



اداره امنیت اجتماعی اطلاعات مهم

این نامه پوششی تنها برای اطلاع می باشد. صفحات بعدی را.
تکمیل نکنید. این یک درخواست نامه نیست.

شما ممکن است برای دریافت کمک اضافی جهت پرداخت هزینه داروهای نسخه ای خود واجد شرایط باشید.

برنامه داروهای نسخه ای مدیکر انتخابی از برنامه های دارویی را در اختیار شما می گذارد که انواع مختلف پوشش را عرضه می کند. علاوه بر این، شما ممکن است بتوانید برای پرداخت حق بیمه ماهانه، معافیت های سالانه، و پرداختی های وابسته به برنامه داروهای نسخه ای مدیکر کمک اضافی دریافت دارید.

اما پیش از آنکه ما بتوانیم به شما کمک کنیم، شما باید این درخواست نامه را پر کنید، آن را در پاکت ضمیمه بگذارید و آن را امروز پست کنید. یا اینکه می توانید یک درخواست نامه آنلاین در www.socialsecurity.gov تکمیل کنید. ما درخواست نامه شما را بررسی می کنیم و نامه ای برای آگاهی شما دایر بر واجد شرایط بودن برای کمک اضافی ارسال می کنیم. برای استفاده از کمک اضافی، شما باید در برنامه داروهای نسخه ای مدیکر ثبت نام کنید.

اگر برای تکمیل درخواست نامه نیاز به کمک دارید با سوسیال سکيوریتی به شماره **1-800-772-1213** تماس بگیرید. (شماره TTY عبارت است از **1-800-325-0778**). شما می توانید اطلاعات بیشتری را در www.socialsecurity.gov بیابید.

شما همچنین ممکن است قادر باشید در رابطه با هزینه های دیگر مدیکر، تحت برنامه های صرفه جویی مدیکر از ایالت خود کمک بگیرید. با تکمیل کردن این فرم، شما درخواست نامه خود را برای یک برنامه صرفه جویی های مدیکر به جریان خواهید انداخت. ما اطلاعات را به ایالت شما خواهیم فرستاد، که آنها برای کمک جهت درخواست برنامه صرفه جویی های مدیکر با شما تماس خواهند گرفت مگر آنکه شما با پاسخ دادن به سؤال 15 این فرم، به ما بگویید این کار را انجام ندهیم.

اگر درباره برنامه های صرفه جویی های مدیکر، طرح های داروهای تجویزی مدیکر، یا در رابطه با چگونگی ثبت نام در یک طرح به اطلاعاتی نیاز دارید، با شماره **1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048)** تماس بگیرید یا از www.medicare.gov دیدن نمایید. شما همچنین می توانید در رابطه با چگونگی تماس با برنامه کمک بیمه بهداشتی ایالت خود (SHIP) اطلاعاتی را درخواست کنید. SHIP در مورد سؤالات مربوط به مدیکرتان کمک ارائه می کند.

لطفاً درخواست نامه خود را امروز ارسال کنید.

Michael J. Astrue

عضو هیئت

تکمیل نکنید. این یک درخواست نامه نیست.



راهنمایی های عمومی برای تکمیل درخواست نامه کمک اضافی در رابطه با هزینه های طرح داروهای تجویزی دیگر

اگر شما به فرد دیگری برای پر کردن این درخواست نامه کمک می کنید

به این سئوالات به صورتی پاسخ دهید که گویی آن شخص در حال پر کردن درخواست نامه است. شما باید شماره سوسیال سکوریته و اطلاعات مالی آن شخص را بدانید. همچنین، قسمت B در صفحه 6 را پر کنید.

آیا مدیکر و درآمد اضافی تامین اجتماعی (SSI) یا مدیکر و مدیکید دارید؟

اگر پاسخ بله است، این درخواست نامه را تکمیل نکنید زیرا شما خودبخود کمک اضافی خواهید گرفت.

آیا بدان دلیل که شما به یک برنامه صرفه جویی های مدیکر تعلق دارید برنامه مدیکید ایالت شما حق بیمه مدیکر شما را می پردازد؟

اگر پاسخ آری است، برای اطلاعات بیشتر با اداره مدیکید ایالت خود تماس بگیرید. شما می توانید بطور خودکار کمک اضافی بگیرید و ممکن است نیازی به تکمیل این درخواست نامه نداشته باشید.

