



إدارة الضمان الاجتماعي معلومات مهمة

خطاب التغطية هذا للمعلومات فقط.

لا تستكمل الصفحات التالية.

إنها ليست طلباً طلباً.

قد تكون مؤهلاً للحصول على المساعدة الإضافية لدفع تكلفة أدوية الوصفات الطبية الخاصة بك.

يمنحك برنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare) إمكانية اختيار برامج الوصفات الطبية التي توفر أنواعاً مختلفة من التغطية. وبالإضافة إلى ذلك، يمكنك الحصول على المساعدة الإضافية لدفع الأقساط الشهرية والخصومات السنوية والرسوم المشتركة المتعلقة ببرنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare).

ولكن لكي يمكننا مساعدتك، يجب عليك ملء هذا الطلب ووضعه في الظرف المرفق وإرساله عبر البريد اليوم. يمكنك أيضاً استكمال الطلب عبر الإنترنت على www.socialsecurity.gov. وسنقوم بمراجعة طلبك وسنرسل إليك خطاباً لإخبارك بما إذا كان يحق لك الحصول على المساعدة الإضافية أم لا. وللاستفادة من المساعدة الإضافية، يجب عليك التسجيل في برنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare).

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في استكمال الطلب، فيمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي على رقم ١-٨٠٠-٧٧٢-١٢١٣ (هاتف نصي ١-٨٠٠-٣٢٥-٠٧٧٨). كما يمكنك التعرف على المزيد من المعلومات على موقع

www.socialsecurity.gov.

يمكنك أيضاً الحصول على مساعدة من الولاية التي تقيم بها بشأن تغطية تكاليف العناية الطبية (Medicare) الأخرى بموجب برامج العناية الطبية للتوفير. وباستكمال هذا النموذج، سوف تبدأ إجراءات طلبك الخاص ببرنامج العناية الطبية للتوفير. وسوف نرسل المعلومات إلى ولايتك التي ستتصل بك للمساعدة في التقدم بطلب بشأن برنامج العناية الطبية للتوفير ما لم تخبرنا بعدم القيام بذلك من خلال الإجابة عن السؤال ١٥ الوارد في هذا النموذج.

وإذا كنت بحاجة إلى معلومات حول برامج العناية الطبية للتوفير أو برامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare) أو كيفية التسجيل في أحد هذه البرامج، فاتصل على ١-٨٠٠-٦٣٣-٤٢٢٧ (١-٨٠٠-MEDICARE-١-٨٠٠)؛ هاتف نصي ١-٨٠٠-٤٨٦-٢٠٤٨ (١-٨٧٧-٤٨٦-٢٠٤٨) أو تفضل بزيارة www.medicare.gov. ويوفر برنامج التأمين الصحي للولاية (SHIP) المساعدة بشأن الأسئلة المتعلقة بالعناية الطبية (Medicare).

الرجاء إرسال طلبك بالبريد اليوم.


Carolyn W. Colvin
المفوض بالنيابة



تعليمات عامة لاستكمال طلب المساعدة الإضافية بشأن تكاليف برنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare)

إذا كنت تساعد شخصاً آخر في هذا الطلب

أجب عن الأسئلة كما لو أن هذا الشخص هو الذي يقوم باستكمال هذا الطلب. ويجب أن تعرف رقم الضمان الاجتماعي لهذا الشخص ومعلوماته المالية. واستكمل أيضاً الجزء "ب" الوارد في صفحة ٦.

هل تتمتع بالعناية الطبية (Medicare) ودخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income) أو العناية الطبية (Medicare) والمساعدة الطبية (Medicaid)؟

إذا كانت الإجابة نعم، فلا تستكمل هذا الطلب لأنك سوف تحصل تلقائياً على المساعدة الإضافية.

هل برنامج المساعدة الطبية الذي تقدمه الولاية يدفع أقساط العناية الطبية الخاصة بك لأنك مسجل في برنامج العناية الطبية للتوفير؟

إذا كانت الإجابة نعم، فاتصل بمكتب المساعدة الطبية بولايتك لمعرفة مزيد من المعلومات. يمكنك الحصول على المساعدة الإضافية تلقائياً وربما دون الحاجة لاستكمال هذا الطلب.

كيفية استكمال هذا الطلب

- استخدم الحبر الأسود فقط؛
- دوّن أرقامك وحروفك وعلامات داخل المربعات؛ مستخدماً الحروف الكبيرة فقط؛
- تجنب إضافة أي تعليقات بخط اليد في الطلب؛
- لا تستخدم علامة الدولار عند إدخال المبالغ المالية؛ و
- يمكن تقريب القيم المالية بالسنت إلى أقرب قيمة بالدولار.

