

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**

Lei potrebbe avere i requisiti per ottenere aiuti supplementari sul costo dei medicinali su prescrizione.

Nell'ambito del programma medicinali su prescrizione Medicare potrà scegliere tra vari piani di prescrizione che offrono diverse tipologie di copertura. Lei potrebbe inoltre avere i requisiti per ottenere aiuti supplementari per il pagamento dei premi mensili, della quota annuale esente da copertura, e degli importi a carico dell'assistito previsti dal programma medicinali su prescrizione Medicare.

Per consentirci di aiutarLa, è necessario che Lei compili questa richiesta e la invii oggi stesso servendosi della busta allegata. Oppure può compilare la richiesta via Internet all'indirizzo www.socialsecurity.gov. Dopo aver esaminato la richiesta Le invieremo una lettera per comunicarLe se Lei ha i requisiti per ottenere aiuti supplementari. Per usufruire degli aiuti supplementari, è necessario aderire ad un piano medicinali su prescrizione Medicare.

Se Le occorre assistenza per compilare la richiesta, La preghiamo di chiamare la Social Security al numero **1-800-772-1213 (1-800-325-0778)** con display per non udenti). Per ulteriori informazioni può consultare il sito Internet www.socialsecurity.gov.

Lei potrebbe inoltre avere diritto ad ulteriori contributi da parte dello stato per altri costi Medicare in base ai programmi di risparmio Medicare (Medicare Savings Programs). Compilando questo modulo, si avvia il procedimento di richiesta di un programma di risparmio Medicare. Provvederemo ad inviare i Suoi dati al Suo stato di residenza, che La contatterà per aiutarLa a fare domanda ad un programma di risparmio Medicare, salvo che Lei stesso ci dia istruzioni in contrario rispondendo alla domanda 15 del presente modulo.

Se ha bisogno di informazioni sui programmi di risparmio Medicare, sui piani Medicare per i farmaci su prescrizione (Medicare Prescription Drug plans) o su come aderire a uno di questi piani, chiami il numero **1-800-MEDICARE (1-877-486-2048)** con display per non udenti) o visiti il sito www.medicare.gov. Può anche chiedere informazioni su come contattare il Suo Programma di assistenza dello Stato per l'assicurazione sanitaria (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Lo SHIP mette a disposizione assistenza per le domande sui servizi Medicare.

Spedisca la Sua richiesta oggi stesso.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Michael J. Astrue".

Michael J. Astrue
Commissario

Istruzioni generali per compilare la richiesta di aiuti supplementari sui costi del piano medicinale su prescrizione



Se chi compila questa richiesta è una persona diversa dal richiedente

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

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

Se la risposta è **SÌ**, La preghiamo di non compilare questa richiesta in quanto otterrà gli aiuti supplementari automaticamente.

Il Suo programma Medicaid messo a disposizione dallo stato paga i Suoi premi Medicare perché Lei aderisce a un Medicare Savings Program?

Se la risposta è **SÌ**, contatti l'ufficio Medicaid del Suo stato per maggiori informazioni. Lei potrebbe ottenere gli aiuti supplementari automaticamente, senza bisogno di compilare questo modulo di richiesta.

Come compilare questa richiesta

- Usare esclusivamente **INCHIOSTRO NERO**;
- **Inserire numeri, lettere e crocette all'interno delle caselle; scrivere solo in stampatello**;
- Non aggiungere annotazioni a mano sul modulo di richiesta;
- Non usare il segno del dollaro accanto agli importi in denaro; e
- 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** |  **SCORRETTO**

ESEMPIO

Usare lettere maiuscole nel rispondere alle domande



Modalità di inoltro della richiesta

La richiesta si può compilare via Internet all'indirizzo www.socialsecurity.gov o servendosi della busta acclusa e pre-affrancata 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**

Inviare il fascicolo di richiesta nella busta acclusa. Non inserire altro nella busta. Qualora ci servano ulteriori informazioni, La contatteremo.