چگونه این درخواست نامه را تکمیل کنید

- تنها از جوهر مشکی استفاده کنید؛
- اعداد، کلمات، و X های خود را در داخل خانه ها بنویسید؛ تنها از حروف بزرگ استفاده کنید؛
- هیچگونه اظهار نظر دست نویسی در درخواست نامه اضافه نکنید؛
- هنگامی که مبالغ پول را وارد می کنید از علامت دلار (\$) استفاده نکنید؛ و
- سنت ها را می توان به نزدیک ترین عدد کامل دلار گرد کرد.

مثال

هنگامی که پاسخ ها را وارد می کنید از حروف بزرگ استفاده کنید.

A B C D

مثال

در خانه یک X بگذارید. خانه ها را پر نکنید یا علامت چک کردن نگذارید.

 نادرست

 درست

تکمیل درخواست نامه شما

شما می توانید درخواست نامه آنلاین را در www.socialsecurity.gov تکمیل کنید یا برای برگرداندن درخواست نامه تکمیل و امضاء شده خود به آدرس زیر از پاکت همراه با تمبر و آدرس ضمیمه استفاده کنید:

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

این بسته درخواست نامه را در پاکت ضمیمه برگردانید. چیز دیگری در پاکت قرار ندهید. اگر ما به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم، با شما تماس خواهیم گرفت.

توجه: برای درخواست، شما باید ساکن یکی از 50 ایالت یا ناحیه کلمبیا باشید.

اگر سئوالاتی دارید یا برای تکمیل این درخواست نامه به کمک نیاز دارید

می توانید با ما از طریق شماره تلفن رایگان **1-800-772-1213** تماس بگیرید، یا اگر ناشنوا یا کم شنوا هستید، می توانید با شماره **TTY: 1-800-325-0778** تماس بگیرید.



درخواست نامه جهت کمک اضافی هزینه های طرح داروهای تجویزی مدیکر

این یک درخواست نامه برای کمک اضافی است و نام شما را در یک طرح داروهای تجویزی مدیکر ثبت نمی کند.

1. نام متقاضی: نام را با حروف جدا از هم و بصورتی بنویسید که در کارت سوسیال سکیوریتی شما نوشته شده است. برای هر حرف از یک خانه استفاده کنید

نام میانی

نام کوچک

پسوندها (Sr، Jr، و غیره)

نام خانوادگی

تاریخ تولد متقاضی

شماره سوسیال سکیوریتی متقاضی

(سال-روز-ماه (MM-DD-YYYY))

2. اگر شما ازدواج کرده اید و با همسر خود زندگی می کنید، لطفا اطلاعات زیر را بصورتی که روی کارت سوسیال سکیوریتی همسرتان نوشته شده عرضه کنید. اگر در حال حاضر متاهل نیستید، با همسر خود زندگی نمی کنید یا بیوه اید، از سؤال 3 صرف نظر کنید و هیچگونه اطلاعاتی درباره همسرتان در این درخواست نامه ننویسید.

نام میانی

نام کوچک

پسوندها (Sr، Jr، و غیره)

نام خانوادگی

تاریخ تولد همسر

شماره سوسیال سکیوریتی همسر

(سال-روز-ماه (MM-DD-YYYY))

اگر همسرتان مدیکر دارد، آیا وی می تواند برای کمک اضافی نیز درخواست دهد؟ بله خیر

3. اگر شما ازدواج کرده اید و با همسر خود زندگی می کنید، آیا دارای پس اندازها، سرمایه گذاری ها یا ملکی هستید که بیش از 25,260 دلار ارزش داشته باشد؟ اگر شما ازدواج نکرده اید و با همسر خود زندگی نمی کنید، آیا ارزش آنها بیش از 12,640 دلار است؟ خانه ای که در آن زندگی می کنید، اتومبیل ها، وسایل شخصی، طرح های تدفین، قراردادهای دفن غیر قابل فسخ یا بازپرداختی های سوسیال سکیوریتی یا SSI را به حساب نیاورید.

بله اگر در خانه بله یک می گذارید، برای کمک اضافی واجد شرایط نیستید. اما ایالت شما ممکن است از طریق برنامه های صرفه جویی های مدیکر خود بتواند در مورد هزینه های مدیکرتان به شما کمک کند. برای در جریان انداختن درخواست نامه جهت برنامه های صرفه جویی های مدیکر، به صفحه 6 بروید، این درخواست نامه را امضا کنید و آن را به ما برگردانید. اگر به برنامه های صرفه جویی های مدیکر علاقمند نیستید، به سؤال 15 در صفحه 5 بروید.