مثال

ضع علامة داخل المربع. لا تملأ المربعات ولا تستخدم علامة √ داخلها.



خطأ



صحيح

مثال

استخدم الحروف الكبيرة عند كتابة الإجابات.

A B C D

استكمال الطلب

يمكنك استكمال الطلب عبر الإنترنت على موقع www.socialsecurity.gov أو استخدام الظرف المرفق المدوّن عليه العنوان والملصق عليه طابع البريد لإعادة الطلب المستكمل والموقع عليه إلى:

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

يرجى إعادة هذا الطلب ومرفقاته في الظرف المرفق. لا تضع أي شيء آخر في الظرف. وسوف نتصل بك إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات.

ملاحظة: لتقديم الطلب، يجب أن تكون مقيماً في إحدى الولايات البالغ عددها ٥٠ ولاية أو في مقاطعة كولومبيا.

إذا كانت لديك أية أسئلة أو كنت بحاجة للمساعدة في استكمال هذا الطلب

يمكنك الاتصال بنا على رقم الهاتف المجاني ١ ٢١٣-٧٧٢-٨٠٠، أو إذا كنت من الصم أو ممن لديهم صعوبة في السمع، فيمكنك الاتصال على رقم الهاتف النصي ١-٨٠٠-٣٢٥-٠٧٧٨.

طلب الحصول على المساعدة الإضافية بشأن تكاليف برنامج أدوية الوصفات الطبية برنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare)
هذا طلب للحصول على المساعدة الإضافية وليس لتسجيلك في برنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare).

١. اسم مقدم الطلب: يُرجى كتابة الاسم كما يظهر في بطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة بك استخدم في مربع لكل حرف.

<input type="text"/> مي	<input type="text"/> الاسم الأول
<input type="text"/> الاسم الملحق (الابن، الأب، وما شابه ذلك)	<input type="text"/> الاسم الأخير
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> تاريخ ميلاد مقدم الطلب (ي-ش-ش-س-س-س-س)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب

٢. إذا كنت متزوجاً (أو متزوجة) وتقيم مع الزوج/الزوجة، فالرجاء كتابة المعلومات التالية كما تظهر في بطاقة الضمان الاجتماعي للزوج/الزوجة. وإذا كنت غير متزوج في الوقت الحالي أو لا تقيم مع الزوج/الزوجة أو كنت أرملًا/أرملة، فانتقل إلى السؤال ٣ ولا تكتب أية معلومات عن الزوج/الزوجة في هذا الطلب.

<input type="text"/> مي	<input type="text"/> الاسم الأول
<input type="text"/> الاسم الملحق (الابن، الأب، وما شابه ذلك)	<input type="text"/> الاسم الأخير
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> تاريخ ميلاد الزوج/الزوجة (ي-ش-ش-س-س-س-س)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> رقم الضمان الاجتماعي للزوج/الزوجة

إذا كان يتمتع الزوج أو الزوجة بالعناية الطبية، فهل يريد أو تريد التقدم بطلب للحصول على المساعدة الإضافية؟ نعم لا

٣. إذا كنت متزوجاً وتقيم مع الزوج/الزوجة، فهل لديك مدخرات أو استثمارات أو عقارات تزيد قيمتها عن ٢٦,٨٦٠ دولاراً؟ وإذا كنت غير متزوج أو لا تقيم مع الزوج/الزوجة، فهل تزيد القيمة عن ١٣,٤٤٠ دولاراً؟ لا تحسب البيت أو السيارات أو الأغراض الشخصية أو تأمين الحياة أو أماكن الدفن أو عقود الدفن غير القابلة للإلغاء أو المبالغ المتأخرة من الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI).

نعم

لا يحق لك الحصول على المساعدة الإضافية إذا وضعت علامة في مربع "نعم". ولكن يمكن للولاية مساعدتك في تكاليف العناية الطبية وفقاً لبرامج العناية الطبية للتوفير. لبدء إجراءات الطلب الخاص ببرامج العناية الطبية للتوفير، انتقل إلى صفحة ٦ ووقع على هذا الطلب وقم بإرساله إلينا. وإذا لم تكن مهتماً ببرامج العناية الطبية للتوفير، فانتقل إلى السؤال ١٥ في صفحة ٥.

لا أو غير متأكد

إذا وضعت علامة في مربع "لا" أو "غير متأكد"، فاستكمل بقية هذا الطلب وقم بإرساله إلينا.

