Social Security

Dodatkowe wsparcie w ramach dopłat do przepisanych lekarstw pakietu Medicare

2013

www.socialsecurity.gov

Kontakt z Urzędem Ubezpieczenia Społecznego

Zapraszamy na naszą stronę internetową

Nasza strona internetowa ***www.socialsecurity.gov*** jest cennym źródłem informacji na temat programów Ubezpieczeń Społecznych. Przy pomocy naszej strony internetowej możecie Państwo także:

- Wniosek o dodatkowe wsparcie na pokrycie kosztów przepisanych lekarstw w ramach Medicare
- Złożyć wniosek o przyznanie emerytury, o niezdolności do pracy oraz świadczenia z Medicare;
- Sprawdzić Państwa *Social Security Statement* (*oświadczenia z Ubezpieczeń Społecznych)*;
- Uzyskać adres lokalnego biura Ubezpieczeń Społecznych;
- Złożyć wniosek o wymianę karty Medicare; oraz
- Znaleźć kopie naszych publikacji.

Niektóre z tych usług są dostępne tylko w języku angielskim.

Prosimy zadzwonić pod nasz bezpłatny numer

Dodatkowo oprócz naszej strony internetowej, możecie Państwo do nas zadzwonić pod nasz bezpłatny numer telefonu **1-800-772-1213**. Wszystkie rozmowę są traktowane poufnie. Jeśli mówią Państwo po hiszpańsku, proszę nacisnąć 2 Dla wszystkich innych języków, proszę wybrać 1 i pozostać na linii w ciszy podczas automatycznej odpowiedzi w języku angielskim aż do momentu odpowiedzi przez naszego przedstawiciela Nasz przedstawiciel skontaktuje się z tłumaczem, aby pomógł w rozmowie telefonicznej z Państwem. Usługi tłumaczeniowe są gratis W godzinach od 7: 00 do 19: 00 odpowiadamy na poszczególne pytania, od poniedziałku do piątku. Zazwyczaj w ciągu tygodnia, po środzie czas oczekiwania jest krótszy. Zautomatyzowany serwis udziela informacji 24 godziny na dobę w języku angielskim. Jeśli Państwo jest niedosłyszący lub niesłyszący, mogą Państwo zadzwonić pod nasz numer TTY, **1-800-325-0778**.

Pragniemy, aby otrzymali Państwo prawidłowe informacje oraz życzliwy serwis i dlatego niektóre rozmowy telefoniczne są monitorowane przez dodatkowego pracownika Urzędu Ubezpieczeń Społecznych.

Spis treści

Zasady działania dodatkowego wsparcia w ramach planu refundacji przepisanych lekarstw pakietu Medicare 4

Majątek i dochody 4

Wniosek o dodatkową pomoc 7

Pomoc dla rdzennych mieszkańców Ameryki i Alaski 10

Pomoc dla członków rodzin, opiekunów i pozostałych osób trzecich 10

Wybór odpowiedniego planu 11

Pomoc agencji stanowych w pokrywaniu kosztów Medicare 12

Odwołanie od decyzji 13

Dalsze informacje 15

Zasady działania dodatkowego wsparcia w ramach planu refundacji przepisanych lekarstw pakietu Medicare

Każdy beneficjent opieki Medicare jest uprawniony do korzystania z planu pokrycia kosztów zakupu przepisanych lekarstw. Osoby w złej sytuacji materialnej, o niskich dochodach mogą dodatkowo ubiegać się o dodatkową pomoc na pokrycie kosztów (np. składek miesięcznych, dopłat do zakupów) ponoszonych na część opieki Medicare związaną z refundacją środków wydatkowanych na zakup lekarstw. Taka pomoc wynosi około 4.000 USD rocznie. Niewiele osób faktycznie uprawnionych do takich dopłat o nich wie, dlatego zawsze warto sprawdzić czy pomoc taka nie przysługuje. W tym celu należy podać Urzędowi Ubezpieczeń Społecznych wartość posiadanych oszczędności, majątku (innego niż zamieszkiwana nieruchomość), inwestycji i wysokość osiąganych dochodów. Informacje powinny być podane dla każdego ze współmałżonków, jeżeli prowadzą oni wspólne gospodarstwo domowe.