خیر یا مطمئن اگر در خانه خیر یا مطمئن نیستم یک می گذارید، بقیه این درخواست نامه را تکمیل کنید و آن را به ما برگردانید. نیستم



اگر در سؤال 3 در خانه خیر یا مطمئن نیستیم يك گذاشتید. به همه سئوالات زیر پاسخ دهید. اگر ازدواج کرده اید و با همسرتان زندگی می کنید، باید به همه سئوالات برای دو نفرتان پاسخ دهید.

4. مبالغ پول همه حساب های بانکی، سرمایه گذاری ها یا پول نقدی که خودتان، همسرتان دارید، اگر ازدواج کرده اید و با هم زندگی می کنید، یا هر دو صاحب آن هستید را در زیر وارد کنید. همچنین اقلامی را وارد کنید که هرکدام از شما با شخص دیگری صاحب آن هستید. فقط اعداد مربوط به دلار را وارد کنید و نه شماره حساب ها را. اگر شما یا همسرتان، چه بصورت فردی و چه با يك نفر دیگر، صاحب هیچکدام از اقلام ذکر شده نیستید، در خانه هیچکدام يك بگذارید. بازپرداختی های دریافت شده از سوسیال سکیوریتی یا SSI در 10 ماه گذشته را ذکر نکنید.

\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	هیچ <input type="checkbox"/>	• جمع همه حساب های بانکی (جاری، پس انداز و گواهی های واریز)
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	هیچ <input type="checkbox"/>	• جمع کل همه سهام، اوراق قرضه، قرضه های پس انداز، صندوق های مشترک، حساب های بازنشستگی شخصی یا سرمایه گذاری های مشابه دیگر
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	هیچ <input type="checkbox"/>	• هر گونه پول نقد دیگر در خانه یا هر جای دیگر

5. آیا مقداری پول از منابع ذکر شده در سؤال 4 جهت پرداخت مخارج کفن و دفن یا طرح تدفین مورد استفاده قرار خواهد گرفت؟

اگر پاسخ بله است، به سؤال 6 بروید.

اگر پاسخ خیر است، در خانه خیر يك بگذارید، سپس به سؤال 6 بروید.

شما: خیر همسر: خیر

6. غیر از خانه تان و زمینی که در آن واقع شده، آیا شما و همسرتان، اگر ازدواج کرده اید و با هم زندگی می کنید، مالک هیچگونه ملکی هستید؟ مثال هایی از ملک دیگر عبارتند از خانه های تابستانی، املاک اجاره ای یا زمین توسعه داده نشده که صاحب آن هستید و از خانه تان مجزا می باشد.

بله خیر

7. بدون به حساب آوردن همسرتان اگر ازدواج کرده اید، چند نفر خویشاوند دیگر در خانه شما زندگی می کنند و حداقل نصف حمایت مالی خود را از شما یا همسرتان دریافت می کنند؟ ما خویشاوندانی را به حساب می آوریم که از طریق خونی (نسبی)، ازدواج (سببی) یا فرزند خواندگی با شما نسبت دارند.

فقط در يك خانه يك بگذارید. خودتان یا همسرتان را در تعدادی که وارد می کنید به حساب نیاورید. اگر خانوار شما صرفاً شامل خودتان یا خودتان و همسرتان است، در خانه هیچکدام يك بگذارید.

هیچ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 یا بیشتر



8. اگر شما یا همسرتان، اگر ازدواج کرده اید و با هم زندگی می کنید، درآمدی از هرکدام از منابع ذکر شده در زیر دریافت می کنید، باید به سئوالات برای هر دو نفرتان پاسخ دهید. لطفا جمع مبلغی که هر ماه دریافت می کنید را وارد کنید. اگر هر ماه این مبلغ تغییر می یابد یا آن را هر ماه دریافت نمی کنید، درآمد متوسط ماهانه مربوط به سال گذشته برای هر نوع را در خانه های اختصاصی بنویسید. دستمزدها و درآمد ناشی از کار شخصی، درآمد مربوط به بهره، کمک های دولتی، بازپرداخت های پزشکی یا پرداخت های مراقبت از بچه دیگری (فاستر کر) را ننویسید. اگر شما یا همسرتان درآمدی از یک منبع ذکر شده در زیر دریافت نمی کنید، در خانه هیچکدام آن منبع یک بگذارید.

