

Social Security Administration (Administration de la Sécurité sociale américaine) Informations importantes



**CETTE PAGE EST UNIQUEMENT UNE ANNEXE EXPLICATIVE.
NE PAS REMPLIR LES PAGES QUI SUIVENT. CECI N'EST PAS UN
FORMULAIRE DE DEMANDE.**

Il se peut que vous remplissiez les conditions requises pour obtenir une aide supplémentaire pour le règlement de vos médicaments sur ordonnance.

Le programme médicaments sur ordonnance de Medicare (Medicare Prescription Drug program) vous propose divers plans de prise en charge des ordonnances assortis de divers types de couverture. Il se peut, en outre, que vous puissiez obtenir une aide supplémentaire pour le règlement des primes mensuelles, des franchises annuelles et du tiers payant (ou « ticket modérateur ») en relation avec le programme médicaments sur ordonnance de Medicare.

Mais avant que nous puissions vous aider, **vous devez remplir le formulaire de demande, le glisser dans l'enveloppe jointe et nous le renvoyer dès aujourd'hui.** Vous pouvez également effectuer votre demande en ligne sur le site www.socialsecurity.gov. Nous étudierons votre demande et vous enverrons une lettre pour vous indiquer si vous êtes en droit de bénéficier d'une aide supplémentaire. Pour bénéficier de cette aide supplémentaire, vous devez vous inscrire à un programme médicaments sur ordonnance de Medicare.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande, appelez la Sécurité sociale en composant le 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Vous trouverez de plus amples informations sur le site www.socialsecurity.gov.

Il est également possible que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'une aide allouée par l'État dans lequel vous résidez pour la prise en charge d'autres coûts Medicare dans le cadre des programmes d'épargne Medicare (Medicare Savings Programs). En remplissant ce formulaire, vous commencerez votre processus de demande d'ouverture de droits au titre d'un programme d'épargne Medicare. À moins que vous ne nous demandiez de nous en abstenir, en répondant à la question 15 de ce formulaire, nous communiquerons des informations à l'État dans lequel vous résidez, qui vous contactera pour vous aider à soumettre votre demande en relation avec un programme d'épargne Medicare.

Pour plus d'informations sur les programmes d'épargne Medicare, les programmes médicaments sur ordonnance de Medicare ou les démarches à effectuer pour adhérer à un programme, appelez **1 800 MEDICARE (TTY 1-877-486-2048)** ou consultez le site www.medicare.gov. Vous pouvez également demander des informations quant à la manière de contacter votre programme d'État pour l'aide en matière d'assurance maladie (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Le SHIP vous apporte une aide pour répondre aux questions que vous vous posez au sujet de Medicare.

Envoyez votre demande par courrier dès aujourd'hui.

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

Michael J. Astrue
Commissaire



Instructions générales pour remplir la demande d'aide supplémentaire au paiement des coûts liés au programme médicaments sur ordonnance de Medicare

Si vous aidez une autre personne à remplir cette demande

Répondez aux questions comme si c'était cette personne qui remplissait le formulaire. Vous devez connaître le numéro de Sécurité sociale et certaines informations sur la situation financière de cette personne. Vous devez également remplir la Section B en page 6.

Bénéficiez-vous de Medicare et d'un complément de revenu de Sécurité sociale (Supplemental Security Income, SSI), ou bien de Medicare et de Medicaid?

Si la réponse est **OUI**, ne remplissez pas cette demande parce que vous allez automatiquement bénéficier de cette aide supplémentaire.

Est-ce que le programme Medicaid de votre État prend en charge vos primes Medicare parce que vous relevez d'un programme d'épargne Medicare?

Si la réponse est **OUI**, contactez le bureau Medicaid de votre État pour plus d'informations. Il se peut que vous bénéficiiez automatiquement de cette aide supplémentaire et que vous n'ayez pas besoin de remplir cette demande.

Comment remplir cette demande

- Utilisez uniquement de **L'ENCRE NOIRE**;
- **Aucun chiffre, aucune lettre ou coche (X) ne doit dépasser des cases. À remplir exclusivement en CAPITALES d'imprimerie;**
- N'ajoutez pas de surcharges manuscrites sur votre demande;
- N'accompagnez pas les montants du symbole du dollar; et
- Les cents peuvent être arrondis au dollar le plus proche.