N.B.: per poter presentare la richiesta, occorre essere residenti in uno dei 50 stati o nel Distretto di Columbia.

In caso di domande o se Le occorre assistenza per compilare questa richiesta

Può chiamare il numero verde **1-800-772-1213**; i non udenti o deboli di udito possono chiamare il numero con display per non udenti **1-800-325-0778**.



Richiesta di aiuti supplementari per il pagamento dei costi del piano medicinali su prescrizione Medicare

LA PRESENTE DOMANDA RIGUARDA GLI AIUTI SUPPLEMENTARI E NON ISCRIVE L'ASSISTITO AD UN PIANO MEDICINALI SU PRESCRIZIONE MEDICARE.

1. Nome del richiedente: scriva il nome in stampatello così come appare sulla tessera della Social Security. Scriva una lettera per casella.

NOME

COGNOME

INIZIALE SECONDO NOME

SUFFISSO (Jr., Sr., ecc.)

NUMERO DI SOCIAL SECURITY DEL RICHIEDENTE

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

2. Se Lei è coniugato/a e convive con la/il coniuge, La preghiamo di fornire i seguenti dati così come appaiono sulla tessera della Social Security della/del coniuge. Se attualmente non è coniugato/a, non convive con la/il coniuge o è vedovo/a, vada direttamente alla domanda 3 e non inserisca nessun dato sulla/sul coniuge in questo modulo di richiesta.

NOME

COGNOME

INIZIALE SECONDO NOME

SUFFISSO (Jr., Sr., ecc.)

NUMERO DI SOCIAL SECURITY DELLA/DEL CONIUGE

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

Se la/il coniuge usufruisce di Medicare, desidera presentare anche lei/lui la domanda di SÌ NO aiuti supplementari?

3. Se Lei è coniugato/a e convivente con la/il coniuge, possiede risparmi, investimenti o immobili di valore superiore a USD 25.260? Se attualmente non è coniugato/a o non convive con la/il coniuge, il valore di tali beni è superiore a USD 12.640? **NON tenga conto della casa in cui abita, di veicoli, beni personali, loculi per sepoltura, contratti di sepoltura irrevocabili, arretrati della Social Security o sussidi SSI.**

SÌ

Se inserisce una nella casella SÌ, Lei non ha diritto agli aiuti supplementari. Il Suo stato però potrebbe essere in grado di darLe assistenza con i costi Medicare attraverso i programmi di risparmio Medicare. Per avviare il procedimento di domanda per i programmi di risparmio Medicare, vada direttamente a pag. 6, firmi e ci restituisca questo modulo di richiesta. Se non è interessato/a ai programmi di risparmio Medicare, vada direttamente alla domanda 15 a pag. 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/a e convive con la/il coniuge, dovrà rispondere a tutte le domande per entrambi.

4. La preghiamo di indicare nelle caselle di seguito gli importi di conti bancari, investimenti o contanti appartenenti a Lei, alla/al coniuge (se coniugati e conviventi) o a entrambi. Includa anche beni appartenenti a Lei o alla/al Sua/Suo coniuge in comproprietà con un'altra persona. Indichi solo gli importi in dollari, non i numeri dei conti. Se né Lei né la/il coniuge possedete alcuno dei beni elencati, anche in comproprietà con un'altra persona, inserisca una nella casella **NESSUNO**. **NON** includa eventuali arretrati della 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"/> NESSUNO	\$ <input type="text"/> <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, obbligazioni, buoni di risparmio, fondi comuni, conti pensione personali o altri investimenti analoghi	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Altri contanti custoditi in casa o altrove	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="text"/> <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** e passi alla domanda 6.

LEI: **NO** **CONIUGE:** **NO**

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

SÌ **NO**

7. Non contando la/il coniuge se Lei è coniugato/a, quanti altri familiari fanno parte del Suo nucleo familiare e ricevono **almeno la metà** del loro sostentamento da Lei o dalla/dal Sua/Suo coniuge? Per familiare si intende una persona con cui il richiedente ha un legame di parentela di sangue, matrimonio o adozione.

