

# Social Security Administration

## Informazioni importanti



**LA PRESENTE LETTERA ACCOMPAGNATORIA HA ESCLUSIVAMENTE FINI INFORMATIVI. NON COMPILARE LE PAGINE CHE SEGUONO. QUESTO NON È UN MODULO DI RICHIESTA.**

### **Lei potrebbe avere i requisiti per ottenere agevolazioni per il pagamento dei farmaci da prescrizione.**

Nell'ambito del programma farmaci da prescrizione Medicare potrà scegliere tra vari piani di prescrizione che offrono diverse tipologie di copertura. Inoltre, potrebbe avere diritto a ottenere agevolazioni per il pagamento di premi mensili, franchigie annuali e importi a carico dell'assistito previsti dal programma farmaci da prescrizione Medicare.

Innanzitutto, **è necessario compilare questa richiesta e inviarla oggi stesso servendosi della busta allegata.** Oppure è possibile compilare la richiesta online all'indirizzo [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). Dopo aver esaminato la sua richiesta le invieremo una lettera per comunicarle se è in possesso dei requisiti occorrenti per fruire di tali agevolazioni. Per usufruire delle agevolazioni, è necessario aderire a un piano Medicare per i farmaci da prescrizione.

Se le occorre assistenza per compilare la richiesta, contatti Social Security al numero **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Per ulteriori informazioni può consultare il sito [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

**Potrebbe inoltre avere diritto ad agevolazioni da parte dello Stato per altri costi Medicare nell'ambito dei programmi di risparmio Medicare.** Compilando questo modulo, avvierà il procedimento di richiesta di un programma di risparmio Medicare. Invieremo i suoi dati al suo Stato di residenza, che la contatterà per aiutarla a fare domanda per un programma di risparmio Medicare, salvo indicazione contraria da specificarsi rispondendo alla domanda 15 del presente modulo.

Per maggiori informazioni sui Programmi di risparmio Medicare, sui piani dei farmaci da prescrizione o su come iscriversi a un piano, contatti il numero **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048)** oppure visiti il sito [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). Può anche chiedere informazioni su come contattare il Programma di assistenza sull'assicurazione sanitaria del suo Stato (SHIP). Il Programma SHIP offre assistenza per le domande sui servizi Medicare.

Invii la sua richiesta oggi stesso.

Carolyn W. Colvin  
Commissario Facente Funzioni



## Istruzioni generali per presentare domanda di agevolazioni sui costi del Piano Medicare per i farmaci da prescrizione

### Se chi compila questa richiesta è una persona diversa dal candidato \_\_\_\_\_

Risponda alle domande come se fosse il candidato a compilare la richiesta. Occorre conoscere il numero di Social Security e la situazione economica del candidato. Compili inoltre la Sezione B a pagina 6.

### Usfruisci di Medicare e reddito previdenziale supplementare (Supplemental Security Income, SSI) o di Medicare e Medicaid?

Se la risposta è SÌ, non è necessario compilare questa richiesta in quanto otterrà le agevolazioni automaticamente.

### Il suo programma Medicaid messo a disposizione dallo Stato paga i suoi premi Medicare perché Lei aderisce a un Programma di risparmio Medicare?

Se la risposta è SÌ, contatti l'ufficio Medicaid del suo Stato per maggiori informazioni. Potrebbe ottenere le agevolazioni automaticamente, senza bisogno di compilare questa richiesta.

### Come completare la richiesta \_\_\_\_\_

- Utilizzare esclusivamente INCHIOSTRO NERO;
- Inserire numeri, lettere e crocette  all'interno delle caselle; scrivere solo in STAMPATELLO;
- Non aggiungere commenti a mano sul modulo di richiesta;
- Non utilizzare il simbolo del dollaro accanto agli importi in denaro inseriti;
- I centesimi si possono arrotondare alla cifra intera più prossima.

**ESEMPIO**

Inserisca una X nella casella. NON riempire le caselle o fare segni di spunta.

 **CORRETTO** |  **NON CORRETTO**

**ESEMPIO**

Utilizzare lettere in stampatello nel rispondere alle domande



### Inoltre della richiesta \_\_\_\_\_

Può completare la richiesta online all'indirizzo [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o servendosi della busta acclusa con indirizzo prestampato per inviare la richiesta compilata e firmata a:

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

Invii il fascicolo di richiesta nella busta acclusa. Non inserisca altro nella busta. La contatteremo nel caso in cui dovessero servirvi ulteriori informazioni.

