

Sở An Sinh Xã Hội

Thông tin Quan trọng



THƯ NGỎ NÀY CHỈ ĐỂ CHO BIẾT THÔNG TIN. ĐỪNG ĐIỀN VÀO CÁC TRẠNG DƯỚI ĐÂY. ĐÂY KHÔNG LÀ ĐƠN XIN.

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận được Trợ Cấp Bổ Sung để thanh toán chi phí thuốc theo toa của mình.

Chương trình thuốc theo toa của Medicare cho phép quý vị lựa chọn các chương trình bảo hiểm thuốc theo toa cung cấp nhiều dạng chi trả. Ngoài ra, quý vị có thể nhận được Trợ Cấp Bổ Sung để thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng, các khoản khấu trừ hàng năm, và các khoản đồng thanh toán liên quan đến chương trình thuốc theo toa của Medicare.

Nhưng trước khi chúng tôi có thể giúp quý vị, **quý vị phải điền vào đơn này, bỏ vào phong bì kèm theo và gửi ngay hôm nay.** Hoặc quý vị có thể điền một mẫu đơn trực tuyến tại www.socialsecurity.gov. Chúng tôi sẽ xem xét đơn của quý vị và gửi thư thông báo cho quý vị biết liệu quý vị có đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Bổ Sung hay không. Để sử dụng khoản Trợ Cấp Bổ Sung này, quý vị phải tham gia một chương trình thuốc theo toa của Medicare.

Nếu quý vị cần giúp điền đơn, hãy gọi cho sở An Sinh Xã Hội qua số **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin tại www.socialsecurity.gov.

Quý vị cũng có thể nhận được trợ giúp của Tiểu Bang để thanh toán chi phí Medicare khác theo các Chương Trình Medicare Savings. Bằng việc điền vào mẫu đơn này, quý vị sẽ bắt đầu quy trình đăng ký tham gia một Chương Trình Medicare Savings. Chúng tôi sẽ gửi thông tin đến Tiểu Bang của quý vị, họ sẽ liên hệ quý vị để giúp quý vị đăng ký tham gia Chương Trình Medicare Savings trừ phi quý vị yêu cầu chúng tôi không gửi bằng cách trả lời câu hỏi 15 trên mẫu đơn này.

Nếu quý vị cần biết thông tin về các Chương Trình Medicare Savings, các chương trình thuốc theo toa của Medicare, hoặc cách ghi danh tham gia một chương trình, hãy gọi **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048)** hoặc truy cập www.medicare.gov. Quý vị cũng có thể yêu cầu thông tin về cách liên hệ Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế của Tiểu Bang (State Health Insurance Counseling and Assistance Program, SHIP) của quý vị. SHIP sẽ giúp giải đáp các thắc mắc của quý vị về Medicare.

Vui lòng nộp đơn của quý vị ngay hôm nay.

Carolyn W. Colvin
Thừa Hành Ủy Viên



Hướng Dẫn Tổng Quát Cách Điền Đơn Xin Trợ Cấp Bổ Sung Để Thanh Toán Chi Phí Chương Trình Thuốc Theo Toa của Medicare

Nếu Quý Vị Đang Giúp Người Khác Điền Đơn Này _____

Hãy trả lời các câu hỏi này như thể người đó đang điền đơn. Quý vị phải biết số An Sinh Xã Hội và thông tin tài chính của người đó. Ngoài ra, hãy điền vào Phần B ở trang 6.

Quý vị có bảo hiểm Medicare và Thu Nhập Đảm Bảm Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI) hay Medicare và Medicaid hay không?

Nếu câu trả lời là CÓ, hãy đừng điền đơn này vì quý vị sẽ tự động nhận được Trợ Cấp Bổ Sung.

Chương trình Medicaid Tiểu Bang của quý vị có thanh toán phí bảo hiểm Medicare của quý vị vì quý vị có tham gia Chương Trình Medicare Savings hay không?