Weryfikacja odbywa się w oparciu o *Wniosek o Uzyskanie Dodatkowej Pomocy w Ramach Programu Medicare Refundacji Leków na Receptę* (formularz SSA-1020), który należy złożyć w Urzędzie Ubezpieczeń Społecznych.

Majątek i dochody

Wniosek o dodatkowe wsparcie

Aby uzyskać dodatkowe wsparcie, posiadany przez wnioskodawcę majątek nie może przekraczać 13.300 USD na osobę lub 26.580 USD na mieszkające wspólnie małżeństwo.

W kontekście wnoszenia o dodatkowe wsparcie do planu Medicare, majątek oznacza wartość posiadanych między innymi:

- nieruchomości (innych niż główne miejsce zamieszkania),
- kont bankowych, w tym czekowych, oszczędnościowych i inwestycyjnych oraz lokat,
- akcji
- papierów wartościowych, w tym państwowych obligacji oszczędnościowych,

- jednostek uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych ,
- środków zgromadzonych w funduszach emerytalnych IRA,
- środków w gotówce.

Majątek niebrany pod uwagę

Nie jest brana pod uwagę wartość:

- zamieszkiwanej nieruchomości,
- rzeczy osobistych
- posiadanych pojazdów,
- przedmiotów, które można łatwo wymienić na gotówkę - np. biżuterii, wyposażenia domu
- własności umożliwiającej zapewnienie sobie środków do życia, jak nieruchomości na wynajem lub działki wykorzystywane na potrzeby własne,
- majątku niezwiązanego z prowadzoną działalnością gospodarczą, niezbędnego do zapewnienia sobie środków do życia,
- polis na życie,
- polis na pokrycie wydatków pogrzebowych,
- odsetek od środków planowanych na pokrycie kosztów pogrzebowych oraz:
- innych posiadanych środków pieniężnych, których wartości nie liczy się przez dziewięć miesięcy, jak:
  - przekazanych świadczeń z Urzędu Ubezpieczeń Społecznych lub zasiłków SSI,
  - wsparcia na cele mieszkaniowe,
  - należności i wierzytelności podatkowych,
  - odszkodowania dla ofiar przestępstw,
  - pomoc na cele przeprowadzki

Pełna lista wyłączeń jest dostępna w Urzędzie Ubezpieczeń Społecznych.

Pułap dochodów

Dodatkowe wsparcie przysługuje tylko osobom osiągającym dochody poniżej 17,235 USD lub 23.265 USD w przypadku zamieszkujących wspólnie małżeństw. Należy jednak zaznaczyć, że przekroczenie powyższego nie limitu nie oznacza braku możliwości uzyskania jakiejkolwiek pomocy. Przykładowo, pomoc przysługuje osobom przekraczającym pułap dochodowy, które:

- utrzymują z dochodów własnych innych członków rodziny zamieszkujących w ich gospodarstwie domowym,
- uzyskują dochody z pracy najemnej,
- mieszkają na terenie Alaski lub Hawajów.

Dochody wyłączone z wyliczeń

Nie wszystkie wpływy w gotówce są rozumiane jako dochody. Przykładowo, **nie będą brane pod uwagę wpłaty** wpływające tytułem:

- bonów na żywność,
- pomocy na cele mieszkaniowe,
- pomocy na koszty energii,
- opieki medycznej i refundacji za leki,
- zasiłków dla ofiar klęsk żywiołowych,
- wypracowanych kredytów podatkowych,
- wsparcia innych członków gospodarstwa domowego,
- kompensacji za szkody,
- stypendiów i zasiłków na naukę.

Pełna lista wyłączeń jest dostępna w Urzędzie Ubezpieczeń Społecznych.