وإذا وضعت علامة في مربع "لا"، أو غير متأكد، في السؤال ٣، فأجب عن الأسئلة التالية. إذا كنت متزوجاً وتقيم مع الزوج/الزوجة، فيجب عليك الإجابة عن جميع الأسئلة الخاصة بالزوجين.

٤. يُرجى كتابة القيم المالية لجميع الحسابات المصرفية أو الاستثمارات أو النقود التي تمتلكها أنت أو زوجك/زوجتك إذا كنت متزوجاً وتقيم مع زوجك/زوجتك. يُرجى أيضاً تضمين العناصر التي يمتلكها أحدهما مع شخص آخر. اكتب فقط الأرقام بالدولار وليس أرقام الحسابات. وإذا كنت أنت أو زوجك/زوجتك لا تمتلكان أيًا من العناصر المشار إليها، بمفردك أو مع شخص آخر، فضع علامة في مربع "لا شيء". لا تكتب المبالغ المتأخرة من الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان التكميلي (SSI) التي تم استلامها خلال الأشهر العشر الماضية.

\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> لا شيء	الإجمالي الكلي للحسابات المصرفية (شيكات ومدخرات وشهادات إيداع)
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> لا شيء	الإجمالي الكلي للأسهم أو السندات أو سندات الادخار أو الصناديق المشتركة أو حسابات التقاعد الفردية أو الاستثمارات الأخرى المماثلة.
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> لا شيء	أي نقود أخرى في البيت أو في أي مكان آخر

٥. هل سيتم استخدام بعض الأموال من المصادر الواردة في السؤال ٤ لدفع نفقات الدفن أو الجنازة؟

إذا كانت الإجابة نعم، فانتقل إلى السؤال ٦.

وإذا كانت لا، فضع علامة في مربع "لا"، ثم انتقل إلى السؤال ٦.

أنت: لا الزوج/الزوجة: لا

٦. باستثناء بيتك والعقار الذي تُقيم فيه، هل تملك أنت أو زوجك/زوجتك، إذا كنت متزوجاً وتقيم مع زوجك/زوجتك، أي عقارات؟ ومن أمثلة العقارات الأخرى المنازل الصيفية أو العقارات المؤجرة أو الأرض الفضاء التي تملكها ومنفصلة عن بيتك.

نعم لا

٧. وبالنسبة لهذا السؤال، فإن القريب هو الفرد الذي تربطه بك صلة قرابة عن طريق الدم أو التبني أو الزواج (باستثناء الزوج/الزوجة). ما عدد الأقارب الذين يقيمون معك ويعتمدون عليك أو على زوجك/زوجتك في الحصول على نصف الدعم المالي لهم على الأقل؟

الرجاء لا تحسب نفسك أو زوجك/زوجتك في العدد الذي أدخلته. وإذا كانت أسرته لا تضم سواك أو أنت وزوجك/زوجتك فقط، فضع علامة في مربع "صفر". ضع علامة في مربع واحد فقط.

صفر ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ أو أكثر

٨. إذا كنت تحصل أنت وزوجك/زوجتك، إذا كنتم متزوجين وتقيمان معاً، على دخل من أي من المصادر الواردة أدناه، فيجب الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بكل منكما. الرجاء كتابة إجمالي المبلغ الذي تتلقاه كل شهر. إذا كان المبلغ يتفاوت من شهر لآخر أو لا تحصل عليه كل شهر، فيرجى تدوين متوسط الدخل الشهري للسنة الماضية لكل نوع في المربعات المناسبة. لا تكتب هنا الأجر أو دخل العمل الحر أو دخل الفوائد أو المساعدة العامة أو التعويضات الطبية أو مدفوعات رعاية الأطفال. وإذا كنت لا تحصل أنت وزوجك/زوجتك على دخل من أحد المصادر المذكورة أدناه، فضع علامة [X] في مربع لا شيء الخاص بهذا المصدر.

