

사회보장청 중요 정보



이 표지 서신은 안내만을 목적으로 합니다. 아래 페이지들을 작성하지 마십시오. 이것은 신청서가 아닙니다.

귀하는 처방약의 비용을 지불하기 위한 추가 도움을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

Medicare 처방약 프로그램은 다양한 타입의 보장을 제공하는 처방 플랜을 선택할 수 있도록 합니다. 또한 귀하는 Medicare 처방약 프로그램 관련 월 보험료, 연간 본인 공제 금액 및 공동 부담금을 지불하기 위한 추가 도움을 받을 수 있을지도 모릅니다.

그러나 우리가 귀하를 도울 수 있으려면 **귀하가 먼저 이 신청서를 작성하여 동봉된 봉투에 넣어 오늘 우송해야 합니다.** 또는 www.socialsecurity.gov 에서 온라인 신청서를 작성해도 됩니다. 우리는 귀하의 신청서를 검토하여 귀하가 추가 도움을 받을 자격이 있는지를 알려드리는 서한을 귀하에게 보낼 것입니다. 추가 도움을 받으려면 귀하는 Medicare 처방약 플랜에 등록해야 합니다.

이 신청서 작성에 도움이 필요하시면 사회보장청의 **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)** 으로 전화해 주십시오. 상세 정보는 www.socialsecurity.gov 에서 찾을 수 있습니다.

또한 귀하는 귀하의 주정부로부터 Medicare 절약 프로그램에 의거한 기타 Medicare 비용 관련 도움을 받을 수 있을지도 모릅니다. 이 양식을 작성함으로써 귀하는 Medicare 절약 프로그램을 위한 신청 절차를 시작하는 것입니다. 우리는 귀하가 이 양식의 질문 15에 답변함으로써 우리에게 금지시키지 않는 한, 귀하의 주정부에 정보를 보내면 주정부가 귀하의 Medicare 절약 프로그램 신청을 돕기 위해 귀하에게 연락할 것입니다.

Medicare 절약 프로그램, Medicare 처방약 플랜 또는 플랜에 등록하는 방법에 대한 정보가 필요하시면 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048)** 에 전화하거나 www.medicare.gov 를 방문하십시오. 귀하는 주 건강보험 상담 및 지원 프로그램 (SHIP) 실에 연락하는 방법에 대한 정보를 요구할 수도 있습니다. SHIP 은 귀하의 Medicare 질문 관련 도움을 제공합니다.

귀하의 신청서를 오늘 우송해 주십시오.

Carolyn W. Colvin
커미셔너 대행



Medicare 처방약 플랜 비용 관련 추가 도움 신청서를 작성하기 위한 일반 지침

귀하가 이 신청서와 관련하여 타인을 돕고 있다면

그 사람이 신청서를 작성하는 것처럼 질문에 답변하십시오. 귀하는 그 사람의 사회보장 번호와 금융 정보를 알고 있어야 합니다. 또한 6 페이지의 섹션 B도 작성하십시오.

귀하는 Medicare 및 생활보조금(SSI) 또는 Medicare 및 Medicaid를 갖고 있습니까?

그 답변이 예인 경우, 이 신청서를 작성하지 마십시오. 왜냐하면 귀하는 자동으로 추가 도움을 받을 것이기 때문입니다.

귀하가 Medicare 절약 프로그램에 속하기 때문에 귀하의 주 Medicaid 프로그램이 귀하의 Medicare 보험료를 지불합니까?


그 답변이 예인 경우, 귀하의 주 Medicaid실에 상세 정보를 문의하십시오. 귀하는 추가 도움을 자동으로 받을 수 있어서 이 신청서를 작성할 필요가 없을 수 있습니다.

본 신청서 작성 방법


- **흑색 잉크**만 사용하십시오;
- 귀하의 숫자, 문자 및 X를 **박스 내부에** 유지하십시오. **대문자만** 사용하십시오;
- 신청서에 필기 코멘트를 추가하지 마십시오;
- 금전 액수를 기입할 때 달러 기호를 사용하지 마십시오;
- 센트는 가장 가까운 온전한 달러로 사사오입할 수 있습니다.

예

박스에 X 표시를 하십시오. 박스 안에 체크 표시를 기입하거나 사용하지 마십시오.



올바름



틀림

예

답변 기입시 대문자를 사용하십시오

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

신청서 작성

www.socialsecurity.gov에서 온라인 신청서를 작성하거나 작성 및 서명된 신청서를 미리 주소가 적히고 우표가 붙은 동봉된 봉투를 사용하여 다음 주소로 우송해도 됩니다:

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

이 신청서 패키지를 동봉된 봉투에 넣어 제출하십시오. 봉투에 다른 것은 포함하지 마십시오. 추가 정보가 필요하면 우리가 귀하에게 연락할 것입니다.