EXEMPLE

Cochez la case d'un X. NE remplissez PAS les cases et ne les cochez pas ainsi.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

CORRECT | **INCORRECT**

EXEMPLE

Utilisez uniquement des capitales d'imprimerie pour inscrire vos réponses.

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

Pour effectuer votre demande

Vous pouvez remplir votre demande en ligne sur le site www.socialsecurity.gov ou utiliser l'enveloppe ci-jointe pour renvoyer votre demande dûment complétée et signée à cette adresse :

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

Renvoyez le dossier dans l'enveloppe jointe. N'y ajoutez pas d'autres pièces. Si nous avons besoin d'un complément d'information, nous vous contacterons.

REMARQUE: Pour être en droit de soumettre une demande d'ouverture de droits, vous devez vivre dans l'un des 50 États ou dans le District of Columbia.

Si vous avez des questions ou bien si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande

Appelez-nous en composant le **1-800-772-1213** (appel gratuit). Si vous êtes sourd(e) ou malentendant(e), composez le **1-800-325-0778**.



Demande d'aide supplémentaire au paiement des coûts liés au programme médicaments sur ordonnance de Medicare

IL S'AGIT D'UNE DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE ET NON D'UNE ADHÉSION À UN PROGRAMME MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE DE MEDICARE.

1. Nom du demandeur (à indiquer en caractères d'imprimerie tel qu'il figure sur la carte de Sécurité sociale, une lettre par case).

PRÉNOM

NOM

INITIALE DU 2^E. PRÉNOM

SUFFIXE (Jr., Sr., etc.)

NUMERO DE SECURITE SOCIALE DU DEMANDEUR

DATE DE NAISSANCE DU DEMANDEUR (MM-JJ-AAAA)

2. Si vous êtes **marié(e) et que vous vivez avec votre conjoint(e)**, veuillez fournir les renseignements ci-après, **tels qu'ils figurent sur la carte de sécurité sociale de votre conjoint(e)**. Si vous n'êtes actuellement pas marié(e), si vous ne vivez pas avec votre conjoint(e) ou si vous êtes veuf/veuve, passez directement à la question 3 et ne faites pas figurer de renseignements relatifs à votre conjoint(e) sur cette demande.

PRÉNOM

NOM

INITIALE DU 2^E PRÉNOM

SUFFIXE (Jr., Sr., etc.)

NUMERO DE SECURITE SOCIALE DE VOTRE CONJOINT(E)

DATE DE NAISSANCE DE VOTRE CONJOINT(E) (MM-JJ-AAAA)

Si votre conjoint(e) bénéficie de Medicare, souhaite-il ou elle également demander à bénéficier de cette aide supplémentaire ?

OUI

NON

3. Si vous êtes **marié(e) et que vous vivez avec votre conjoint(e)**, disposez-vous d'une épargne, d'investissements et de biens immobiliers d'une valeur supérieure à 25 260 USD ? Si vous n'êtes pas marié(e), ou si vous ne vivez pas avec votre conjoint(e), la valeur de ces biens excède-t-elle 12 640 USD ? **Ne prenez PAS en compte la valeur de votre domicile, ni celle de vos véhicules, biens personnels, concessions funéraires, contrats funéraires irrévocables et arriérés de paiement de Sécurité sociale ou au titre du SSI.**

OUI

Si vous avez coché d'un la case OUI, vous ne remplissez pas les conditions requises pour bénéficier d'une aide supplémentaire. Il est néanmoins possible que l'État dans lequel vous résidez soit en mesure de vous aider à prendre en charge les coûts supportés par vous au titre de Medicare par le biais des programmes d'épargne Medicare mis en place par lui. Pour commencer le processus de demande d'ouverture de droit au titre des programmes d'épargne Medicare, passez à la page 6, signez ce formulaire de demande et retournez-le-nous. Si vous n'êtes pas intéressé(e) par les programmes d'épargne Medicare, passez directement à la question 15, page 5.

NON ou NE SAIS PAS

Si vous avez coché d'un la case NON ou NE SAIS PAS, veuillez compléter le reste de cette demande et nous la renvoyer.



Si vous avez coché d'un X la case NON ou NE SAIS PAS à la question 3, veuillez répondre à l'ensemble des questions suivantes. Si vous êtes marié(e) et que vous vivez avec votre conjoint(e), vous devez répondre à toutes les questions pour vous deux.