Nếu câu trả lời là CÓ, hãy liên hệ văn phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị để biết thêm thông tin. Quý vị có thể tự động nhận được Trợ Cấp Bổ Sung và không cần phải điền vào đơn này.

Cách Điền Đơn Này _____

- Chỉ dùng MỰC ĐEN;
- Đặt các con số, ký tự và các chữ bên trong các ô; chỉ sử dụng ký tự VIẾT HOA;
- Không được thêm bất kỳ nhận xét viết tay nào vào đơn;
- Không được sử dụng dấu dollar khi nhập số tiền; và
- Có thể làm tròn số xu đến dollar gần nhất.

VÍ DỤ

Đánh dấu trong ô. KHÔNG tô đen hay sử dụng dấu chọn trong các ô.

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CHÍNH XÁC | KHÔNG CHÍNH XÁC | KHÔNG CHÍNH XÁC |

VÍ DỤ

Sử dụng các ký tự viết hoa khi nhập câu trả lời

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

Điền Đơn _____

Quý vị có thể điền đơn trực tuyến tại www.socialsecurity.gov hoặc sử dụng phong bì đã ghi địa chỉ và dán tem gửi kèm để gửi lại đơn đã điền và ký tên đến:

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

Gửi lại gói thông tin đơn đăng ký này trong phong bì kèm theo. Không được cho bất kỳ thứ gì khác vào phong bì. Nếu chúng tôi cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ liên hệ quý vị.

LƯU Ý: Để đăng ký, quý vị phải sống trong 50 Tiểu Bang hoặc District of Columbia.

Nếu Quý Vị Có Thắc Mắc Hay Cần Giúp Điền Đơn Này _____

Quý vị có thể gọi cho chúng tôi qua số miễn cước 1-800-772-1213, hoặc nếu quý vị khiếm thính hoặc nặng tai, quý vị có thể gọi số TTY của chúng tôi, 1-800-325-0778.



Đơn Xin Trợ Cấp Bổ Sung Để Thanh Toán Chi Phí Chương Trình Thuốc Theo Toa của Medicare

ĐÂY LÀ ĐƠN XIN TRỢ CẤP BỔ SUNG VÀ KHÔNG GH DANH QUÝ VỊ THAM GIA MỘT CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM THUỐC THEO TOA CỦA MEDICARE.

1. Tên Người Làm Đơn: Tên viết in như xuất hiện trên thẻ An Sinh Xã Hội của quý vị. Dùng một ô cho mỗi ký tự.

TÊN

TÊN ĐỆM

HỌ

TÊN PHỤ (Jr., Sr., v.v.)

 - -

SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NGƯỜI LÀM ĐƠN

 - -

NGÀY SINH CỦA NGƯỜI LÀM ĐƠN (MM-DD-YYYY) (THÁNG-NGÀY-NĂM)

2. Nếu quý vị đã kết hôn và sống với vợ/chồng của mình, vui lòng cung cấp thông tin sau đây như xuất hiện trên thẻ An Sinh Xã Hội của vợ/chồng của quý vị. Nếu quý vị hiện không kết hôn, không sống với vợ/chồng của mình hoặc là người góa chồng/vợ, hãy bỏ qua đến câu hỏi 3 và không cung cấp bất kỳ thông tin nào về vợ/chồng của quý vị trên đơn này.

TÊN

TÊN ĐỆM

HỌ

TÊN PHỤ (Jr., Sr., v.v.)

 - -

SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA VỢ/CHỒNG

 - -

NGÀY SINH CỦA VỢ/CHỒNG (MM-DD-YYYY) (THÁNG-NGÀY-NĂM)

Nếu vợ/chồng của quý vị có bảo hiểm Medicare, người đó cũng muốn làm đơn xin Trợ Cấp Bổ Sung hay không?