**NOTA:** per presentare la richiesta deve risiedere in uno dei 50 Stati o nel District of Columbia.

### In caso di domande o se le occorre assistenza per compilare questa richiesta \_\_\_\_\_

È possibile chiamare il nostro numero verde al **1-800-772-1213**; per i non udenti o per persone con problemi di udito, è a disposizione il numero TTY, **1-800-325-0778**.



## Richiesta di agevolazioni sui costi del Piano Medicare per i farmaci da prescrizione

**LA PRESENTE È UNA RICHIESTA DI AGEVOLAZIONI E NON ISCRIVE L'ASSISTITO A UN PIANO MEDICARE PER I FARMACI DA PRESCRIZIONE.**

1. Nome del candidato: Nome in stampatello **come figura sulla tessera Social Security**. Utilizzare una casella per ogni lettera.

NOME

INIZIALE SECONDO NOME

COGNOME

SUFFISSO (Jr., Sr., ecc.)

NUMERO DI SOCIAL SECURITY DEL RICHIEDENTE

DATA DI NASCITA DEL RICHIEDENTE  
(MM-GG-AAAA)

2. Se è **coniugato/a e convive con il coniuge**, fornisca le seguenti informazioni **così come appaiono sulla tessera Social Security del coniuge**. Se attualmente non è coniugato/a, non convive con il coniuge o è vedovo/a, passi direttamente alla domanda 3 e non inserisca nessun dato sul coniuge in questo modulo di richiesta.

NOME

INIZIALE SECONDO NOME

COGNOME

SUFFISSO (Jr., Sr., ecc.)

NUMERO DI SOCIAL SECURITY DEL CONIUGE

DATA DI NASCITA DEL CONIUGE  
(MM-GG-AAAA)

Se il suo coniuge usufruisce di Medicare, desidera presentare la domanda di agevolazioni?

SÌ

NO

3. Se è **coniugato/a e convive con il coniuge**, possiede risparmi, investimenti o immobili di valore superiore a 26.580 USD? Se non è coniugato/a o non convive con il coniuge, il valore di tali beni è superiore a 13.300 USD? **NON consideri l'abitazione in cui risiede, veicoli, beni personali, loculi per sepoltura, contratti di sepoltura irrevocabili, pagamenti degli arretrati di Social Security o SSI.**

SÌ

Se inserisce una  nella casella SÌ, non ha diritto ad alcuna agevolazione. Tuttavia, il suo Stato potrebbe essere in grado di assisterla con i costi Medicare attraverso i programmi di risparmio Medicare. Per avviare il procedimento di richiesta di un programma di risparmio Medicare, passi direttamente a pagina 6, firmi la richiesta e ci restituisca questo modulo. Se non è interessato/a ai programmi di risparmio Medicare, passi direttamente alla domanda 15 a pagina 5.

NO o INDECISO

Se inserisce una  nella casella NO o INDECISO, compili il resto del modulo di richiesta e ce lo restituisca.



Se ha inserito una  nella casella NO o INDECISO alla domanda 3, risponda a tutte le seguenti domande. Se è coniugato e convive, dovrà fornire anche i dati del coniuge rispondendo a tutte le domande.

4. Indichi di seguito gli importi di conti bancari, investimenti o liquidi appartenenti a Lei, al coniuge (se coniugati e conviventi) o a entrambi. Includa anche beni appartenenti a Lei o al coniuge in comproprietà con un'altra persona. Indichi solo gli importi in dollari, non i numeri dei conti. Se né Lei né il coniuge possedete alcuno dei beni elencati, individualmente o in comproprietà con un'altra persona, inserisca una  nella casella **NESSUNO**. **NON** includa eventuali pagamenti degli arretrati di Social Security o sussidi SSI ricevuti negli ultimi 10 mesi.

|  |   |   |
|--|---|---|
| • Totale complessivo di tutti i conti bancari (conti correnti, di risparmio e certificati di deposito)   | <input type="checkbox"/> <b>NESSUNO</b> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| • Totale complessivo di azioni, titoli, titoli di risparmio, fondi comuni di investimento, conti previdenziali individuali o altri investimenti analoghi | <input type="checkbox"/> <b>NESSUNO</b> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| • Altri liquidi tenuti in casa o altrove   | <input type="checkbox"/> <b>NESSUNO</b> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |

5. Prevede di utilizzare parte del denaro derivante dalle fonti elencate alla **domanda 4** per spese funebri o di sepoltura?