4. Veuillez indiquer dans les cases ci-après les montants dont vous ou votre conjoint si vous êtes marié(e) et que vous vivez au sein du même foyer, ou vous conjointement, êtes en possession sur tous vos comptes bancaires, comptes d'épargne/investissement ou en espèces. Veuillez préciser les biens dont chacun d'entre vous est en possession avec une autre personne. Veuillez préciser uniquement les montants en dollars, pas le numéro de compte. Si vous ou votre conjoint(e) ne possédez pas l'un des éléments énumérés, séparément, conjointement ou avec une autre personne, veuillez cocher d'un la case **AUCUN**. N'incluez **PAS** les arriérés de paiement reçus au titre de la Sécurité sociale ou du SSI reçus au cours des 10 derniers mois.

• Total combiné de tous les comptes bancaires (chèque, épargne et certificats de dépôt)	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Total combiné de toutes les actions, les obligations et de tous les bons d'épargne, fonds communs de placement, plans d'épargne retraite personnels ou autres investissements similaires	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Autres espèces détenues à domicile ou ailleurs	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <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. Prévoyez-vous d'utiliser les montants provenant des sources énumérées à la question 4 pour régler des frais de funérailles ou d'enterrement?

Si OUI, passez directement à la question 6.

Si NON, cochez la case correspondante d'un , puis passez à la question 6.

VOIS: **NON** **CONJOINT(E):** **NON**

6. En dehors de votre résidence principale et du terrain sur lequel elle est située, est-ce que vous (ou votre conjoint(e), si vous êtes marié(e) et que vous vivez au sein du même foyer) possédez des biens immobiliers ? Au nombre des autres biens immobiliers, indiquez toutes maisons de vacances, les biens à louer et terrains non bâtis que vous possédez.

OUI **NON**

7. Sans compter votre conjoint(e) si vous êtes marié(e), combien d'autres membres de votre famille vivent-ils au sein de votre foyer et reçoivent **au moins la moitié** de leur soutien financier de votre part ou de celle de votre conjoint(e) ? Par membres de la famille, nous prenons en compte les parents par le sang, par alliance ou adoption.

Cochez une seule case d'un . **Le nombre que vous indiquez doit tenir compte des personnes concernées, en dehors de vous-même et de votre conjoint(e).** Si votre foyer ne comporte qu'une ou deux personnes, vous-même, ou bien vous-même et votre conjoint(e), marquez d'un la case **AUCUN**.

AUCUN **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9 ou plus**



8. Si vous, ou votre conjoint(e), si vous êtes marié(e) et que vous vivez ensemble, percevez un **revenu** de l'une ou l'autre des sources énumérées ci-après, vous devez répondre aux questions pour tous les deux. Veuillez indiquer le montant total que vous recevez chaque mois. **Si le montant varie d'un mois sur l'autre, ou si vous ne recevez pas de versements tous les mois, indiquez le revenu mensuel moyen pour l'année écoulée et pour chaque catégorie** dans les cases prévues à cet effet. Ne mentionnez pas ici les revenus salariaux ou acquis en qualité de travailleur indépendant, les revenus en intérêts, l'aide sociale, le remboursement des frais médicaux ou les paiements versés aux familles d'accueil. Si votre conjoint(e) ou vous-même ne percevez aucun revenu de l'une quelconque des sources énumérées ci-après, cochez d'un la case correspondante **AUCUN** ci-après.

		Prestations mensuelles
• Prestations de Sécurité sociale avant déductions	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Retraite des chemins de fer avant déductions	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Prestations anciens combattants avant déductions	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Autres retraites ou pensions avant déductions . Ne pas faire figurer les sommes reçues au titre d'une prestation que vous avez mentionnée à la question 4.	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Autre revenu non pris en compte précédemment, y compris les pensions alimentaires, revenus locatifs nets, indemnités au titre d'accident du travail, pensions d'invalidité d'État ou privées, etc. (préciser):	<input type="checkbox"/> AUCUN	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. L'un ou l'autre des montants inclus par vous à la question 8 a-t-il diminué au cours des deux dernières années ?