CÓ

KHÔNG

3. Nếu quý vị đã kết hôn và sống với vợ/chồng của mình, quý vị có các khoản tiết kiệm, đầu tư hay bất động sản trị giá trên \$26.580 hay không? Nếu quý vị chưa kết hôn hoặc không sống với vợ/chồng của mình, giá trị đó có cao hơn \$13.300 hay không? **KHÔNG** tính nhà cửa, xe cộ, tài sản cá nhân, bảo hiểm nhân thọ, sinh phần, hợp đồng ma chay không thu hồi hay các khoản truy lãnh từ phúc lợi An Sinh Xã Hội hoặc SSI.

CÓ Nếu quý vị đánh dấu vào ô **CÓ**, quý vị không đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Bổ Sung. Nhưng, Tiểu Bang của quý vị có thể giúp quý vị thanh toán chi phí Medicare thông qua các Chương Trình Medicare Savings. Để bắt đầu quy trình đăng ký tham gia các Chương Trình Medicare Savings, hãy bỏ qua đến trang 6, ký tên vào đơn này và gửi lại cho chúng tôi. Nếu quý vị không quan tâm đến các Chương Trình Medicare Savings, hãy bỏ qua đến câu hỏi 15 ở trang 5.

KHÔNG hoặc KHÔNG CHẮC Nếu quý vị đánh dấu vào ô **KHÔNG hoặc KHÔNG CHẮC**, hãy điền phần còn lại của đơn này và gửi lại cho chúng tôi.



Nếu quý vị đánh dấu vào ô KHÔNG hoặc KHÔNG CHẮC ở câu hỏi 3, hãy trả lời tất cả các câu hỏi sau đây. Nếu quý vị đã kết hôn và đang sống với vợ/chồng của mình, quý vị phải trả lời tất cả các câu hỏi dành cho cả hai quý vị.

4. Nhập số tiền của tất cả các tài khoản ngân hàng, các khoản đầu tư hoặc tiền mặt mà quý vị, vợ/chồng của quý vị, nếu đã kết hôn và sống cùng nhau, hoặc cả hai quý vị sở hữu, vào bên dưới. Cũng bao gồm các hạng mục mà một trong hai người quý vị sở hữu chung với một người khác. Chỉ bao gồm số tiền, không bao gồm số tài khoản. Nếu quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị không sở hữu bất kỳ hạng mục nào trong danh sách, một mình hoặc với một người khác, hãy đánh dấu vào ô **KHÔNG CÓ**. **KHÔNG** bao gồm một khoản truy lĩnh từ phúc lợi An Sinh Xã Hội hay SSI đã nhận trong 10 tháng vừa qua.

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Tổng tất cả các tài khoản ngân hàng kết hợp (tài khoản vãng lai, tiết kiệm và chứng chỉ ký thác) | <input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ | \$ <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"> Tổng tất cả các cổ phiếu, trái phiếu, trái phiếu tiết kiệm, quỹ tương hỗ, Tài Khoản Hưu Trí Cá Nhân hoặc các khoản đầu tư tương tự kết hợp | <input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ | \$ <input type="text"/> <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"> Bất kỳ khoản tiền mặt nào khác ở nhà hoặc bất kỳ nơi nào khác | <input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |

5. Liệu một phần số tiền từ các nguồn đã liệt kê ở **câu hỏi 4** sẽ được sử dụng để thanh toán chi phí tang lễ hay chôn cất hay không?

Nếu CÓ, hãy bỏ qua đến câu hỏi 6.

Nếu KHÔNG, hãy đánh dấu vào ô KHÔNG, sau đó đến câu hỏi 6.

QUÝ VỊ: **KHÔNG**

VỢ/CHỒNG: **KHÔNG**

6. Ngoài nhà cửa và khu đất xây nhà đó, quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị, nếu đã kết hôn và sống cùng nhau, có sở hữu bất kỳ bất động sản nào không? Ví dụ về bất động sản khác là nhà nghỉ hè, nhà cho thuê hoặc khu đất chưa phát triển khác với căn nhà của quý vị.