Inserisca una in una sola casella. **Non includa sé stesso/a o la/il coniuge nel numero da inserire.** Se il Suo nucleo familiare è composto solo da Lei o solo da Lei e la/il coniuge, inserisca una nella casella **NESSUNO**.

NESSUNO **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9 o più**



8. Se Lei o la/il coniuge, se coniugati e conviventi, percepisce **reddito** da una o più delle fonti elencate 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 tutti i mesi, indichi il reddito medio mensile dell'ultimo anno per ogni categoria** nelle apposite caselle. Non indichi in questo spazio i redditi da lavoro dipendente o autonomo, gli interessi attivi, l'assistenza pubblica, i rimborsi medici e i contributi per minori in affidamento. Se né Lei né la/il coniuge percepisce reddito da una delle fonti elencate, inserisca una nella casella **NESSUNO** per quella fonte.

		Sussidio mensile
• Sussidi Social Security al lordo delle detrazioni	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Pensione da società ferroviaria al lordo delle detrazioni	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Sussidi ai veterani al lordo delle detrazioni	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Altre pensioni o vitalizi al lordo delle detrazioni . Non inserire importi percepiti da voci già indicate nella domanda 4.	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Altri redditi non elencati in precedenza, compresi alimenti da ex coniugi, canoni di locazione netti riscossi, retribuzione del lavoratore, sussidi per disabilità da parte di enti privati o statali, ecc. (Specificare): _____	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <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 la/il coniuge, e uno dei due o entrambi avete svolto attività lavorative negli ultimi due anni, risponda alle domande 10-14. Altrimenti passi 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 Lei 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 qui se Lei o la/il coniuge prevedete 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 la/il Sua/Suo coniuge avete cessato l'attività lavorativa nel 2010 o 2011, o avete in programma di cessarla nel 2011 o nel 2012, indichi il mese e l'anno.

ESEMPIO

Per i mesi da gennaio a settembre, inserisca uno zero (0) nella prima casella. Per indicare maggio 2010 scriva:

0	5	2	0	1	0
M	M	A	A	A	A

LEI:

M M A A A A

CONIUGE:

M M A A A A

Se Lei ha meno di 65 anni, risponda alla domanda 14. Se Lei è coniugato/a e convive con la/il coniuge, e l'uno o l'altra ha meno di 65 anni, risponda alla domanda 14. Altrimenti passi alla domanda 15.

14. Lei o la/il Sua/Suo coniuge dovete sostenere spese per oggetti o dispositivi 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 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:** Lei potrebbe inoltre avere diritto ad ulteriori contributi da parte dello stato per altri costi Medicare in base ai programmi di risparmio Medicare. Per avviare il procedimento di domanda di adesione a un programma di risparmio Medicare, la Social Security provvederà a trasmettere i dati tratti da questo modulo al Suo stato di residenza, salvo Sue istruzioni in contrario. **Se desidera avere assistenza dai programmi di risparmio Medicare, non risponda a questa domanda. Apponga semplicemente la Sua firma e la data sul modulo, e sarà il Suo stato di residenza a contattarLa.**

Se **non** è interessato/a a presentare domanda per i programmi di risparmio Medicare, inserisca una nella casella di seguito

No, non invii i dati allo stato.



Firme

INFORMAZIONI IMPORTANTI - SI PREGA DI LEGGERE CON ATTENZIONE

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

Presentando questa richiesta autorizzo/autorizziamo la SSA a ottenere e divulgare informazioni relative al mio/nostro reddito, risorse e proprietà, in patria e all'estero, nel rispetto delle leggi sulla privacy. Tali informazioni possono comprendere, tra l'altro e senza limitazioni, 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 la SSA a comunicare allo stato le informazioni di carattere economico riportate in precedenza e altri dati di identificazione personale presi 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 è/sono a conoscenza che presentando questa richiesta dichiara/dichiarano sotto pena di spergiuro di aver esaminato tutti i dati contenuti in questo modulo e di averli trovati rispondenti al vero per quanto a me/noi è dato sapere.