Postępowanie

Złożenie wniosku o dodatkową pomoc jest łatwe. Wystarczy uzupełnić formularz *Wniosek o Uzyskanie Dodatkowej Pomocy w Ramach Programu Medicare Refundacji Leków na Receptę* (formularz SSA-1020) w jeden z następujących sposobów:

- złożenie formularza poprzez stronę internetową ***www.socialsecurity.gov/extrahelp***,
- złożenie wniosku na drodze rozmowy telefonicznej poprzez numer **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**), gdzie można również poprosić o przesłanie formularza wniosku,
- złożenie wniosku w lokalnym biurze Urzędu Ubezpieczeń Społecznych.

Wnioskodawca zostanie następnie poinformowany przez Urząd Ubezpieczeń Społecznych o wynikach weryfikacji złożonego przez siebie wniosku. Osoby przyjęte do programu zostaną poproszone o wybranie jednego z dostępnych planów opieki dodatkowej. W przypadku braku takiego wyboru, decyzja zostanie podjęta przez pracowników Centrum usług Medicare i Medicaid. Im wcześniej złożony zostanie wniosek o pomoc, tym szybciej wnioskodawca może liczyć na wsparcie.

Osoby zakwalifikowane do dodatkowego wsparcia mogą ponadto zgłosić się do planu refundacji lekarstw na receptę Medicare. Informacje na temat terminów składania zgłoszeń są dostępne na stronie ***www.medicare.gov*** lub pod numerem telefonu **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**; TTY **1-877-486-2048**).

Zalety złożenia wniosku online

Złożenie wniosku online to rozwiązanie bardzo bezpieczne ale ma kilka jeszcze innych zalet. Proces został przedstawiony w formie następujących po sobie ekranów instruktażowych. Pozwolą one wprowadzić wszystkie niezbędne informacje i odpowiedzieć wyczerpująco na wszystkie pytania. Wniosek można złożyć z dowolnego komputera, w tempie odpowiednim dla danego użytkownika, a proces można przerwać w dowolnej chwili i wrócić do niego później. Przekazane dane osobowe są zawsze bezpieczne.

Informacje podstawowe

Większość pytań dotyczących wniosku dotyczy majątku i dochodów. W przypadku małżeństw konieczne będzie zestawienie majątku i dochodów dla obydwojga małżonków. Warto zwrócić się o pomoc przy wypełnianiu wniosków do członków rodziny lub opiekunów. Arkusz na następnej stronie pozwala nie tylko sprawdzić czy dana osoba jest uprawniona do pomocy ale stanowi również cenne źródło pomocy w wypełnieniu wniosku. Arkusz **nie** zastępuje jednak wniosku.

Co należy przygotować

- wykaz składników majątku, które wnioskodawca posiada na własność, współwłasność **z małżonkiem** lub kimś innym, ale z wyłączeniem domu, pojazdów, miejsc pogrzebowych, polis na życie i rzeczy osobistych,
- źródła wszystkich dochodów,
- inne dokumenty, które zawczasu warto mieć pod ręką.

Niezbędne dokumenty:

- wyciągi bankowe, informacje o wartości jednostek inwestycyjnych i certyfikatów uczestnictwa w innych instytucjach finansowych,
- zeznania inwestycyjne,
- papiery wartościowe,
- zeznania podatkowe,
- listy potwierdzające uzyskanie rent i innych dożywotnich tytułów płatności,
- wycinki wypłat pensji.

Wnioskodawca nie zostanie poproszony o dowody na potwierdzenie przekazanych informacji, zostaną one natomiast zweryfikowane w odniesieniu do danych będących w posiadaniu innych agencji rządowych.