CÓ

KHÔNG

7. Đối với câu hỏi này, người thân là một người có quan hệ huyết thống, nuôi dưỡng, hoặc hôn nhân với quý vị (nhưng không bao gồm vợ/chồng của quý vị). Có bao nhiêu người thân sống với quý vị và phụ thuộc vào quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị đối với **ít nhất một nửa** sự hỗ trợ tài chính của họ?

Vui lòng không tính bản thân quý vị hay vợ/chồng của quý vị trong con số quý vị nhập. Nếu hộ gia đình của quý vị chỉ gồm có quý vị hoặc quý vị và vợ/chồng của quý vị, hãy đánh dấu X vào ô **KHÔNG**. Chỉ đánh dấu vào một ô.

KHÔNG 1 2 3 4 5 6 7 8 9 trở lên



8. Nếu quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị, nếu đã kết hôn và sống cùng nhau, nhận được **thu nhập** từ bất kỳ nguồn nào được liệt kê bên dưới, quý vị phải trả lời các câu hỏi dành cho cả hai người quý vị. Vui lòng nhập tổng số tiền quý vị nhận được mỗi tháng. **Nếu số tiền có thay đổi tháng này so với tháng khác hoặc quý vị không nhận được mỗi tháng, hãy nhập thu nhập hàng tháng trung bình trong năm ngoài đối với từng loại** vào các ô thích hợp. Không liệt kê tiền lương hay thu nhập từ công việc tự kinh doanh, thu nhập từ tiền lãi, trợ cấp công, hoàn tiền y tế hay các khoản thanh toán chăm sóc nuôi dưỡng ở đây. Nếu quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị không nhận được thu nhập từ một nguồn được liệt kê bên dưới, hãy đánh dấu vào ô **KHÔNG CÓ** đối với nguồn đó.

| | | Phúc Lợi Hàng Tháng |
|---|--|---|
| • Phúc lợi An Sinh Xã Hội trước khấu trừ | <input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| • Phúc lợi Hưu Trí Đường Sắt trước khấu trừ | <input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| • Phúc lợi Cựu Binh trước khấu trừ | <input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| • Các khoản trợ cấp hoặc niên kim khác trước khấu trừ . Không bao gồm số tiền quý vị nhận được từ bất kỳ hạng mục nào quý vị đã cho biết trong câu hỏi 4. | <input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| • Thu nhập khác không được liệt kê bên trên, bao gồm tiền cấp dưỡng, thu nhập thuê nhà rỗng, bồi thường tai nạn lao động, bảo hiểm thất nghiệp, các khoản bồi thường khuyết tật tư nhân hoặc của Tiểu Bang, v.v. (Cho biết rõ): _____ | <input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |

9. Có bất kỳ số tiền nào quý vị đã cho biết ở câu hỏi 8 đã giảm trong hai năm vừa qua hay không?

CÓ **KHÔNG**

Nếu quý vị đã đi làm trong hai năm vừa qua, quý vị cần trả lời các câu hỏi 10-14. Nếu quý vị đã kết hôn và sống với vợ/chồng của mình và một trong hai người quý vị đã đi làm trong hai năm vừa qua, quý vị cần trả lời các câu hỏi 10-14. Nếu không, hãy bỏ qua đến câu hỏi 15.

10. Quý vị dự kiến có thu nhập gì về tiền lương trước thuế và khấu trừ trong **năm lịch này?**

QUÝ VỊ: **KHÔNG CÓ** \$, .

VỢ/CHỒNG: **KHÔNG CÓ** \$, .



11. Quý vị dự kiến có thu nhập ròng gì từ công việc tự kinh doanh trong **năm lịch này?**
 Đánh dấu vào ô **KHÔNG CÓ** nếu quý vị không tự kinh doanh và đến câu hỏi 12.

QUÝ VỊ: **KHÔNG CÓ** \$, .