مزایای ماهانه		
• مزایای سوسیال سکیوریتی قبل از کسورات	<input type="checkbox"/> هیچ	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• مزایای بازنشستگی راه آهن قبل از کسورات	<input type="checkbox"/> هیچ	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• مزایای سربازان پیشین قبل از کسورات	<input type="checkbox"/> هیچ	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• بازنشستگی ها یا مستمری های دیگر قبل از کسورات. پولی که از ارقام ذکر شده دریافت می کنید که در سوال 4 آورده اید را به حساب نیاورید.	<input type="checkbox"/> هیچ	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• درآمد دیگر ذکر نشده در بالا، از جمله نفقه، درآمد خالص اجاره، صندوق غرامت کارگران، پرداخت های از کار افتادگی خصوصی یا دولتی، و غیره (مشخص کنید):	<input type="checkbox"/> هیچ	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>

9. آیا هیچکدام از مبالغی که در سئوال 8 آورده اید در طول دو سال گذشته کاهش یافته است؟

بله خیر

اگر در دو سال گذشته کار کرده اید، لازم است به سئوالات 10-14 پاسخ دهید. اگر ازدواج کرده اید و با همسرتان زندگی می کنید و هرکدام از شما در دو سال گذشته کار کرده اید، لازم است به سئوالات 10-14 پاسخ دهید. در غیر اینصورت، به سئوال 15 بروید.

10. در این سال تقویمی انتظار دارید درآمد شما قبل از مالیات ها و کسورات چقدر باشد

شما: هیچ شما: \$, .

همسر: هیچ همسر: \$, .



امضاء ها

اطلاعات مهم- لطفا بدقت بخوانید

من متوجه هستم/ ما متوجه هستیم که اداره سوسیال سکيوريتي (SSA) اظهارات من/ ما را بررسی خواهد کرد و سوابق خود را با سوابق سازمان های دولتي فدرال، ایالتی، و محلي از جمله اداره مالیات (IRS) مطابقت می کند تا مطمئن شود که تصمیم گیری صحیح است.

با ارسال این درخواست نامه، بدین وسیله من به SSA اجازه می دهم/ ما اجازه می دهیم اطلاعات مربوط به درآمد، منابع، و دارایی های من/ ما، خارجی و داخلی، را هماهنگ با قوانین قابل اطلاق موارد خصوصی و محرمانه بدست آورده و با طرف های مربوطه درمیان بگذاریم. این اطلاعات می تواند شامل، اما نه محدود به، اطلاعات مربوط به دستمزدها، موجودی های حساب، سرمایه گذاری ها، مزایا، و بازنشستگی های من/ ما باشد.

مگر آنکه من/ ما به سؤال ۱۵ پاسخ "نه" داده باشم/ داده باشیم، بدینوسیله من/ ما به SSA اجازه می دهم/ می دهیم اطلاعات مالی ذکر شده در بالا و سایر اطلاعات قابل شناسایی شخصی گرفته شده از فایل من/ ما، از قبیل نام من/ ما، تاریخ تولد، جنسیت و شماره (های) سوسیال سکيوريتي جهت به جریان انداختن درخواست نامه جهت برنامه های صرفه جویی های دیگر را با ایالت درمیان بگذاریم.

من/ ما تحت مجازات قسم دروغ اعلام می دارم/ می داریم که من/ ما همه اطلاعات این فرم را بررسی کرده ام/ کرده ایم و این اطلاعات تا آخرین حد علم و اطلاع من/ ما درست و صحیح است.

لطفا قسمت A را تکمیل کنید. اگر نمی توانید امضاء کنید، یک نماینده می تواند برای شما امضا کند. اگر کسی به شما کمک کرده، قسمت B را نیز تکمیل کنید.

قسمت A

امضای شما:	تاریخ:	شماره تلفن:
امضای همسر:	تاریخ:	
آدرس پستی شما:	آپارتمان شماره:	
شهر:	ایالت:	کد پستی:

اگر در عرض سه ماه گذشته آدرس پستی خود را عوض کرده اید اینجا يك بگذارید.

اگر ترجیح می دهید که در صورت داشتن سئوالات اضافی، با شخص دیگری تماس بگیریم، لطفا نام و شماره تلفن ساعات روز آن شخص را ذکر کنید.

