

Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης

Σημαντικές πληροφορίες



Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΧΕΙ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΚΑΙ ΜΟΝΟ ΣΚΟΠΟ. ΜΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΕΛΙΔΕΣ. ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΙΤΗΣΗ.

Μπορεί να δικαιούστε πρόσθετη βοήθεια για την πληρωμή των συνταγογραφημένων φαρμάκων σας.

Το πρόγραμμα συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare θα σας δώσει τη δυνατότητα επιλογής προγραμμάτων που προσφέρουν διάφορους τύπους κάλυψης. Μπορεί επίσης να δικαιούστε πρόσθετη βοήθεια για την πληρωμή των μηνιαίων ασφαλίσεων, των ετήσιων εκπιπτόμενων ποσών και των πληρωμών συμμετοχής που σχετίζονται με το πρόγραμμα συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare.

Ωστόσο, για να μπορούμε να σας βοηθήσουμε, θα **πρέπει να συμπληρώσετε την αίτηση, να την εσωκλείσετε στον παρεχόμενο φάκελο και να την ταχυδρομήσετε σήμερα**. Διαφορετικά, μπορείτε να συμπληρώσετε μια online αίτηση στη διεύθυνση www.socialsecurity.gov. Θα εξετάσουμε την αίτησή σας και θα σας στείλουμε μια επιστολή στην οποία θα σας γνωστοποιείται εάν έχετε δικαίωμα για πρόσθετη βοήθεια. Για να χρησιμοποιήσετε την πρόσθετη βοήθεια, πρέπει να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare.

Εάν χρειάζεστε βοήθεια για τη συμπλήρωση της αίτησης, επικοινωνήστε με την Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης στον αριθμό **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες στην ιστοσελίδα www.socialsecurity.gov.

Μπορεί επίσης να δικαιούστε βοήθεια από την πολιτεία στην οποία ζείτε για άλλες σχετικές με τη Medicare δαπάνες μέσα από τα Αποταμιευτικά Προγράμματα της Medicare. Με τη συμπλήρωση αυτής της φόρμας, θα αρχίσετε τη διαδικασία αίτησης για ένα Αποταμιευτικό Πρόγραμμα της Medicare. Θα στείλουμε πληροφορίες στους αρμόδιους της πολιτείας σας, οι οποίοι θα επικοινωνήσουν μαζί σας για να σας βοηθήσουν να υποβάλετε αίτηση για ένα Αποταμιευτικό Πρόγραμμα Medicare εκτός εάν καθορίσετε διαφορετικά μέσω απάντησης στην ερώτηση 15 αυτής της φόρμας.

Εάν χρειάζεστε πληροφορίες σχετικά με τα Αποταμιευτικά Προγράμματα της Medicare ή σχετικά με το πώς να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα, καλέστε **1-800-MEDICARE** (TTY **1-877-486-2048**) ή επισκεφτείτε τον ιστότοπο www.medicare.gov. Μπορείτε επίσης να ζητήσετε πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο επικοινωνίας με τους αρμόδιους για το Πρόγραμμα Αρωγής Ασφάλειας Υγείας (SHIP). Το πρόγραμμα SHIP προσφέρει βοήθεια για τις ερωτήσεις σας σχετικά με την Medicare.

Παρακαλούμε στείλτε σήμερα την αίτησή σας.

Michael J. Astrue
Επίτροπος



Γενικές οδηγίες για τη συμπλήρωση της αίτησης για πρόσθετη βοήθεια για το κόστος συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare

Εάν βοηθάτε κάποιον άλλο (ή άλλη) στη συμπλήρωση αυτής της αίτησης

Απαντήστε τις ερωτήσεις όπως ακριβώς θα τις απαντούσε αυτό το άτομο για τη συμπλήρωση της αίτησης. Θα πρέπει να γνωρίζετε τον αριθμό κοινωνικής ασφάλισης (Social Security Number) και τις πληροφορίες οικονομικού περιεχομένου του ατόμου. Επίσης, συμπληρώστε την Ενότητα Β στη σελίδα 6.