VỢ/CHỒNG: **KHÔNG CÓ** \$, .

Đánh dấu vào (các) ô này nếu quý vị hoặc vợ/chồng của mình dự kiến có tổn thất ròng.



QUÝ VỊ: VỢ/CHỒNG:

12. Các số tiền quý vị đã cho biết ở câu hỏi 10 hay 11 có giảm trong hai năm vừa qua không?

CÓ **KHÔNG**

13. Nếu quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị, đã nghỉ làm vào năm 2012 hoặc 2013, hoặc có kế hoạch nghỉ làm vào năm 2013 hoặc 2014, hãy nhập tháng và năm.



VÍ DỤ

Đối với tháng 1 – tháng 9, đặt một số không (0) vào ô đầu tiên. Có thể ghi tháng 5, 2013:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| M | M | Y | Y | Y | Y |

QUÝ VỊ:
 MM YY YY YY

VỢ/CHỒNG:
 MM YY YY YY

Nếu quý vị dưới 65 tuổi, hãy trả lời câu hỏi 14. Nếu quý vị đã kết hôn và sống với vợ/chồng của mình và một trong hai người quý vị dưới 65 tuổi, hãy tiếp tục đến câu hỏi 14. Nếu không, hãy bỏ qua đến câu hỏi 15.

14. Quý vị hoặc vợ/chồng của mình có phải thanh toán bất kỳ khoản nào để quý vị có thể đi làm hay không? Chúng tôi chỉ tính một phần thu nhập của quý vị vào giới hạn thu nhập nếu quý vị đi làm và nhận được phúc lợi An Sinh Xã Hội dựa trên khuyết tật hay tình trạng khiếm thị và quý vị có các khoản chi phí liên quan đến công việc mà quý vị không được hoàn tiền. Ví dụ về các khoản chi phí đó là: chi phí điều trị y tế và thuốc điều trị bệnh AIDS, ung thư, trầm cảm hay động kinh; xe lăn, dịch vụ chăm sóc cá nhân; điều chỉnh xe, giúp đỡ của tài xế hoặc các nhu cầu đi lại đặc biệt khác liên quan đến công việc; công nghệ hỗ trợ liên quan đến công việc; chi phí mua chó dẫn đường; thiết bị trợ giác và trợ thính; và chi phí dịch sang chữ nổi Braille.

QUÝ VỊ: **CÓ** **KHÔNG**

VỢ/CHỒNG: **CÓ** **KHÔNG**

15. **Thông tin về các Chương Trình Medicare Savings:** Quý vị có thể nhận được trợ giúp của Tiểu Bang để thanh toán chi phí Medicare theo các Chương Trình Medicare Savings. Để bắt đầu quy trình đăng ký tham gia các Chương Trình Medicare Savings, Sở An Sinh Xã Hội sẽ gửi thông tin từ đơn này cho Tiểu Bang của quý vị trừ phi quý vị yêu cầu chúng tôi không gửi. **Nếu quý vị muốn nhận được trợ giúp của các Chương Trình Medicare Savings, hãy đừng trả lời câu hỏi này. Chỉ cần ký tên và ghi ngày tháng vào đơn và Tiểu Bang sẽ liên hệ quý vị.**

Nếu quý vị **không** quan tâm đến việc nộp đơn xin tham gia các Chương Trình Medicare Savings, hãy đánh dấu vào ô bên dưới.

Không, không gửi thông tin cho Tiểu Bang.

DỪNG ĐIỀN VÀO. ĐÂY KHÔNG LÀ ĐƠN XIN.



Chữ ký

THÔNG TIN QUAN TRỌNG - VUI LÒNG ĐỌC KỸ

Tôi/Chúng tôi hiểu rằng Sở An Sinh Xã Hội (SSA) sẽ kiểm tra các khai báo của tôi/chúng tôi và so sánh hồ sơ của họ với hồ sơ của các cơ quan chính phủ Liên Bang, Tiểu Bang và địa phương, bao gồm Sở Thuế Liên Bang (IRS) để đảm bảo có xác định chính xác.

