro de contrôle valide de l'Office of Management and Budget (Bureau de Gestion et du Budget : BGB). Le numéro de contrôle du BGB pour cette collection est le : 0960-0696. Nous estimons qu'il faudra environ 30 minutes pour lire les instructions, regrouper les faits, et répondre aux questions. **Envoyer seulement les commentaires relatifs à notre estimation des délais ci-dessus à : SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.**

ENVOYEZ-NOUS LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À L'ADRESSE AFFICHÉE SUR L'ENVELOPPE JOINTE PRÉ-ADRESSÉE ET PRÉ-AFFRANCHIE :

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