نام کوچک با حروف جدا:	نام خانوادگی با حروف جدا:	شماره تلفن:
-----------------------	---------------------------	-------------

قسمت B

اگر کسی به شما کمک کرده است، در خانه ای که آن شخص را توصیف می کند يك بگذارید و بقیه اطلاعات درخواست شده در زیر را ارائه دهید.

مددکار اجتماعی:

دوست:

هواخواه دیگر:

عضو خانواده:

موسسه:

دیگری، مشخص کنید:

وکيل:

نام کوچک با حروف جدا:	نام خانوادگی با حروف جدا:	شماره تلفن:
آدرس:	شماره آپارتمان:	
شهر:	ایالت:	کد پستی:



قانون موارد خصوصی و محرمانه/ ابلاغیه کاهش تشریفات اداری

قسمت D-14 1860 قانون سوسیال سکيوريتي جمع آوري اطلاعات درخواست شده در این فرم را جایز می‌شمارد. اطلاعاتی که شما فراهم کرده اید مورد استفاده قرار خواهد گرفت تا اداره سوسیال سکيوريتي (SSA) را قادر سازد مشخص سازد که شما در رابطه با کمک جهت پرداخت سهم خود از هزینه طرح داروهای تجویزی مدیگر واجد شرایط هستید. شما مجبور نیستید اطلاعات درخواست شده را به ما ارائه دهید. اگرچه در صورتی که شما این اطلاعات را عرضه نکنید، ما قادر نخواهیم بود در مورد درخواست نامه شما یک تصمیم دقیق و به موقع اتخاذ کنیم. ما ممکن است اطلاعات جمع آوري شده در این فرم را با یک سازمان دیگر فدرال، ایالتی، یا محلی در میان بگذاریم تا به ما کمک کند واجد شرایط بودن اولیه شما یا ادامه آن را در رابطه با کمک اضافی مشخص کنیم یا اگر یک قانون فدرال مقرر می‌دارد این اطلاعات را با دیگران در میان بگذاریم. همچنین اگر SSA مایل است واجد شرایط شما در آن برنامه‌ها را تعیین نماید ممکن است لازم باشد این اطلاعات را با برنامه‌های دیگر SSA در میان بگذاریم.

همچنین امکان دارد هنگامی که سوابق را توسط کامپیوتر با هم مطابقت می‌دهیم از اطلاعاتی که به ما می‌دهید استفاده کنیم. برنامه‌های مطابقت دهنده، سوابقی که ما در اختیار داریم را با سوابق موسسات دولتی فدرال، ایالتی، یا محلی مقایسه می‌کنند. بسیاری از سازمان‌ها ممکن است از برنامه‌های مطابقت دهنده جهت تشخیص یا ثابت کردن واجد شرایط بودن شخص برای مزایایی که توسط دولت فدرال پرداخت می‌شود استفاده کنند. حتی اگر شما با چنین کاری موافق نباشید نیز قانون به ما اجازه این کار را می‌دهد. توضیحات مربوط به این موارد و دلایل دیگر مبنی بر این که چرا اطلاعاتی که به ما می‌دهید ممکن است مورد استفاده قرار گیرد یا در اختیار سازمان‌های دیگر قرار گیرد در دفاتر سوسیال سکيوريتي موجود است. اگر مایلید در این مورد بیشتر بدانید، با یکی از دفاتر سوسیال سکيوريتي تماس بگیرید.

بیانیه قانون کاهش تشریفات اداری- این جمع آوري اطلاعات با مقررات U.S.C. § 3507 44، بطوری که توسط قسمت 2 قانون کاهش تشریفات اداری 1995 اصلاح شده همخوانی دارد. لزومی ندارد شما به این سئوالات پاسخ دهید مگر آنکه ما یک شماره کنترل معتبر اداره مدیریت و بودجه را ارائه دهیم. ما برآورد می‌کنیم که خواندن راهنمایی‌ها، جمع آوري حقایق، و پاسخ به سئوالات حدود 30 دقیقه وقت می‌گیرد. شما می‌توانید اظهار نظرهای خود در مورد تخمین زمانی که در بالا ذکر کرده ایم را به این آدرس SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401 ارسال دارید. **فقط اظهار نظرهای مربوط به تخمین زمانی ما و نه فرم تکمیل شده را به این آدرس بفرستید.**

فرم تکمیل شده را به آدرس ذکر شده در پاکت ضمیمه همراه با تمبر و آدرس برای ما بفرستید:

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