الفائدة الشهرية		
\$ [] [] , [] [] [] . [] []	لا شيء []	• فوائد الضمان الاجتماعي قبل الخصومات
\$ [] [] , [] [] [] . [] []	لا شيء []	• فوائد معاش السكة الحديد قبل الخصومات
\$ [] [] , [] [] [] . [] []	لا شيء []	• فوائد المحاربين القدامى قبل الخصومات
\$ [] [] , [] [] [] . [] []	لا شيء []	• المعاشات أو المكافآت السنوية الأخرى قبل الخصومات لا تكتب الأموال التي تحصل عليها من أي بند من البنود المذكورة في السؤال ٤
\$ [] [] , [] [] [] . [] []	لا شيء []	• أي دخل آخر لم يتم ذكره أعلاه، بما في ذلك نفقة الزوجة المطلقة أو صافي دخل الإيجار أو تعويضات العاملين أو البطالة أو مدفوعات الإعاقة الخاصة أو الحكومية، وغير ذلك، (اذكرها بالتحديد): _____

٩. هل انخفض أي من المبالغ المذكورة في السؤال ٨ أثناء العام الماضيين؟

نعم [] لا []

إذا كنت قد عملت في العام الماضيين، فيجب الإجابة عن الأسئلة من ١٠ إلى ١٤. وإذا كنت متزوجاً وتقيم مع زوجك/زوجتك وكان قد عمل أحدكما في العام الماضيين، فيتعين الإجابة عن الأسئلة من ١٠ إلى ١٤. بخلاف ذلك، فانتقل إلى السؤال ١٥.

١٠. ما قيمة الأجر التي تتوقع أن تحصل عليها قبل الضرائب والخصومات في هذا العام الميلادي؟

أنت: لا شيء [] \$ [] [] , [] [] [] . [] []

الزوج/الزوجة: لا شيء [] \$ [] [] , [] [] [] . [] []

التوقيعات

معلومات مهمة – الرجاء قراءتها بعناية

أدرك/ندرك أن إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) سوف تراجع بياناتي/بياناتنا وتقرن سجلاتها بسجلات الهيئات الفيدرالية والتابعة للولاية والحكومية المحلية، بما في ذلك دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) للتأكد من صحة القرار.

وبإرسال هذا الطلب، فإنني أُصرِّح (فإننا نُصرِّح) لإدارة الضمان الاجتماعي بالحصول على المعلومات المتعلقة بالدخل والمصادر والأصول الخاصة بي (بنا)، الخارجية أو المحلية، والكشف عنها، وذلك وفقاً لقوانين الخصوصية المعمول بها. وتشمل هذه المعلومات، على سبيل المثال لا الحصر، معلومات عن الأجور الخاصة بي/بنا وأرصدة الحساب والاستثمارات والفوائد والمعاشات.

وإذا لم أقم/نقم بالإجابة عن السؤال ١٥ بـ "لا"، فإنني أُصرِّح/نُصرِّح لإدارة الضمان الاجتماعي بالكشف للولاية عن المعلومات المالية الواردة أعلاه والمعلومات الأخرى الشخصية التي يمكن التعرف عليها من خلال ملفي/ملفنا، مثل الاسم وتاريخ الميلاد والنوع ورقم (أرقام) الضمان الاجتماعي لبدء إجراءات الطلب الخاص ببرامج العناية الطبية للتوفير.

أقر/نقر، تحت طائلة عقوبة شهادة الزور، بمراجعة جميع المعلومات الواردة في هذا النموذج وأنها صحيحة وحقيقية حسب معرفتي/معرفتنا. الرجاء استكمال الجزء "أ". وإذا لم يكن بإمكانك التوقيع، فإنه يجوز لأي ممثل التوقيع بالنيابة عنك. وفي حالة قيام شخص آخر بمساعدتك، فاستكمل أيضاً الجزء "ب".

الجزء «أ»		
توقيعك:	التاريخ:	رقم الهاتف:
توقيع الزوج/الزوجة:	التاريخ:	
عنوانك البريدي:	رقم المنزل #:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:

وفي حالة تغيير عنوانك البريدي خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة، ضع علامة هنا:

وإذا كنت تفضل أن نتصل بشخص آخر إذا كانت لدينا أية أسئلة أخرى، فالرجاء كتابة اسم هذا الشخص ورقم الهاتف الذي يمكننا الاتصال به خلال اليوم.

اكتب الاسم الأول:	اكتب الاسم الأخير:	رقم الهاتف:
-------------------	--------------------	-------------

الجزء "ب"

وفي حالة قيام شخص آخر بمساعدتك، ضع علامة في المربع الذي يصف هذا الشخص ودون بقية المعلومات المطلوبة أدناه.