주: 신청하려면 귀하는 50개 주 중 하나 또는 워싱턴 DC에 거주해야 합니다.

질문이 있거나 본 신청서 작성 관련 도움이 필요한 경우

1-800-772-1213의 무료 전화번호로 우리에게 전화하실 수 있으며, 또는 청각 장애인 경우에는 우리의 TTY 번호인 1-800-325-0778로 전화하실 수 있습니다.



Medicare 처방약 플랜 비용 관련 추가 도움 신청서

이것은 추가 도움 신청서로서 귀하를 Medicare 처방약 플랜에 등록시키지는 않습니다.

1. 신청자 이름: 귀하의 사회보장 카드에 나타나는 이름을 인쇄체로 기입하십시오. 각 문자당 한 개의 박스를 사용하십시오.

이름

중간 이름

성

접미어 (주니어, 시니어 등)

신청자의 사회보장 번호

신청자의 생년월일 (월-일-년)

2. 귀하가 기혼자로서 배우자와 함께 살고 있는 경우, 배우자의 사회보장 카드에 나타나는 다음 정보를 제공하십시오. 귀하가 현재 혼인하지 않았으며 배우자와 함께 살고 있지 않거나 사별한 경우, 질문 3으로 건너뛰고 이 신청서에 귀하의 배우자에 관한 정보를 포함하지 마십시오.

이름

중간 이름

성

접미어 (주니어, 시니어 등)

배우자의 사회보장 번호

배우자의 생년월일 (월-일-년)

귀하의 배우자가 Medicare를 갖고 있는 경우, 배우자도 추가 도움을 예 아니오 신청하기 원합니까?

3. 귀하가 기혼자로서 배우자와 함께 살고 있는 경우,귀하는 \$26,860 이상 가치의 저축액, 투자액 또는 부동산을 갖고 있습니까? 귀하가 혼인하지 않았거나 배우자와 함께 살고 있지 않는 경우, 그 금액이 \$13,440 이상입니까? 귀하의 주택, 차량, 동산, 생명보험, 매장지, 취소 불능 매장 계약 또는 사회보장청의 미지급금 또는 SSI는 계수하지 마십시오.

예 예 박스에 표시를 하는 경우, 귀하는 추가 도움을 받을 자격이 없습니다. 그러나 귀하의 주정부가 Medicare 절약 프로그램을 통해 귀하의 Medicare 비용을 도와 줄 수 있을지 모릅니다. Medicare 절약 프로그램을 위한 신청 절차를 시작하려면 6 페이지로 건너뛰어 이 신청서에 서명하여 우리에게 제출해 주십시오. Medicare 절약 프로그램에 관심이 없는 경우에는 5 페이지의 질문 15로 건너뛰십시오.

아니오 또는 잘 모름 아니오 또는 잘 모름 박스에 표시를 하는 경우, 이 신청서의 나머지를 작성하여 우리에게 제출해 주십시오.



질문 3에서 아니오 또는 잘 모름 박스에 X 표시를 한 경우에는 다음 질문 모두에 답변해 주십시오. 귀하가 기혼자로서 배우자와 함께 살고 있는 경우에는 귀하와 배우자 모두를 위해 모든 질문에 답변해야 합니다.

4. 귀하가 소유하거나 또는 기혼자로서 배우자와 함께 살고 있는 경우 배우자가 소유하거나 또는 둘 모두가 소유하는 모든 은행 계좌, 투자 또는 현금의 액수를 아래에 기입하십시오. 귀하와 배우자 중 어느 한 쪽이 타인과 함께 소유하는 항목도 포함하십시오. 계좌 번호가 아닌 달러 수치만 포함하십시오. 열거된 항목을 귀하 또는 배우자가 단독으로 또는 타인과 함께 소유하지 않는 경우에는 **없음** 박스에 표시를 하십시오. 지난 10개월 동안에 받은 사회보장청의 밀린 지급금 또는 SSI는 포함하지 **마십시오**.

<ul style="list-style-type: none"> 모든 은행 계좌(당좌, 저축 및 양도성 예금 증서)의 총합계 	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> 모든 주식, 채권, 저축채권, 뮤추얼 펀드, 개인 퇴직금 적립 계좌 또는 기타 유사 투자액의 총합계 	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <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"> 주택 또는 다른 장소의 기타 현금 	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. 질문 4에 열거된 소스로부터의 돈이 장래 또는 매장 경비로 지불될 것입니까?

예인 경우, 질문 6으로 건너뛰십시오.

아니오인 경우에는 아니오 박스에 표시를 하고 질문 6으로 가십시오.