Bằng việc nộp đơn này, tôi/chúng tôi cho phép SSA thu thập và tiết lộ thông tin liên quan đến thu nhập, hỗ trợ, và tài sản, ở nước ngoài và trong nước, của tôi/chúng tôi, theo luật bảo vệ quyền riêng tư. Thông tin này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở, thông tin về tiền lương, số dư tài khoản, các khoản đầu tư, phúc lợi và trợ cấp của tôi/chúng tôi.

Trừ phi tôi/chúng tôi đã trả lời "Không" đối với Câu Hỏi 15, tôi/chúng tôi cho phép SSA tiết lộ thông tin tài chính được liệt kê bên trên và thông tin nhận dạng cá nhân khác từ hồ sơ của tôi/chúng tôi, chẳng hạn như tên, ngày sinh, giới tính và số An Sinh Xã Hội của tôi/chúng tôi cho Tiểu Bang để bắt đầu quy trình đăng ký tham gia các Chương Trình Medicare Savings.

Tôi/Chúng tôi tuyên bố, và chịu trách nhiệm trước pháp luật, rằng tôi/chúng tôi đã kiểm tra mọi thông tin trên đơn này và thông tin đó là có thực và chính xác theo sự hiểu biết chính xác nhất của tôi/chúng tôi.

Vui lòng điền vào Phần A. Nếu quý vị không thể ký tên, một người đại diện có thể ký tên giúp quý vị. Nếu có người giúp quý vị, cũng hãy điền vào Phần B.

Phần A

| | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------|
| Chữ Ký của Quý Vị: | Ngày: | Số Điện Thoại: () — |
| Chữ Ký của Vợ/Chồng | Ngày: | |
| Địa Chỉ Gửi Thư Của Quý Vị: | Căn hộ #: | |
| Thành phố: | Tiểu bang: | Mã Zip: |

Nếu quý vị đã đổi địa chỉ gửi thư trong vòng ba tháng vừa qua, hãy đánh dấu ở đây:

Nếu quý vị muốn chúng tôi liên hệ người khác nếu chúng tôi có thêm thắc mắc, vui lòng cho biết tên và số điện thoại ban ngày của người đó.

| | | |
|--------------|-------------|-------------------------|
| Tên Viết In: | Họ Viết In: | Số Điện Thoại: () — |
|--------------|-------------|-------------------------|

Phần B

Nếu có người giúp quý vị, hãy đánh dấu vào ô mô tả người đó và cung cấp các thông tin còn lại được yêu cầu bên dưới:

| | | | |
|--|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Thành Viên Gia Đình | <input type="checkbox"/> Luật Sư | <input type="checkbox"/> Người Bảo Vệ Khác | <input type="checkbox"/> Khác, Vui Lòng Nêu Rõ: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bạn Bè | <input type="checkbox"/> Cơ Quan | <input type="checkbox"/> Công Tác Viên Xã Hội | _____ |

| | | |
|--------------|-------------|-------------------------|
| Tên Viết In: | Họ Viết In: | Số Điện Thoại: () — |
| Địa chỉ: | Căn hộ #: | |
| Thành phố: | Tiểu bang: | Mã Zip: |



Thông Báo về Đạo Luật về Quyền Riêng Tư / Giảm Thiểu Giấy Tờ

Mục 1860 D-14 của *Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Social Security Act)*, đã sửa đổi bổ sung, cho phép chúng tôi thu thập thông tin này. Chúng tôi sẽ sử dụng thông tin do quý vị cung cấp để xác định xem quý vị có đủ điều kiện nhận trợ cấp thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị trong một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare hay không.

Việc cung cấp thông tin này cho chúng tôi là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không cung cấp cho chúng tôi toàn bộ hay một phần thông tin này có thể khiến cho chúng tôi không thể đưa ra quyết định chính xác và kịp thời về đơn của quý vị.