Λαμβάνετε τις παροχές Medicare και Συμπληρωματικό Εισόδημα Κοινωνικής Ασφάλισης (SSI) ή Medicare και Medicaid;

Εάν η απάντηση είναι **ΝΑΙ**, τότε μην συμπληρώσετε αυτή την αίτηση, γιατί θα λάβετε αυτόματα την πρόσθετη βοήθεια.

Πληρώνονται τα ασφάλιστρά σας για το Medicare από το πρόγραμμα Medicare της πολιτείας σας επειδή έχετε εγγραφεί σε ένα Αποταμιευτικό Πρόγραμμα Medicare;

Εάν η απάντηση είναι **ΝΑΙ**, επικοινωνήστε με το πολιτειακό γραφείο της Medicaid για περισσότερες πληροφορίες. Μπορείτε να λάβετε αυτόματα την πρόσθετη βοήθεια και μπορεί να μη χρειαστεί να συμπληρώσετε αυτή την αίτηση.

Πώς να συμπληρώσετε αυτή την αίτηση

- Χρησιμοποιήστε μόνο **ΜΑΥΡΟ ΜΕΛΑΝΙ**
- Διατηρήστε τους αριθμούς, τα γράμματα και τα μέσα στα τετραγωνάκια. Χρησιμοποιήστε μόνο κεφαλαίους χαρακτήρες.
- Μην προσθέτετε οποιαδήποτε χειρόγραφα σχόλια στην αίτηση
- Μη χρησιμοποιείτε το σήμα του δολαρίου (\$) όταν γράφετε χρηματικά ποσά και
- Μπορείτε να στρογγυλοποιήσετε τα σεντς στον πιο κοντινό ακέραιο αριθμό δολαρίων.



ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Σημειώστε ένα X στο τετραγωνάκι. ΜΗΝ καλύπτετε εξ ολοκλήρου τα τετραγωνάκια και μην γράφετε σημάδια τσεκαρίσματος σε αυτά.

↩
ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ



ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Χρησιμοποιείτε κεφαλαία όταν γράφετε απαντήσεις

A **B** **Γ** **Δ**

Συμπλήρωση της αίτησης

Μπορείτε να συμπληρώσετε την αίτηση στο Ίντερνετ στη διεύθυνση www.socialsecurity.gov, ή να χρησιμοποιήσετε τον παρεχόμενο προεκτυπωμένο και με πληρωμένο το ταχυδρομικό τέλος φάκελο για να επιστρέψετε τη συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη αίτησή σας στη διεύθυνση:

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

Στείλετε αυτό το πακέτο της αίτησης στον εσώκλειστο φάκελο. Μην βάλετε οτιδήποτε άλλο στο φάκελο. Εάν χρειάζομαστε περισσότερες πληροφορίες, θα επικοινωνήσουμε μαζί σας.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Για να υποβάλετε αίτηση, πρέπει να ζείτε σε μία από τις 50 πολιτείες ή στην District of Columbia.

Εάν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις ή εάν χρειάζεστε βοήθεια για τη συμπλήρωση αυτής της αίτησης

Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στον χωρίς χρέωση αριθμό **1-800-772-1213** ή, εάν πάσχετε από κώφωση ή δυσκολίες ακοής, μπορείτε να καλέσετε τον αριθμό ΤΤΥ **1-800-325-0778**.



Αίτηση για πρόσθετη βοήθεια με το κόστος συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare

ΑΥΤΗ ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΑΣ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΤΗΣ MEDICARE.

1. Όνομα αιτούντος: Γράψτε καθαρά το όνομα **όπως είναι στην κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης**. Χρησιμοποιήστε ένα τετραγωνάκι για κάθε χαρακτήρα.