본인: **아니오**

배우자: **아니오**

6. 귀하의 주택과 주택이 위치한 토지 이외에 귀하가 소유하거나 또는 기혼자로서 배우자와 함께 살고 있는 경우 배우자가 소유하는 부동산이 있습니까? 기타 부동산의 예로는 귀하의 주택과 별도로 귀하가 소유하는 하계 별장, 임대 토지 또는 미개발 토지가 있습니다.

예

아니오

7. 이 질문의 경우, 친척이란 혈연, 입양 또는 혼인에 의해 귀하와 친척인 사람입니다(그러나 귀하의 배우자는 포함되지 않음). 재정 지원의 **최소 절반**에 대해 귀하 또는 귀하의 배우자에게 의존하며 귀하와 함께 살고 있는 친척은 몇 명입니까?

귀하가 기입하는 수에 본인 또는 본인의 배우자는 포함하지 마십시오. 귀하의 가구가 귀하 또는 귀하 및 배우자로 구성된 경우, 제로 박스에 표시를 하십시오. 한 박스에만 표시를 하십시오.

제로 1 2 3 4 5 6 7 8 9 이상

작성하지 마십시오. 이것은 신청서가 아닙니다.



8. 귀하가 또는 기혼자로서 배우자와 함께 살고 있는 경우 귀하의 배우자가 하기 소스로부터 수입을 받는 경우, 귀하는 귀하와 배우자 모두를 위해 질문에 답변해야 합니다. 귀하가 매월 받는 총 액수를 기입하십시오. 액수가 매월 변동되거나 귀하가 매월 받지 않는 경우 각 타입에 대한 작년의 평균 월 수입을 해당 박스에 기입하십시오. 임금 및 자영업, 이자 소득, 공공 부조, 의료비 환급액 또는 위탁 보호 지급금은 여기에 열거하지 마십시오. 귀하 또는 배우자가 하기 소스로부터 수입을 받지 않는 경우에는 해당 소스에 대해 없음 박스에 X 표시를 하십시오.

		월 급부금
• 공제전 사회보장 급부금	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 공제전 철도 퇴직 급부금	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 공제전 퇴역 군인 급부금	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 공제전 기타 연금 질문 4에서 귀하가 포함시킨 항목으로부터 받는 돈은 포함하지 마십시오.	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 부양금, 순 임대 소득, 산재 보험금, 실업 수당, 민간 또는 주정부 장애인 지급금 등을 포함하여 위에 열거되지 않은 기타 수입(자세히): _____	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. 질문 8에 귀하가 포함시킨 액수 중 지난 2년 동안에 감소한 금액이 있습니까?

예 아니오

귀하가 지난 2년 동안에 근로한 경우에는 질문 10-14에 답변해야 합니다. 귀하가 기혼자로서 배우자와 함께 살고 있고 두 사람 중 한 명이 지난 2년 동안에 근로한 경우에도 질문 10-14에 답변해야 합니다. 그렇지 않은 경우에는 질문 15로 건너뛰십시오.

10. 귀하는 이번 역년에 임금으로 세금 및 공제 전에 얼마나 벌 것으로 예상합니까?

본인: 없음 \$, .

배우자: 없음 \$, .

작성하지 마십시오. 이것은 신청서가 아닙니다.



서명 중요 정보 - 숙독하십시오

본인/우리는 사회보장청(SSA)이 본인의/우리의 진술을 체크하고 그 진술이 정확한지 확인하기 위해 그 기록을 국세청(IRS)을 포함한 연방, 주 및 지역 정부 기관의 기록과 비교할 것임을 잘 알고 있습니다.

이 신청서를 제출함으로써 본인/우리는 SSA가 본인의/우리의 국내외 소득, 재산 및 자산 관련 정보를 해당 프라이버시 법률에 따라 입수 및 공개하는 것을 승인합니다. 이 정보는 본인의/우리의 임금, 계좌 잔고, 투자액, 급부금 및 연금에 대한 정보를 포함할 수 있지만 이에 국한되지는 않습니다.

본인/우리가 질문 15에서 “아니오” 라고 답변하지 않은 한, 본인/우리는 SSA가 Medicare 저축 프로그램을 위한 신청 절차를 시작하기 위해 상기 금융 정보 및 기타 본인의/우리의 파일에 있는 본인의/우리의 이름, 생년월일, 성별 및 사회보장 번호 같은 개인 식별 가능 정보를 주정부에 공개하는 것을 승인합니다.

본인/우리는 위증시 처벌 받는다는 조건 하에 본인/우리가 이 양식의 모든 정보를 검토하였고 그것이 우리가 아는 한 참되고 정확함을 선언합니다.