Chúng tôi hiếm khi sử dụng thông tin do quý vị cung cấp cho bất kỳ mục đích nào ngoài mục đích xác định điều kiện nhận Trợ Cấp Bổ Sung của quý vị để thanh toán Các Chi Phí Chương Trình Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa của Medicare. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin cho một cá nhân hay cơ quan khác theo các trường hợp sử dụng bình thường đã được duyệt, bao gồm nhưng không giới hạn ở các trường hợp sau đây:

1. Để cho phép một bên thứ ba hoặc một cơ quan giúp đỡ An Sinh Xã Hội trong việc xác lập các quyền nhận phúc lợi và/hoặc chi trả của sở An Sinh Xã Hội.
2. Để tuân thủ luật pháp Liên Bang quy định phải tiết lộ thông tin từ hồ sơ của sở An Sinh Xã Hội (ví dụ cho Phòng Giải Trình của Chính Phủ hoặc Sở Cựu Binh);
3. Để xác định điều kiện tham gia đối với các chương trình bảo hiểm y tế và duy trì thu nhập tương tự ở cấp Liên Bang, Tiểu Bang, và địa phương; và,
4. Để tạo điều kiện cho các hoạt động nghiên cứu thống kê, kiểm toán, hoặc điều tra cần thiết để đảm bảo tính liên chính và cải thiện của các chương trình An Sinh Xã Hội (ví dụ cho Cục Điều Tra Dân Số và các vấn đề tư nhân theo hợp đồng với sở An Sinh Xã Hội).

Chúng tôi cũng có thể sử dụng thông tin do quý vị cung cấp trong các chương trình tìm thông tin khớp trên máy tính. Các chương trình tìm thông tin khớp sẽ so sánh hồ sơ của chúng tôi với hồ sơ do các cơ quan khác của Liên Bang, Tiểu Bang hoặc địa phương lưu giữ. Thông tin từ các chương trình này có thể được sử dụng để xác lập hoặc xác minh điều kiện tham gia của một người đối với các chương trình phúc lợi do liên bang tài trợ hoặc quản lý và để trả lại các khoản thanh toán hoặc các khoản nợ chưa thanh toán theo các chương trình này.

Một danh sách hoàn chỉnh về các trường hợp sử dụng bình thường đối với thông tin này được cung cấp trong Systems of Records Notices có tên là Master Beneficiary Record, 60-0090, và Medicare Database File, 60-0321. Các thông báo này, thông tin bổ sung về mẫu đơn này, và thông tin về các chương trình và hệ thống của chúng tôi, được cung cấp trực tuyến tại www.socialsecurity.gov hoặc tại văn phòng An Sinh Xã Hội ở địa phương của quý vị.

Tuyên Bố về Đạo Luật Giảm Thiểu Giấy Tờ - Việc thu thập thông tin này đáp ứng các yêu cầu của 44 U.S.C. § 3507, đã sửa đổi bổ sung theo *Đạo Luật Giảm Thiểu Giấy Tờ (Paperwork Reduction Act) năm 1995*. Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này trừ phi chúng tôi có trình bày một mã số kiểm soát của Phòng Quản Lý và Ngân Sách (Office of Management and Budget, OMB). Mã số kiểm soát OMB đối với quy trình thu thập này là 0960-0696. Chúng tôi ước tính sẽ mất khoảng 30 phút để đọc hướng dẫn, thu thập dữ liệu, và trả lời các câu hỏi. **Chỉ gửi nhận xét liên quan đến ước tính thời gian của chúng tôi bên trên đến: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.**

GỬI MẪU ĐƠN ĐÃ ĐIỀN CHO CHÚNG TÔI ĐẾN ĐỊA CHỈ ĐƯỢC CHO BIẾT TRÊN PHONG BÌ ĐÃ GHI ĐỊA CHỈ VÀ THANH TOÁN CƯỚC PHÍ:

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