Se **SÌ**, passi alla domanda 6.

Se **NO**, inserisca una  nella casella **NO**, quindi passi alla domanda 6

LEI:  **NO**

CONIUGE:  **NO**

6. A parte l'abitazione e l'eventuale terreno su cui è situata, Lei o il coniuge, se coniugati e conviventi, è proprietario/a di altri immobili? Esempi di altri immobili sono: case estive, immobili affittati o terreni non edificati di sua proprietà, separati dalla sua abitazione.

**SÌ**       **NO**

7. Per familiare s'intende una persona con cui il richiedente ha un legame di parentela di sangue, adozione o matrimonio (escluso il coniuge). Quanti familiari vivono con Lei o il suo coniuge e ricevono **almeno la metà** del loro sostentamento da Lei o dal suo coniuge?

**Non includa sé stesso/a o il coniuge nel numero da inserire.** Se il suo nucleo familiare è costituito solo da Lei o solo da Lei e dal coniuge, inserisca una  nella casella **ZERO**. Inserisca una  in una sola casella.

ZERO    1    2    3    4    5    6    7    8    9 o più



8. Se Lei o il suo coniuge, se coniugati e conviventi, percepisce un **reddito** da una qualsiasi fonte elencata di seguito, risponda alle domande per entrambi. Inserisca l'importo totale che percepisce ogni mese. **Se l'importo varia di mese in mese o se non lo percepisce ogni mese, inserisca il reddito medio mensile dell'ultimo anno per ogni categoria** nelle caselle appropriate. Non indichi in questo spazio i redditi da lavoro dipendente o autonomo, gli interessi attivi, assistenza pubblica, rimborsi medici o contributi per minori in affidamento. Se né Lei né il coniuge percepisce un reddito da una delle fonti elencate, inserisca una  nella casella **NESSUNO** per quella fonte.

|   |   | Benefici mensili  |
|---|---|---|
| • Sussidi Social Security <b>al lordo delle detrazioni</b>  | <input type="checkbox"/> <b>NESSUNO</b> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| • Sussidi di pensione società ferroviaria <b>al lordo delle detrazioni</b>  | <input type="checkbox"/> <b>NESSUNO</b> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| • Sussidi ai veterani <b>al lordo delle detrazioni</b>  | <input type="checkbox"/> <b>NESSUNO</b> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| • Altre pensioni o vitalizi <b>al lordo delle detrazioni</b> . Non inserire importi percepiti da voci già incluse nella domanda 4.  | <input type="checkbox"/> <b>NESSUNO</b> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |
| • Altri redditi non elencati in precedenza, compresi alimenti, canoni di locazione netti riscossi, retribuzione per lavoro dipendente, disoccupazione, sussidi per disabilità da parte di enti privati o statali, ecc. (Specificare): _____ | <input type="checkbox"/> <b>NESSUNO</b> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |

9. Negli ultimi due anni si sono verificate riduzioni di uno o più degli importi indicati alla domanda 8?

SÌ       NO

**Se ha svolto attività lavorative negli ultimi due anni, risponda alle domande 10-14. Se è coniugato/a e convivente con il coniuge, e uno dei due o entrambi avete svolto attività lavorative negli ultimi due anni, risponda alle domande 10-14. In caso contrario, passi direttamente alla domanda 15.**

10. Quale prevede che sarà il suo reddito da lavoro, al lordo di imposte e detrazioni **per quest'anno solare**?

LEI:  **NESSUNO**      \$   ,    .

CONIUGE:  **NESSUNO**      \$   ,    .



11. Se è un lavoratore autonomo, quale prevede che sarà il suo utile **per quest'anno solare**?  
 Inserisca una  nella casella **NESSUNO** se Lei non è un lavoratore autonomo e passi alla domanda 12.

LEI:  **NESSUNO** \$   ,    .

CONIUGE:  **NESSUNO** \$   ,    .

Inserisca una  nella/e casella/e se Lei o il coniuge prevede di conseguire una perdita netta.

LEI:  CONIUGE:

12. Gli importi che ha indicato nella domanda 10 o 11 sono diminuiti negli ultimi due anni?  
 SÌ  NO

13. Se Lei o il suo coniuge ha cessato l'attività lavorativa nel 2012 o 2013 o ha in programma di cessarla nel 2013 o nel 2014, indichi il mese e l'anno.