فرد من العائلة محام محام آخر شخص آخر (انكره بالتحديد):

صديق وكالة إخصائي اجتماعي

اكتب الاسم الأول:	اكتب الاسم الأخير:	رقم الهاتف:
العنوان:	رقم المنزل #:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:

قانون الخصوصية / إشعار تقليل المستندات الورقية

تُجيز لنا الفقرة ١٨٦٠ D-١٤ من قانون الضمان الاجتماعي المعدّل جمع هذه المعلومات. وسوف نستعين بهذه المعلومات التي تقدمها في تحديد ما إذا كان يحق لك الحصول على المساعدة لدفع حصتك من تكلفة برنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare).

ويعد تقديم هذه المعلومات إلينا أمرًا اختياريًا بالنسبة لك. ومع ذلك، فإن عدم تقديم جميع هذه المعلومات أو جزء منها إلينا قد يمنعنا من اتخاذ القرار الصائب بشأن طلبك في الوقت المناسب.

إننا نادرًا ما نستخدم هذه المعلومات التي تقدمها لأي غرض سوى في تحديد مدى استحقاقك للحصول على المساعدة الإضافية بشأن تكاليف برنامج أدوية الوصفات الطبية للعناية الطبية (Medicare). كما يجوز لنا الكشف عن هذه المعلومات إلى شخص آخر أو هيئة أخرى وفقًا للاستخدامات المعتادة المتفق عليها، والتي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، على ما يلي:

١. تمكين أية جهة أخرى أو هيئة ما من مساعدة الضمان الاجتماعي في تحديد من يحق لهم الحصول على مساعدات الضمان الاجتماعي و/أو التغطية؛

٢. الامتثال للقوانين الفيدرالية التي تستلزم الكشف عن معلومات من سجلات الضمان الاجتماعي (على سبيل المثال، إلى مكتب المحاسبة الحكومي ووزارة شؤون المحاربين القدامى)؛

٣. اتخاذ قرارات بشأن مدى الاستحقاق في البرامج المماثلة المتعلقة بالمحافظة على مستوى الدخل والصحة على المستوى الفيدرالي والحكومي والمحلي؛ و

٤. تيسير البحوث الإحصائية أو المراجعات أو أنشطة لجان التحقيق اللازمة للتأكد من سلامة برامج الضمان الاجتماعي وتطورها (على سبيل المثال، إلى مكتب الإحصاء والمخاوف الخاصة بشأن عقد الضمان الاجتماعي).

ويجوز لنا أيضًا استخدام المعلومات التي تقدمها في برامج المطابقة بالكمبيوتر. حيث تقوم برامج المطابقة بمقارنة سجلاتنا بالسجلات المحفوظ بها لدى الهيئات الفيدرالية أو التابعة للولاية أو الحكومية المحلية الأخرى. ويمكن استخدام المعلومات التي يتم الحصول عليها من برامج المطابقة هذه في تحديد أو إثبات أحقية الشخص في برامج المساعدات التي يتم تمويلها أو إدارتها من جانب الحكومة الفيدرالية وكذلك أحقيته في استرداد المبالغ المدفوعة أو المتأخرات بموجب هذه البرامج.

هناك قائمة كاملة بالاستخدامات المتعارف عليها لهذه المعلومات متوفرة في نظم إشعارات السجلات، تحت عنوان سجل المستفيدين الرئيسي، ٦٠-٥٠٩٠، وملف قاعدة بيانات العناية الطبية، ٦٠-٣٢١. وتتوفر هذه الإشعارات والمعلومات الأخرى المتعلقة بهذا النموذج والمعلومات الخاصة ببرامجنا ونظمنا على الإنترنت عبر موقع www.socialsecurity.gov أو مكتب الضمان الاجتماعي المحلي لديك.

بيان قانون خفض المستندات الورقية – يتوافق جمع هذه المعلومات مع متطلبات الفقرة ٣٥٠٧ من القانون الأمريكي رقم ٤٤ المعدل بموجب الفقرة ٢ من قانون خفض المستندات الورقية لعام ١٩٩٥. ولا يتعين عليك الإجابة عن هذه الأسئلة إلا إذا قمنا بعرض رقم تحكم صحيح لمكتب الإدارة والموازنة (OMB). ورقم التحكم الصحيح لمكتب الإدارة والموازنة هو ٠٩٦٠-٠٦٩٦. وسوف يستغرق هذا مدة ٣٠ دقيقة تقريبًا لقراءة التعليمات وتجميع البيانات والإجابة عن الأسئلة. يمكنك فقط إرسال التعليقات الخاصة بتقديرنا للوقت المستغرق أعلاه على العنوان التالي: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.

الرجاء إرسال النموذج المكتمل إلينا على العنوان المذكور على الظرف المرفق المدوّن عليه العنوان والملصق عليه طابع البريد:

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