Zakres informacji na temat majątku i dochodów wnioskodawcy (i jego współmałżonka zamieszkującego wspólne gospodarstwo domowe):

Składniki majątku	**Wartość**
Konta, w tym czekowe, oszczędnościowe, lokaty	$ _____
Akcje, obligacje, bony, indywidualne konta emerytalne etc.	$ _____
Posiadana gotówka (w domu i poza domem)	$ _____
Inne nieruchomości niż zamieszkiwana	$ _____

Źródła dochodów	**Wartość na miesiąc**
Świadczenia Urzędu Ubezpieczeń Społecznych	$ _____
Świadczenia tytułem emerytury kolejowej	$ _____
Świadczenia dla weteranów	$ _____
Inne dożywotnie tytuły płatności	$ _____
Alimenty	$ _____
Dochody z wynajmu	$ _____
Odszkodowania związane z pracą	$ _____
Inne (np. zasiłki dla bezrobotnych, niepełnosprawnych)	$ _____

Dochody	**Kwota roczna**
Przepracowane stawki godzinowe	$ _____
Dochody netto z prowadzonej działalności	$ _____

Pomoc dla rdzennych mieszkańców Ameryki i Alaski

Strony 5 i 6 powołują wybrane składniki majątkowe, które podlegają wyłączeniu na potrzeby wyliczeń majątku i dochodów przy kwalifikowaniu do świadczeń tytułem dodatkowej pomocy. Indianie i Alaskańczycy mogą być w posiadaniu jeszcze innego majątku i dochody, które także nie podlegają obliczeniom.

Przykładowo, **Urząd Ubezpieczeń Społecznych nie wliczy** następujących dochodów i majątku:

- środków pochodzących ze Stowarzyszenia Regionów i Wsi Rdzennych Alaskańczyków (Alaska Native Regional and Village Corporation),
- ziemia przeznaczona przez USA dla danego Indianina lub organizacji plemiennej,
- środki przechowywane dla indiańskiej organizacji plemiennej przez urząd Secretary of the Interior, dystrybuowane na każdego członka plemienia,
- maksymalnie do 2000 USD rocznie otrzymywanych przez Indianina tytułem udziału w funduszach powierniczych lub ziemiach rezerwatów,
- płatności na rzecz określonych plemion na mocy legislacji federalnej.

Pełna lista wyłączeń jest dostępna w Urzędzie Ubezpieczeń Społecznych.

Pomoc dla członków rodzin, opiekunów i pozostałych osób trzecich

Istnieje możliwość wypełnienia wniosku o dodatkową pomoc do pakietu Medicare w imieniu wnioskodawcy. W takim przypadku wniosek powinien zostać wypełniony tak, jakby na pytania odpowiadała osoba, która ma otrzymywać pomoc. Decyzja, czy wnioskodawca kwalifikuje się do pomocy oparta jest wartość posiadanych przez niego oszczędności, inwestycji, nieruchomości (ale nie tej, którą zamieszkuje) i dochodów. Konieczna też będzie informacja czy osoba, za którą wypełniany jest mieszka ze swoim współmałżonkiem. Informacje zawarte w arkuszu na stronach 8 i 9 na pewno okażą się w tym zakresie przydatne.

Można również pomóc komuś złożyć wniosek online o dodatkową pomoc, odwiedzając stronę internetową Urzędu Ubezpieczeń Społecznych lub dzwoniąc na numer bezpłatnej infolinii w celu uzyskania *Wniosek o Uzyskanie Dodatkowej Pomocy w Ramach Programu Medicare Refundacji Leków na Receptę* (formularz SSA-1020). Wsparcia udzielają również pracownicy lokalnych biur Urzędu.

Wybór odpowiedniego planu

Na stronie ***www.medicare.gov*** można znaleźć następujące narzędzia:

- **Porównywarka planów dopłat do przepisanych lekarstw Medicare** — pozwala porównać różne plany dopłat do przepisanych lekarstw dostępnych w danym stanie i wybrać taki plan, który najbardziej odpowiada potrzebom wnioskodawcy;
- **Wyszukiwarka po nazwach lekarstw** — można wprowadzić informacje dotyczące branych przez wnioskodawcę lekarstw, a narzędzie przedstawi dane umożliwiające wybór najlepiej dopasowanego planu.

Więcej na temat planów dopłat do przepisanych leków w ramach Medicare i okresów zgłoszeń można znaleźć na stronie ***www.medicare.gov*** lub pod numerem telefonu **1-800-MEDICARE**.