La preghiamo di compilare la sezione A. Se è impossibilitato/a a firmare, un rappresentante può firmare in Sua vece. Se Lei è stato assistito nella compilazione, completi anche la sezione B.

Sezione A

Firma del richiedente:	Data:	Numero di () —
Firma della/del	Data:	
Recapito postale:	Interno n.:	
Città:	Stato:	Codice postale:

Se l'indirizzo è cambiato negli ultimi tre mesi, inserisca una qui: 

Se Lei preferisce indicare un'altra persona che potremo contattare in caso di ulteriori domande, inserisca di seguito il nome della persona e un numero di telefono nelle ore diurne.

Nome in	Cognome in stampatello:	Numero di () —
---------	-------------------------	--------------------

Sezione B

Se ha ricevuto assistenza da qualcuno, inserisca una nella casella che descrive la persona e inserisca le restanti informazioni richieste di seguito.

 Familiare	 Avvocato	 Altro procuratore	 Altro (specificare): _____
 Amico/a	 Agenzia	 Assistente	_____

Nome in	Cognome in stampatello:	Numero di () —
Indirizzo:	Interno n.:	
Città:	Stato:	Codice postale:



Legge sulla Privacy/Informativa sulla semplificazione amministrativa

L'art. 1860 D-14 del *Social Security Act* (Legge sulla Previdenza Sociale) autorizza la raccolta dei dati richiesti in questo modulo. I dati da Lei forniti saranno usati per consentire alla Social Security Administration (SSA) di stabilire se Lei ha i requisiti per ottenere contributi per il pagamento della parte a Suo carico dei costi del Piano medicinale su prescrizione Medicare. Lei non ha alcun obbligo di fornirci i dati richiesti; tuttavia, qualora decidesse di non fornirli, non saremo in grado di stabilire con precisione e tempestività se la Sua richiesta può essere accolta. Questa Amministrazione avrà facoltà di fornire i dati raccolti in questo modulo ad altri enti governativi federali, statali o locali che potranno così assisterci nell'accertamento dei Suoi requisiti iniziali o successivi ai fini degli aiuti supplementari richiesti, o nel caso che una legge federale imponga la comunicazione di informazioni. Inoltre può essere necessario comunicare le informazioni ad altri programmi SSA, se l'Amministrazione deve accertare i Suoi requisiti per questi programmi.

I dati da Lei forniti potranno inoltre essere utilizzati per verifiche computerizzate a fronte delle nostre risultanze. Per mezzo di programmi appositi, i nostri dati vengono raffrontati con quelli di altri enti governativi federali, statali o locali. Questi programmi possono essere utilizzati da molti enti per accertare o dimostrare che una determinata persona ha i requisiti per ottenere sussidi versati dal governo federale. La legge consente tale uso di questi dati anche senza il consenso dell'interessato. Presso gli uffici della Social Security potrà richiedere chiarimenti su questi e altri motivi che spiegano perché i dati da Lei forniti possono essere utilizzati o divulgati. Se desidera maggiori informazioni in merito a questo argomento, può rivolgersi a qualunque ufficio della Social Security.

Informativa ai sensi della legge sulla semplificazione amministrativa (*Paperwork Reduction Act*) — Questa raccolta 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 (Legge sulla semplificazione amministrativa) 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 Budget. Il tempo stimato per leggere le istruzioni, raccogliere i dati fattuali e rispondere alle domande è di circa 30 minuti. Può inviare commenti sul tempo di lettura stimato a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401 USA. **Si prega di inviare a questo indirizzo esclusivamente** commenti relativi alla stima del tempo necessario, e non il modulo compilato.

LA PREGHIAMO DI INVIARCI IL MODULO COMPILATO ALL'INDIRIZZO RIPORTATO SULL'ACCLUSA BUSTA PRE-AFFRANCATA CON INDIRIZZO PRESTAMPATO:

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