섹션 A를 작성하십시오. 귀하가 서명할 수 없는 경우에는 대리인이 귀하를 대신하여 서명할 수 있습니다. 타인이 귀하를 도운 경우에는 섹션 B도 작성하십시오.

섹션 A

귀하의 서명:	일자:	전화번호: () -
배우자의 서명:	일자:	
귀하의 우편 주소:	아파트 #:	
시:	주:	우편번호:

지난 3개월 이내에 귀하의 우편 주소를 변경한 경우, 여기에 표시를 하십시오:

우리가 추가 질문을 갖고 있는 경우 타인에게 접촉하는 것을 귀하가 선호하는 경우에는 그 사람의 이름과 주간 전화번호를 제공하십시오.

정자체 이름:	정자체 성:	전화번호: () -
---------	--------	----------------

섹션 B

타인이 귀하를 도운 경우, 그 사람을 기술하는 박스에 표시를 하고 아래 요구된 나머지 정보를 제공하십시오.

가족
 대리인
 기타 옹호자
 기타 구체적으로: _____

친구
 대행 기관
 사회복지사

정자체 이름:	정자체 성:	전화번호: () -
주소:	아파트 #:	
시:	주:	우편번호:



프라이버시법 / 서류 감축 공지

사회보장법의 개정된 제1860 D-14조는 우리가 이 정보를 수집하는 것을 승인합니다. 우리는 귀하가 제공하는 정보를 이용하여 귀하가 Medicare 처방약 플랜 비용의 귀하 몫을 지불하기 위한 도움을 받을 자격이 있는지 판단할 것입니다.

이 정보를 우리에게 제공하는 것은 자발적인 것입니다. 그러나 우리에게 이 정보의 전부 또는 일부를 제공하지 않으면 우리가 귀하의 신청에 대한 정확하고 적시의 결정을 할 수 없을 것입니다.

귀하가 제공한 정보를 우리가 Medicare 처방약 플랜 비용 관련 추가 도움에 대한 귀하의 적격성을 판단하는 것 이외의 목적을 위해 이용하는 경우는 드뭅니다. 또한 우리는 정보를 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않는 승인된 일반 용도에 따라 타인 또는 다른 기관에 공개할 수도 있습니다.

1. 사회보장 급부금 및/또는 보장에 대한 권리를 판단하는 데 있어서 제3자 또는 기관이 사회보장청을 지원할 수 있도록 하기 위해;
2. 사회보장 기록의 정보 공개를 요구하는 연방 법률을 준수하기 위해(예: 정부 책임성 실 및 재향군인업무부);
3. 연방, 주 및 지역 수준에서 유사한 보건 및 소득 보전 프로그램에서의 적격성을 판단하기 위해,
4. 사회보장 프로그램의 무결성 및 개선을 확보하기 위해 필요한 통계 조사, 감사 또는 수사 활동을 돕기 위해(예: 국세조사국에 그리고 사회보장청과의 계약에 의거 민간 기관에).

또한 우리는 귀하가 제공하는 정보를 컴퓨터 일치 프로그램에 사용할 수 있습니다. 일치 프로그램은 우리 기록을 다른 연방, 주 및 지역 정부 기관의 기록과 비교합니다. 이러한 일치 프로그램의 정보를 이용하여 연방 기금 또는 시행 급부금 프로그램에 대한 그리고 이러한 프로그램에 의거한 지급금 또는 연체 채무의 변제를 위한 어떤 사람의 적격성을 판단 또는 확인할 수 있습니다.

이 정보를 위한 일반 이용의 전체 목록은 마스터 수혜자 기록 60-0090 및 Medicare 데이터베이스 파일 60-0321 이라는 명칭의 기록 시스템 공지에서 입수할 수 있습니다. 이러한 공지, 본 양식 관련 추가 정보 및 우리의 프로그램 및 시스템 관련 정보는 www.socialsecurity.gov 에서 온라인으로 또는 귀하 지역의 사회보장 사무소에서 입수할 수 있습니다.

서류감축법 진술 - 이 정보 수집은 44 U.S.C. § 3507의 1995 년 서류감축법의 제 2조에 의해 개정된 요건을 충족합니다. 귀하는 우리가 유효한 관리예산실 (OMB) 통제 번호를 표시하지 않는 한 이러한 질문에 답변할 필요가 없습니다. 이 수집을 위한 OMB 통제 번호는 0960-0696입니다. 우리는 본 지침을 읽고 사실을 수집하고 질문에 답변하는 데 약 30 분이 걸릴 것으로 추정합니다. **우리의 상기 시간 추정에 관련된 코멘트만 다음 주소로 보내주십시오: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.**

작성된 양식을 사전에 주소가 기록되고 우편 요금이 지불된 동봉된 봉투에 표시된 다음 주소로 우리에게 발송하십시오:

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