Istotne różnice pomiędzy planami dopłat Medicare

Zakres dopłat — plany dopłat zakładają pokrycie kosztów zakupów lekarstw konkretnych producentów i ich zamienników. Większość planów będzie zawierało wykaz lekarstw objętych refundacją. Nazwy i skład lekarstw może ulec z czasem zmianom, ale sam wykaz musi być zgodny z wymogami Medicare.

Koszty — składki miesięczne i udział własny w nabywanych lekach na receptę będą różnić się w zależności od obranego planu. Zakwalifikowanie do programu dodatkowej pomocy przewidzianego dla osób i niskim statusie materialnym pozwoli te koszty zniwelować lub ograniczyć.

Wygoda — poszczególne plany muszą mieć odzwierciedlenie w umowach zawartych z aptekami w danym rejonie. Dlatego warto również sprawdzić, czy dostępne w planie apteki są dogodnie położone.

Przystąpienie do planu dopłat do lekarstw pakietu Medicare

- **Strona planu** — należy odwiedzić stronę instytucji zajmującej się planem;
- **Strona Medicare** — należy odwiedzić stronę ***www.medicare.gov*** i skorzystać z centrum rejestracji Medicare;
- **Papierowy wniosek** — należy poprosić o wniosek instytucję zajmującą się danym planem. Po jego wypełnieniu należy go przesłać z powrotem do instytucji;
- **Telefon** — wybierając numer **1-800-MEDICARE**, w rozmowie z pracownikiem biura obsługi klienta.

Pomoc agencji stanowych w pokrywaniu kosztów Medicare

Wraz z przekazaniem wniosku o pomoc dodatkową, rozpocząć można proces kwalifikacji do programów oszczędnościowych Medicare. Programy te oferują wsparcie w zakresie innych kosztów związanych z usługami Medicare. Urząd Ubezpieczeń Społecznych automatycznie przekazuje odpowiednie informacje stanom, chyba, że we wniosku o dodatkową pomoc zaznaczono inaczej. Następnie przedstawiciel administracji stanowej skontaktuje się z wnioskodawcą oferując pomoc w złożeniu wniosku do programu oszczędnościowego.

Programy oszczędnościowe Medicare pozwalają osobom o niskim statusie materialnym pokryć wydatki na opiekę Medicare. W szczególności dotyczy to składek za część B (ubezpieczenie medyczne). Niektórym osobom przysługuje w ramach programów również pokrycie składek za część A (ubezpieczenie od kosztów hospitalizacji), a także kosztów udziału własnego części A i B.

Odwołanie od decyzji odmownej na wniosek o przyznanie pomocy

Urząd Ubezpieczeń Społecznych ma obowiązek przekazanie wstępnej informacji o odmowie w przypadku posiadania informacji, że dany wnioskodawca nie uzyska wsparcia w ramach pomocy dodatkowej. Wyjaśnienia na ten temat są dostępne pod numerem **1-800-772-1213**. Wszelkie wątpliwości co do poprawności posiadanych przez Urząd danych można wyjaśnić albo pod wyżej podanym numerem telefonu lub osobiście w lokalnej placówce Urzędu. Wyjaśnienia należy złożyć w ciągu 10 dni od otrzymania wstępnego powiadomienia o odmowie.

W przypadku braku kontaktu z Urzędem, 10 dni po przekazaniu powiadomienia wstępnego, do wnioskodawcy zostanie wysłana decyzja ostateczna zawierająca informacją o możliwej ścieżce odwoławczej. Skorzystanie z tej ścieżki nazywa się złożeniem sprzeciwu.

Wnoszenie sprzeciwu od ostatecznej decyzji w sprawie odmowy przyznania pomocy dodatkowej

W przypadku woli zgłoszenia sprzeciwu od decyzji Urzędu Ubezpieczeń Społecznych w sprawie przyznania dostępu do programu pomocy dodatkowej do planu dopłat do lekarstw pakietu Medicare, należy odwiedzić stronę Urzędu lub telefonicznie poprosić o formularz *Sprzeciwu od ostatecznej decyzji w sprawie przyznania dostępu do programu pomocy dodatkowej w ramach dopłat do lekarstw pakietu Medicare* (formularz SSA-1021). Prośbę można przekazać do Wilkes-Barre Data Operations Center, P.O. Box 1030, Wilkes-Barre, PA 18767-1030. Można również stawić się w lokalnym biurze Urzędu Ubezpieczeń Społecznych.