ΚΥΡΙΟ ΟΝΟΜΑ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΤΙΤΛΟΣ (Κος, κλπ)

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)**

2. Εάν είστε **έγγαμος/η και ζείτε με τον/την σύζυγό σας**, παρακαλούμε συμπεριλάβετε τις παρακάτω πληροφορίες **όπως είναι στην κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης του/της συζύγου σας**. Εάν δεν είστε έγγαμος/η αυτή τη στιγμή, δεν ζείτε με τον/την σύζυγό σας ή είστε χήρος/α, συνεχίστε στην ερώτηση 3 και μη συμπεριλάβετε οποιεσδήποτε πληροφορίες σχετικά με τον/την σύζυγό σας σε αυτή την αίτηση.

ΚΥΡΙΟ ΟΝΟΜΑ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΤΙΤΛΟΣ (Κος, κλπ)

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΣΥΖΥΓΟΥ (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)**

Εάν ο/η σύζυγός σας έχει Medicare, θέλει κι ο ίδιος/η ίδια να υποβάλει αίτηση για πρόσθετη βοήθεια;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

3. Εάν είστε **έγγαμος/η και ζείτε με τον/την σύζυγό σας**, έχετε αποταμιεύσεις, επενδύσεις ή ακίνητη περιουσία με αξία άνω των \$25.260; Εάν δεν είστε έγγαμος/η ή δεν ζείτε με τον/την σύζυγό σας, υπερβαίνει η αξία των παραπάνω το ποσό των \$12.640; **ΜΗΝ συνυπολογίζετε το σπίτι στο οποίο μένετε, οχήματα, προσωπικά περιουσιακά στοιχεία, χώρους ταφής, ανέκκλητα συμβόλαια ταφής ή επιστροφές πληρωμών από την Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης ή συμπληρωματικού εισοδήματος SSI.**

ΝΑΙ Εάν βάλατε ένα σημάδι στο τετραγωνάκι **ΝΑΙ**, τότε δεν δικαιούστε την πρόσθετη βοήθεια. Ωστόσο, η πολιτεία σας μπορεί να είναι σε θέση να σας βοηθήσει με τις σχετιζόμενες με την Medicare δαπάνες μέσω των Αποταμιευτικών Προγραμμάτων Medicare. Για να αρχίσετε τη διαδικασία της αίτησης για τα Αποταμιευτικά Προγράμματα Medicare, πηγαίνετε στη σελίδα 6, υπογράψτε αυτή την αίτηση και στείλτε την σε μας. Εάν δεν σας ενδιαφέρουν τα Αποταμιευτικά Προγράμματα Medicare, πηγαίνετε στην ερώτηση 15 στη σελίδα 5.

ΟΧΙ ή ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η Εάν βάλατε ένα σημάδι στο τετραγωνάκι **ΟΧΙ** ή στο τετραγωνάκι **ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η**, συμπληρώστε το υπόλοιπο αυτής της αίτησης και στείλτε την σε μας.



Εάν βάλατε ένα σημάδι στο τετραγωνάκι **ΟΧΙ** ή **ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η** στην ερώτηση 3, απαντήστε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις. Εάν είστε παντρεμένος/η και μένετε με το/τη σύζυγό σας, πρέπει να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις και για τους δύο σας.

4. Καταχωρίστε παρακάτω τα χρήματα που έχετε σε όλους τους τραπεζικούς λογαριασμούς, επενδύσεις ή μετρητά, είτε εσείς, είτε ο/η σύζυγός σας (εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί) ή και οι δύο. Συμπεριλάβετε επίσης αντικείμενα που οποιοσδήποτε από εσάς κατέχει μαζί με άλλο πρόσωπο. Συμπεριλάβετε μόνο τα ποσά σε δολάρια, όχι τους αριθμούς λογαριασμών. Εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας δεν κατέχετε κάποιο αντικείμενο που αναφέρεται, είτε ατομικά, είτε μαζί με άλλο πρόσωπο, σημειώστε με το τετραγωνάκι **ΤΙΠΟΤΑ**. **ΜΗΝ** συμπεριλάβετε μια επιστροφή πληρωμής από την Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης ή πληρωμή συμπληρωματικού εισοδήματος SSI που λάβατε κατά τους τελευταίους 10 μήνες.