OUI NON

Si vous avez travaillé au cours des deux dernières années, répondez aux questions 10 à 14. Si vous êtes marié(e) et que vous vivez avec votre conjoint(e) et que ni vous ni votre conjoint(e) n'avez travaillé au cours des deux dernières années, vous devez répondre aux questions 10 à 14. Dans le cas contraire, passez directement à la question 15.

10. Quelles sont vos prévisions de revenus avant impôt et déductions **pour cette année civile?**

VOUS: AUCUN \$, .

CONJOINT(E): AUCUN \$, .



11. Si vous avez la qualité de travailleur indépendant, quelles sont vos prévisions de bénéfices nets ou de pertes nettes pour cette année civile?

Si vous n'exercez pas une activité en qualité de travailleur indépendant, placez un dans la case AUCUN et passez à la question 12.

VOUS: AUCUN \$, .

CONJOINT(E): AUCUN \$, .

Si vous ou votre conjoint(e) prévoyez une perte nette, placez un dans la ou les cases correspondantes.



VOUS: CONJOINT(E):

12. Les montants inclus dans vos réponses aux questions 10 ou 11 ont-ils diminué au cours des deux dernières années ?

OUI NON

13. Si vous ou votre conjoint(e) avez cessé de travailler en 2010 ou 2011, ou si vous prévoyez de le faire en 2011 ou 2012, indiquez le mois et l'année de votre cessation d'activité.



EXEMPLE

Pour janvier à septembre, cochez la première case d'un zéro (0). Mai 2010 s'inscrira ainsi:

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

VOUS:
M M A A A A

CONJOINT(E):
M M A A A A

Si vous avez moins de 65 ans, répondez à la question 14. Si vous êtes marié(e) et que vous vivez avec votre conjoint(e), et que votre conjoint(e) ou vous-même êtes âgés de moins de 65 ans, passez à la question 14. Dans le cas contraire, passez directement à la question 15.

14. Est-ce que vous ou votre conjoint(e) devez effectuer certaines dépenses qui vous permettent de travailler ? Nous ne prendrons en compte qu'une partie de vos gains pour la détermination du plafond de revenu si vous travaillez et bénéficiez de prestations de Sécurité sociale pour invalidité ou cécité, et si vous devez supporter des dépenses se rapportant à votre travail pour lesquelles vous n'êtes pas remboursé(e). Au nombre des dépenses de ce type figurent par exemple : le coût des traitements médicaux et médicamenteux du SIDA, du cancer, de la dépression ou de l'épilepsie ; un fauteuil roulant ; les services d'une aide individuelle ; les modifications de véhicule ; le recours à un chauffeur ou tous autres besoins spéciaux, en termes de transport, se rapportant à votre travail ; des technologies d'assistance à caractère professionnel ; les dépenses liées aux chiens guides d'aveugle ; les aides tactiles et visuelles ; les traductions en braille.

VOUS: OUI NON

CONJOINT(E) : OUI NON

15. Informations relatives aux programmes d'épargne Medicare: Il est également possible que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'une aide allouée par l'État dans lequel vous résidez pour la prise en charge d'autres coûts Medicare dans le cadre des programmes d'épargne Medicare (Medicare Savings Programs). Pour commencer le processus de demande d'ouverture de droits au titre des programmes d'épargne Medicare, la Sécurité sociale communiquera à l'État dans lequel vous résidez des informations provenant de ce formulaire, à moins que vous ne nous demandiez de nous en abstenir. Si vous souhaitez recevoir une aide dans le cadre des programmes d'épargne Medicare, ne répondez pas à cette question. Signez et datez simplement la demande et l'administration de l'État dans lequel vous résidez vous contactera.

Si vous ne souhaitez pas soumettre une demande d'ouverture de droits au titre des programmes d'épargne Medicare, cochez d'un la case ci-après.



Non. Je ne souhaite pas que vous transmettiez des informations à l'État dans lequel je réside.



Signatures

INFORMATIONS IMPORTANTES – À LIRE ATTENTIVEMENT

Je/Nous comprends/comprenons que l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration, SSA) vérifiera mes/nos déclarations et comparera ses dossiers à ceux de diverses instances fédérales, d'État et locales, y compris les services fiscaux (Internal Revenue Service, IRS), afin de s'assurer de l'exactitude des données dont elle dispose.