Procedowanie sprzeciwu

Po przekazaniu prośby o formularz sprzeciwu, pracownik Urzędu zapyta o przyczynę takiego działania. Przeważnie odbywa się rozmowa telefoniczna, której celem jest przegląd całego postępowania pod kątem ewentualnych uchybień. Wnioskodawca zostanie poproszony o wyznaczenie dwóch dogodnych dla siebie terminów na odbycie takiej rozmowy telefonicznej. Następnie Urząd wyśle potwierdzenie umówionego terminu.

W przypadku braku woli wnioskodawcy do przeprowadzenia rozmowy wyjaśniającej, sprawa zostanie rozeznana przez Urząd pod kątem pojawienia się nowych okoliczności umożliwiających zmianę decyzji na podstawie informacji nowych i złożonych wcześniej. Takie postępowanie nazywa się rozeznaniem sprawy.

Niezależnie od tego, czy rozpoznanie sprzeciwu odbędzie się poprzez rozmowę telefoniczną czy rozeznanie sprawy, wnioskodawca zostanie powiadomiony o wynikach postępowania niezwłocznie po zakończeniu niezbędnych czynności w jego sprawie.

Termin na wniesienie sprzeciwu

Sprzeciw należy wnieść w terminie 60 dni od daty otrzymania powiadomienia o wydaniu decyzji ostatecznej. Jeżeli w ciągu 60 dni sprzeciw nie zostanie wniesiony, zainteresowany traci do niego prawo, a decyzja staje się prawomocna. Możliwe jest jednak wydłużenie tego terminu, w przypadku zaistnienia uzasadnionej ku temu przyczyny. Prośbę o odroczenie terminu można złożyć telefonicznie pod numerem: **1-800-772-1213**.

Pomoc we wnoszeniu sprzeciwu

Przy wnoszeniu sprzeciwu istnieje możliwość skorzystania z pomocy osoby trzeciej. Taka osoba, funkcjonująca na zasadzie pełnomocnika w postępowaniu, może być prawnikiem lub kimś rozeznanym w materii programów Urzędu Ubezpieczeń Społecznych.

Brak zgody na wynik sprzeciwu

W przypadku niezadowolenia wnioskodawcy z wyników rozstrzygniętego sprzeciwu, można wystąpić z pozwem do federalnego sądu okręgowego. Powiadomienie, które Urząd wysyła wskutek rozpatrzenia sprzeciwu zawiera również informacje o sposobie wniesienia sprawy do sądu.

Dalsze informacje

Więcej informacji na temat programu pomocy dodatkowej w ramach dopłat do leków pakietu Medicare można znaleźć na stronie ***www.socialsecurity.gov/extrahelp***. Przy wypełnianiu wniosku można skorzystać z pomocy przedstawicieli Urzędu Ubezpieczeń Społecznych, którzy udzielają także informacji telefonicznej. Im szybciej zostanie złożony poprawny wniosek, tym wcześniej rozpocznie się proces wparcia.

Aby uzyskać informacje na temat programów oszczędnościowych Medicare, planów dopłat do lekarstw, a także by otrzymać podręcznik *Medicare*, należy odwiedzić stronę ***www.medicare.gov*** lub zadzwonić na **1-800-MEDICARE**. Wyjaśnień dotyczących Medicare udzielają także pracownicy programu stanowego doradztwa i wsparcia w sprawach ubezpieczeń (SHIP). Dane kontaktowe do lokalnego biura SHIP znajdują się na okładce podręcznika Medicare dostępnego na stronie ***www.medicare.gov***. O podręcznik można też poprosić przez telefon.

www.socialsecurity.gov

Social Security Administration
SSA Publication No. 05-10508-PO
Understanding The Extra Help With Your
Medicare Prescription Drug Plan (Polish)
March 2013