• Σύνολο όλων των τραπεζικών λογαριασμών (επιταγών, αποταμιευτικών και πιστοποιητικών καταθέσεων)	<input type="checkbox"/> ΤΙΠΟΤΑ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Σύνολο όλων των μετοχών, ομολόγων, αποταμιευτικών ομολόγων, αμοιβαίων κεφαλαίων ατομικών συνταξιοδοτικών λογαριασμών ή άλλων παρόμοιων επενδύσεων	<input type="checkbox"/> ΤΙΠΟΤΑ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Οποιαδήποτε άλλα μετρητά στο σπίτι ή οπουδήποτε αλλού	<input type="checkbox"/> ΤΙΠΟΤΑ	\$ <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. Θα χρησιμοποιηθούν κάποια χρήματα από τους πόρους που αναφέρονται στην ερώτηση 4 για την πληρωμή εξόδων κηδειών ή ταφής;

Εάν **ΝΑΙ**, συνεχίστε στην ερώτηση 6.

Εάν **ΟΧΙ**, σημειώστε ένα στο τετραγωνάκι **ΟΧΙ** και συνεχίστε στην ερώτηση 6.

ΕΣΕΙΣ: **ΟΧΙ**

ΣΥΖΥΓΟΣ: **ΟΧΙ**

6. Εκτός από το σπίτι σας και το οικόπεδο στο οποίο βρίσκεται, κατέχετε εσείς ή ο/η σύζυγός σας, εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί, οποιαδήποτε άλλη ακίνητη περιουσία; Παραδείγματα ακίνητης περιουσίας περιλαμβάνουν εξοχικά σπίτια, ενοικιαζόμενα ακίνητα, ή οικόπεδα χωρίς κτίσματα που κατέχετε και που είναι ξεχωριστά από το σπίτι σας.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

7. Χωρίς να υπολογίζετε τον/την σύζυγό σας εάν είστε παντρεμένοι, πόσοι άλλοι συγγενείς ζουν στο σπίτι σας και λαμβάνουν **τουλάχιστον το ήμισυ** της οικονομικής τους υποστήριξης από εσάς ή τον/την σύζυγό σας; Οι συγγενείς μπορεί να συμπεριλαμβάνουν οποιονδήποτε σχετίζεται με σας μέσω δεσμούς αίματος, γάμου, ή υιοθεσίας.

Σημειώστε με ένα μόνο τετραγωνάκι. **Μην συμπεριλάβετε τον εαυτό σας ή τον/την σύζυγό σας σ' αυτό τον αριθμό.** Εάν στο σπίτι σας μένετε μόνο εσείς ή εσείς και ο/η σύζυγός σας, σημειώστε με ένα το τετραγωνάκι **ΚΑΝΕΝΑΣ**.

ΚΑΝΕΝΑΣ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ή περισσότεροι



8. Εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας, εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί, λαμβάνετε εισόδημα από οποιοσδήποτε από τις πηγές που αναφέρονται παρακάτω, πρέπει να απαντήσετε τις ερωτήσεις και για τους δύο σας. Παρακαλούμε καταχωρίστε το συνολικό ποσό που λαμβάνετε κάθε μήνα. Εάν το ποσό αυτό αλλάζει από μήνα σε μήνα ή δεν το λαμβάνετε κάθε μήνα, καταχωρίστε το μέσο μηνιαίο εισόδημα για το περασμένο έτος για κάθε τύπο στα κατάλληλα πλαίσια. Μην αναφέρετε μισθούς και εισόδημα από αυτοαπασχόληση, εισόδημα από τόκους, βοηθήματα από το δημόσιο, ιατρικές αποζημιώσεις ή πληρωμές από υιοθεσίες στο παρόν. Εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας δεν λαμβάνετε εισόδημα από οποιαδήποτε από τις πηγές που αναφέρονται παρακάτω, σημειώστε με το τετραγωνάκι **ΤΙΠΟΤΑ** για αυτή την πηγή.