**ESEMPIO**

Per i mesi da gennaio a settembre, inserisca uno zero (0) nella prima casella. Per indicare maggio 2013 scriva:

M M A A A A

LEI:

M M A A A A

CONIUGE:

M M A A A A

**Se ha meno di 65 anni, risponda alla domanda 14. Se è coniugato/a e convive con il coniuge, e uno dei due ha meno di 65 anni, continui alla domanda 14. In caso contrario, passi direttamente alla domanda 15.**

14. Lei o il suo coniuge dovete sostenere spese per oggetti che vi consentono di lavorare? Se Lei svolge un'attività lavorativa e percepisce sussidi Social Security a causa di invalidità o cecità e deve sostenere spese relative all'attività che non vengono rimborsate, sarà calcolata solo una parte delle Sue entrate ai fini del limite di reddito. Alcuni esempi di tali spese sono: spese terapeutiche e farmaceutiche per AIDS, cancro, depressione o epilessia; sedia per disabili; assistente personale; modifiche al veicolo, autista o altre speciali necessità di trasporto per motivi di lavoro; tecnologie di assistenza per lo svolgimento delle attività lavorative; spese per cane guida; ausili sensoriali e visivi; versioni in Braille di documenti.

LEI:  SÌ  NO CONIUGE:  SÌ  NO

15. **Informazioni sui Programmi di risparmio Medicare:** Potrebbe avere diritto ad agevolazioni da parte dello Stato per costi Medicare nell'ambito dei Programmi di risparmio Medicare. Per avviare il procedimento di domanda di adesione a un Programma di risparmio Medicare, Social Security provvederà a trasmettere le informazioni tratte da questo modulo al suo Stato di residenza, salvo indicazione contraria da specificarsi. **Se desidera ottenere assistenza dai Programmi di risparmio Medicare, non risponda a questa domanda. Apponga semplicemente la sua firma e la data sul modulo di richiesta e sarà il suo Stato di residenza a contattarla.**

Se **non** è interessato/a a presentare la richiesta per i Programmi di risparmio Medicare, inserisca una  nella casella di seguito.

**No, non invii le informazioni allo Stato.**



## Firme INFORMAZIONI IMPORTANTI - LEGGERE CON ATTENZIONE

Il/i sottoscritto/i è/sono a conoscenza che Social Security Administration (SSA) verificherà le mie/nostre dichiarazioni e confronterà i dati con quelli in possesso di enti governativi federali, statali e locali, compresa l'Agenzia delle Imposte (Internal Revenue Service) per confermare che quanto affermato è corretto.

Presentando questa richiesta autorizzo/autorizziamo SSA a ottenere e divulgare informazioni relative al mio/nostro reddito, risorse e proprietà, all'estero o in patria, nel rispetto delle leggi sulla privacy. Tali informazioni possono includere, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dati riguardanti la mia/nostra retribuzione, saldi di conti bancari, investimenti, sussidi e pensioni.

Salvo una mia/nostra risposta "No" alla domanda 15, autorizzo/autorizziamo SSA a comunicare allo Stato le informazioni di carattere finanziario riportate in precedenza e altri dati di identificazione personale tratti dalla mia/nostra pratica, quali nome/i, data di nascita, sesso e numero/i di Social Security per avviare il procedimento di richiesta di Programmi di risparmio Medicare.

Il/i sottoscritto/i, consapevole/i delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara/dichiarano di aver esaminato tutti i dati contenuti nel presente modulo e di averli trovati rispondenti al vero per quanto a me/noi è dato sapere.

**Completati la Sezione A. Se è impossibilitato/a a firmare, un rappresentante può firmare in sua vece. Se è stato assistito nella compilazione, completi anche la sezione B.**

### Sezione A

|                        |        |                              |
|------------------------|--------|------------------------------|
| Firma del richiedente: | Data:  | Numero di telefono:<br>( ) — |
| Firma del coniuge:     | Data:  |                              |
| Recapito postale       |        | Interno N.:                  |
| Città:                 | Stato: | Codice postale:              |

Se il suo recapito postale è cambiato negli ultimi mesi, inserisca una  qui:

Se preferisce indicare un'altra persona che potremo contattare in caso di ulteriori domande, inserisca il nome della persona e un numero di telefono di contatto diurno.

|                      |                         |                              |
|----------------------|-------------------------|------------------------------|
| Nome in stampatello: | Cognome in stampatello: | Numero di telefono:<br>( ) — |
|----------------------|-------------------------|------------------------------|