		Μηνιαίες παροχές
• Παροχές κοινωνικής ασφάλισης πριν τις μειώσεις	<input type="checkbox"/> ΤΙΠΟΤΑ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Παροχές υπαλλήλων σιδηροδρόμων (Railroad Retirement benefits) πριν από τις μειώσεις	<input type="checkbox"/> ΤΙΠΟΤΑ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Παροχές βετεράνων (Veterans benefits) πριν από τις μειώσεις	<input type="checkbox"/> ΤΙΠΟΤΑ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Άλλες συντάξεις ή προγράμματα μηνιαίων παροχών πριν από τις μειώσεις. Μην συμπεριλαμβάνετε χρήματα που λαμβάνετε από οποιοδήποτε στοιχείο που περιλαμβάνεται στην ερώτηση 4.	<input type="checkbox"/> ΤΙΠΟΤΑ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Άλλο εισόδημα που δεν αναφέρεται παραπάνω, συμπεριλαμβανομένων των ποσών συζυγικής διατροφής, του καθαρού εισοδήματος από ενοίκια, της αποζημίωσης εργατικών ατυχημάτων (worker's comp), των ιδιωτικών ή πολιτειακών πληρωμών αναπηρίας κλπ. (Καθορίστε): _____	<input type="checkbox"/> ΤΙΠΟΤΑ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. Έχει μειωθεί οποιοδήποτε από τα ποσά που συμπεριλάβατε στην ερώτηση 8 κατά τα τελευταία δύο έτη;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν εργαστήκατε κατά τα τελευταία δύο έτη, πρέπει να απαντήσετε στις ερωτήσεις 10-14. Εάν είστε παντρεμένος/η και ζείτε με τον/την σύζυγό σας και οποιοσδήποτε από εσάς έχει εργαστεί τα περασμένα δύο έτη, πρέπει να απαντήσετε στις ερωτήσεις 10-14. Διαφορετικά, συνεχίστε στην ερώτηση 15.

10. Τι αναμένετε να κερδίσετε σε μισθούς, πριν από φόρους και μειώσεις/παρακρατήσεις σε αυτό το ημερολογιακό έτος;

ΕΣΕΙΣ: ΤΙΠΟΤΑ \$, .

ΣΥΖΥΓΟΣ: ΤΙΠΟΤΑ \$, .



11. Ποια αναμένετε ότι θα είναι τα καθαρά σας κέρδη από αυτοαπασχόληση σε αυτό το ημερολογιακό έτος; Σημειώστε ένα στο πλαίσιο ΤΙΠΟΤΑ εάν δεν είστε αυτοαπασχολούμενος και συνεχίστε στην ερώτηση 12.

ΕΣΕΙΣ: ΤΙΠΟΤΑ \$, .

ΣΥΖΥΓΟΣ: ΤΙΠΟΤΑ \$, .

Σημειώστε εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας αναμένει καθαρές ζημιές.



ΕΣΕΙΣ: ΣΥΖΥΓΟΣ:

12. Έχει μειωθεί οποιοδήποτε από τα ποσά που συμπεριλάβατε στις ερωτήσεις 10 ή 11 κατά τα τελευταία δύο έτη;

ΝΑΙ ΟΧΙ

13. Εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας σταματήσατε να εργάζεστε το 2010 ή το 2011 ή σχεδιάζετε να σταματήσετε να εργάζεστε το 2011 ή το 2012, αναφέρετε το μήνα και το έτος.



ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Σεπτέμβριο, γράψτε ένα μηδέν (0) στο πρώτο πλαίσιο. Ο Μάιος του 2010 πρέπει να αναγραφεί ως εξής:

M M E E E E

ΕΣΕΙΣ:
M M E E E E

ΣΥΖΥΓΟΣ:
M M E E E E

Εάν είστε νεότερος από 65 ετών, απαντήστε την ερώτηση 14. Εάν είστε παντρεμένος/η και ζείτε με τον/την σύζυγό σας και οποιοσδήποτε από εσάς είναι νεότερος από 65 ετών, συνεχίστε στην ερώτηση 14. Διαφορετικά, συνεχίστε στην ερώτηση 15.

14. Πρέπει εσείς ή ο/η σύζυγός σας να πληρώνετε για αντικείμενα που σας δίνουν δυνατότητα να εργάζεστε; Θα λάβουμε υπόψη μόνο ένα μέρος των κερδών σας για το όριο εισοδήματος, εάν εργάζεστε και λαμβάνετε παροχές Κοινωνικής Ασφάλισης που βασίζονται σε ανικανότητα ή τύφλωση και έχετε έξοδα σχετιζόμενα με εργασία για τα οποία δεν αποζημιώνεστε. Παραδείγματα αυτών των εξόδων είναι: το κόστος ιατρικής περίθαλψης και φαρμάκων για AIDS, καρκίνο, κατάθλιψη ή επιληψία, για αναπηρική πολυθρόνα, για υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας, για τροποποιήσεις στο αυτοκίνητό σας, για οδηγό ή άλλες ανάγκες μεταφοράς που σχετίζονται με την εργασία σας. Επίσης, για βοηθητική τεχνολογία για την εργασία σας, για έξοδα οδηγού-σκύλου, για βοηθήματα αφής και όρασης και για μεταφράσεις στο σύστημα Μπράιγ.

ΕΣΕΙΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΥΖΥΓΟΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

15. Πληροφορίες σχετικά με τα Αποταμιευτικά Προγράμματα Medicare: Μπορεί επίσης να δικαιούστε βοήθεια από την πολιτεία στην οποία ζείτε για άλλες σχετιζόμενες με τη Medicare δαπάνες μέσα από τα Αποταμιευτικά Προγράμματα της Medicare. Για να αρχίσετε τη διαδικασία της αίτησής σας για τα Αποταμιευτικά Προγράμματα Medicare, η Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης θα στείλει πληροφορίες από αυτό το έντυπο στην πολιτεία σας εκτός εάν μας πείτε συγκεκριμένα να μην το κάνουμε αυτό. Εάν θέλετε να λάβετε βοήθεια από τα Αποταμιευτικά Προγράμματα Medicare, μην συμπληρώσετε αυτή την ερώτηση. Απλά υπογράψτε και γράψτε την ημερομηνία στην αίτηση και οι αρμόδιοι της πολιτείας σας θα επικοινωνήσουν μαζί σας.

Εάν δεν θέλετε να υποβάλετε αίτηση για τα Αποταμιευτικά Προγράμματα Medicare, σημειώστε ένα στο παρακάτω πλαίσιο.



Όχι, δεν θέλω να στείλετε τις πληροφορίες στην πολιτεία.



Υπογραφές ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Εγώ (εμείς) κατανοώ (κατανοούμε) ότι η Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης (Social Security Administration - SSA) θα ελέγξει τις δηλώσεις μου (μας) και θα τις συγκρίνει με τα αρχεία σε Ομοσπονδιακές, Πολιτειακές και τοπικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της Υπηρεσίας Δημοσίων Εσόδων (Internal Revenue Service) για να βεβαιωθεί ότι ο καθορισμός είναι ακριβής.

Με την υποβολή της παρούσας αίτησης, εγώ (εμείς) εξουσιοδοτώ (εξουσιοδοτούμε) την Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης (SSA) να λάβει και αποκαλύψει πληροφορίες που σχετίζονται με το εισόδημά μου (μας), τους πόρους και τα περιουσιακά στοιχεία, στο εσωτερικό και εξωτερικό, σε συμφωνία με τους ισχύοντες νόμους περί προσωπικού απορρήτου. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να περιλαμβάνουν, χωρίς περιορισμό, πληροφορίες σχετικές με τους μισθούς μου (μας), υπόλοιπα λογαριασμών, επενδύσεις, παροχές και συντάξεις.