### Sezione B

Se è stato assistito nella compilazione, inserisca una  nella casella che designa tale persona e inserisca le restanti informazioni richieste di seguito.

|                                    |                                   |  |   |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Familiare | <input type="checkbox"/> Avvocato | <input type="checkbox"/> Altro procuratore | <input type="checkbox"/> Altro specificare: _____ |
| <input type="checkbox"/> Amico     | <input type="checkbox"/> Agenzia  | <input type="checkbox"/> Assistente        | _____   |

|                      |                         |                              |
|----------------------|-------------------------|------------------------------|
| Nome in stampatello: | Cognome in stampatello: | Numero di telefono:<br>( ) — |
| Indirizzo:           |                         | Interno N.:                  |
| Città:               | Stato:                  | Codice Postale:              |



## Legge sulla Privacy/Informativa sulla semplificazione amministrativa

L'articolo 1860 D-14 del *Social Security Act*, (Legge sulla Previdenza Sociale) autorizza la raccolta delle presenti informazioni. I dati da Lei forniti saranno utilizzati per stabilire se Lei ha i requisiti per ottenere contributi per il pagamento della parte a suo carico dei costi del piano Medicare per i farmaci da prescrizione.

Lei non ha alcun obbligo di fornirci i dati richiesti. Tuttavia, qualora decidesse di non fornire tutti o parte dei dati, non saremo in grado di stabilire con precisione e tempestività se la sua richiesta può essere accolta.

Raramente utilizzeremo i dati raccolti in questo modulo per finalità diverse dalla determinazione della sua idoneità alle agevolazioni sui costi del Piano Medicare per i farmaci da prescrizione. Potremo inoltre comunicare i suoi dati ad altre persone o enti conformemente ai normali utilizzi autorizzati compresi, a titolo esemplificativo:

1. Per consentire a terzi o a un ente di assistere Social Security nell'accertamento dei suoi requisiti per usufruire dei sussidi e/o della copertura Social Security;
2. Per ottemperare alle leggi federali che prevedono il rilascio di dati archiviati da Social Security (ad es. all'Ufficio contabile del governo - Government Accountability Office - e al Dipartimento degli affari dei veterani - Department of Veterans' Affairs);
3. Per accertare i requisiti per programmi analoghi in materia sanitaria e reddituale a livello federale, statale e locale e
4. Per agevolare ricerche statistiche, verifiche o indagini necessarie a garantire l'integrità dei programmi Social Security (ad es. per l'Ufficio censimenti e aziende private legate da contratto a Social Security).

I dati da Lei forniti potranno inoltre essere utilizzati per verifiche computerizzate di dati incrociati. Per mezzo di programmi appositi, i nostri dati vengono confrontati con quelli di altri enti governativi federali, statali o locali. Le informazioni ricavate da tali programmi possono essere utilizzate per accertare o verificare che una determinata persona abbia i requisiti per usufruire di sussidi versati o amministrati dal governo federale o del rimborso di somme versate o il condono di debiti insoluti ai sensi di tali programmi.

Un elenco completo dei normali utilizzi dei dati è disponibile nell'informativa Systems of Records Notices detta Master Beneficiary Record, 60-0090, e Medicare Database File, 60-0321. Tali informative, maggiori informazioni sul presente modulo e riguardanti i nostri programmi e sistemi sono disponibili online all'indirizzo [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o presso l'ufficio Social Security locale.

Legge sulla semplificazione amministrativa (Paperwork Reduction Act Statement) - Questa raccolta di dati è conforme ai requisiti di cui all'art 44 del Codice degli Stati Uniti § 3507, e successive modifiche di cui all'art. 2 del *Paperwork Reduction Act del 1995*. L'interessato non è tenuto a rispondere alle domande qui contenute se non viene evidenziato un valido numero di controllo dell'Ufficio Gestione e bilancio (Office of Management and Budget - OMB). Il numero di controllo OMB per questa raccolta è 0960-0696. Il tempo stimato per leggere le istruzioni, raccogliere i dati fattuali e rispondere alle domande è di circa 30 minuti. **Invii esclusivamente commenti relativi alla stima del tempo necessario all'indirizzo: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.**

INVII IL MODULO DI RICHIESTA ALL'INDIRIZZO RIPORTATO SULLA BUSTA ACCLUSA CON INDIRIZZO PRESTAMPATO:

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