Εκτός κι αν απάντησα/απάντησαμε «Όχι» στην ερώτηση 15, εγώ/εμείς εξουσιοδοτούμε την Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης (SSA) να γνωστοποιήσει στην πολιτεία τις πληροφορίες οικονομικού περιεχομένου που αναφέρονται παραπάνω και άλλες ατομικές αναγνωρίσιμες πληροφορίες από το φάκελό μου/μας, όπως το/τα όνομα/ονόματά μας, τις ημερομηνίες γέννησης, φύλο και αριθμό(αριθμούς) κοινωνικής ασφάλισης για να ξεκινήσει η διαδικασία της αίτησης για τα Αποταμειωτικά Προγράμματα Medicare.

Εγώ (εμείς) δηλώνω (δηλώνουμε) υπεύθυνα και με πλήρη επίγνωση του νόμου περί ψευδορκίας ότι εγώ (εμείς) έχω (έχουμε) εξετάσει όλες τις πληροφορίες σε αυτό το έντυπο και ότι είναι αληθείς και ορθές σύμφωνα με τα όσα γνωρίζω (γνωρίζουμε).

Παρακαλείστε να συμπληρώσετε την Ενότητα Α. Εάν δεν μπορείτε να υπογράψετε, μπορεί να υπογράψει κάποιος εκπρόσωπός σας για σας. Εάν κάποιος σας βοήθησε, συμπληρώστε επίσης την Ενότητα Β.

Ενότητα Α

Η υπογραφή σας:	Ημερομηνία:	Τηλεφωνικός αριθμός: (_____) _____ — _____
Υπογραφή συζύγου:	Ημερομηνία:	
Ταχυδρομική διεύθυνση:	Αρ. διαμ/τος.:	
Πόλη:	Πολιτεία:	Ταχυδρομικός κώδικας:

Εάν έχετε αλλάξει την ταχυδρομική σας διεύθυνση εντός των τριών τελευταίων μηνών, σημειώστε ένα εδώ: ██████████

Εάν θα θέλατε να επικοινωνήσουμε με κάποιον άλλο για περισσότερες ερωτήσεις που μπορεί να έχουμε, παρακαλούμε να μας γνωστοποιήσετε τον αριθμό τηλεφώνου και τη διεύθυνσή του (της).

Κύριο Όνομα:	Επώνυμο:	Τηλεφωνικός αριθμός: (_____) _____ — _____
--------------	----------	---

Ενότητα Β

Εάν σας βοήθησε κάποιος άλλος, σημειώστε ένα στο τετραγωνάκι που περιγράφει αυτό το άτομο και δώστε τις υπόλοιπες πληροφορίες που ζητούνται παρακάτω.

<input type="checkbox"/> Μέλος οικογένειας	<input type="checkbox"/> Δικηγόρος	<input type="checkbox"/> Άλλος εκπρόσωπος	<input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε): _____
<input type="checkbox"/> Φίλος	<input type="checkbox"/> Υπηρεσία	<input type="checkbox"/> Κοινωνικός λειτουργός	_____

Κύριο Όνομα:	Επώνυμο:	Τηλεφωνικός αριθμός: (_____) _____ — _____
Διεύθυνση:	Αρ. διαμ/τος.:	
Πόλη:	Πολιτεία:	Ταχυδρομικός κώδικας:



Πράξη περί προσωπικού απορρήτου / Σημείωση περιορισμού γραφειοκρατίας

Η ενότητα 1860 D-14 της Πράξης Κοινωνικής Ασφάλισης (Social Security Act), εξουσιοδοτεί τη συλλογή πληροφοριών που απαιτούνται σε αυτό το έντυπο. Οι πληροφορίες που παρέχονται, θα χρησιμοποιηθούν για να καταστήσουν ικανή την Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης (SSA) να καθορίσει εάν δικαιούστε βοήθεια για την πληρωμή του μεριδίου σας στο κόστος του προγράμματος συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare. Δεν είναι υποχρεωτικό να δώσετε τις πληροφορίες που αιτούνται. Ωστόσο, εάν δεν δώσετε τις πληροφορίες, δεν θα είμαστε σε θέση να λάβουμε ακριβή και έγκαιρη απόφαση στην αίτησή σας. Μπορεί να μεταβιβάσουμε πληροφορίες που συλλέγονται σε αυτό το έντυπο σε άλλες Ομοσπονδιακές, Πολιτειακές ή τοπικές κρατικές υπηρεσίες για να λάβουμε βοήθεια στον καθορισμό της καταλληλότητάς σας για πρόσθετη βοήθεια, εάν το Ομοσπονδιακό Δίκαιο απαιτεί την αποκάλυψη πληροφοριών. Μπορεί επίσης να χρειαστεί να μοιραστούμε αυτές τις πληροφορίες με άλλα προγράμματα Κοινωνικής Ασφάλισης εάν η Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης χρειάζεται να καθορίσει την καταλληλότητά σας για αυτά τα προγράμματα.

Μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες που μας παρέχετε για να τις διασταυρώσουμε με στοιχεία μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Ειδικά προγράμματα διασταύρωσης πληροφοριών συγκρίνουν τα αρχεία μας με αυτά των Ομοσπονδιακών, Πολιτειακών, ή τοπικών κρατικών υπηρεσιών. Πολλές υπηρεσίες μπορεί να χρησιμοποιούν προγράμματα διασταύρωσης πληροφοριών για την εύρεση ή απόδειξη του ότι κάποιο πρόσωπο είναι κατάλληλο για παροχές από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση. Ο νόμος μας επιτρέπει να το κάνουμε αυτό, ακόμη κι αν δεν συμφωνείτε. Εξηγήσεις για αυτούς και άλλους λόγους σχετικά με το γιατί οι πληροφορίες που μας παρέχετε μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να αποκαλυφθούν, διατίθενται στα γραφεία της Υπηρεσίας Κοινωνικής Ασφάλισης. Εάν θέλετε να μάθετε περισσότερα σχετικά με αυτό, επικοινωνήστε με οποιοδήποτε γραφείο της Υπηρεσίας Κοινωνικής Ασφάλισης.

Δήλωση πράξης περιορισμού γραφειοκρατίας – Αυτή η συλλογή πληροφοριών ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του κώδικα 44 U.S.C. § 3507, όπως έχει τροποποιηθεί από την ενότητα 2 της Πράξης Περιορισμού Γραφειοκρατίας (Paperwork Reduction Act) του 1995. . Δεν χρειάζεται να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις, εκτός εάν επιδείξουμε έγκυρο αριθμό ελέγχου του Γραφείου Διαχείρισης και Προϋπολογισμού (Office of Management and Budget). Υπολογίζουμε ότι θα χρειαστείτε περίπου 30 λεπτά για να διαβάσετε τις οδηγίες, να συλλέξετε τα δεδομένα και να απαντήσετε στις ερωτήσεις. Μπορείτε να μας στείλετε σχόλια σχετικά με τον υπολογισμό που κάναμε για το χρόνο αυτό, στη διεύθυνση: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Στείλτε μόνο σχόλια σχετικά με το δικό μας υπολογισμό χρόνου σε αυτή τη διεύθυνση, όχι το συμπληρωμένο έντυπο.**

ΣΤΕΙΛΑΤΕ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΕ ΜΑΣ, ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΥ
ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΟΝ ΕΣΩΚΛΕΙΣΤΟ ΦΑΚΕΛΟ ΜΕ ΠΡΟΕΚΤΥΠΩΜΕΝΗ ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟ ΤΕΛΟΣ.

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