En soumettant la présente demande, j'autorise/nous autorisons la SSA à obtenir et à divulguer des informations se rapportant à mes/nos revenus, ressources et actifs, aux États-Unis et à l'étranger, conformément au droit en vigueur en matière de protection de la vie privée. Ces informations peuvent notamment comporter des données relatives à mon/nos salaire(s), soldes de compte(s), investissements, polices d'assurance, prestations sociales et pensions/retraites.

À moins que je n'ai/nous n'ayons répondu « Non » à la question 15, j'autorise/nous autorisons l'Administration de la Sécurité sociale à communiquer à l'État les informations financières énumérées ci-dessus, ainsi que d'autres informations permettant de m'identifier/nous identifier individuellement, provenant de mon/notre dossier, telles que mon/nos nom(s), date(s) de naissance, sexe(s), et numéro(s) de Sécurité sociale, pour commencer le processus de demande d'ouverture de droits au titre des programmes d'épargne Medicare.

Je/Nous comprends/comprenons qu'en soumettant cette demande, je/nous déclare/déclarons, sous peine de parjure, avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur ce formulaire, et que celles-ci sont, à ma/notre connaissance, sincères et véritables.

Veillez remplir la Section A. Si vous n'êtes pas en mesure de signer, un représentant pourra le faire pour vous. Si quelqu'un vous a aidé, remplissez également la Section B.

Section A

Votre signature:	Date:	Numéro de téléphone: () —
La signature de votre conjoint(e):	Date:	
Votre adresse postale:		Appt.n:
Ville:	État:	Code postal:

Si vous avez changé d'adresse au cours des trois derniers mois, cochez cette case d'un .

Si vous préférez que nous contactions quelqu'un d'autre si nous souhaitons poser d'autres questions, veuillez indiquer le nom de cette personne et son numéro de téléphone pendant la journée.

Prénom (en caractères d'imprimerie):	Nom (en caractères d'imprimerie):	Numéro de téléphone: () —
--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Section B

Si quelqu'un vous a aidé(e), cochez la case correspondant à votre description (en la marquant d'un) et indiquez le reste des coordonnées correspondantes demandées ci-après.

<input type="checkbox"/> Membre de la famille	<input type="checkbox"/> Avocat	<input type="checkbox"/> Autre représentant	<input type="checkbox"/> Autre (à préciser): _____
<input type="checkbox"/> Ami(e)	<input type="checkbox"/> Instance administrative	<input type="checkbox"/> Travailleur social	_____

Prénom (en caractères d'imprimerie):	Nom (en caractères d'imprimerie):	Numéro de téléphone: () —
Adresse :		Appt.n:
Ville:	État:	Code postal:



Loi sur la protection de la vie privée/Avis relatif à la simplification des tâches administratives

L'article 1860 D-14 de la loi sur la Sécurité sociale autorise la collecte des informations demandées dans ce formulaire. Les informations fournies par vous seront utilisées pour permettre à l'administration de la Sécurité sociale de déterminer si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier d'une aide pour le paiement des coûts liés au programme médicaments sur ordonnance de Medicare. Vous n'êtes pas tenu(e) de nous communiquer les informations demandées. Toutefois, si vous ne nous communiquez pas ces informations, nous ne serons pas en mesure de prendre une décision exacte et ponctuelle concernant votre demande. Nous pourrions transmettre les informations collectées par le biais de ce formulaire à une autre autorité administrative fédérale, d'État ou locale, qui nous aidera à déterminer vos droits à une aide supplémentaire, ou si la législation fédérale prévoit la communication de données. Il est également possible que nous devions partager les informations avec d'autres programmes de la Sécurité sociale, dans la mesure où la Sécurité sociale doit déterminer si vous remplissez les conditions requises pour en bénéficier.

Nous pourrions également faire usage des informations communiquées par vous pour vérifier les dossiers par ordinateur. Les programmes de correspondance permettent de comparer nos dossiers à ceux d'autres instances administratives fédérales, d'État ou locales. Diverses instances peuvent faire appel à des programmes de correspondance pour déterminer si une personne remplit les conditions requises pour bénéficier de prestations des autorités fédérales, ou en rapporter la preuve. La loi nous autorise à agir de la sorte, même en l'absence d'autorisation de votre part. De plus amples explications au sujet des raisons pour lesquelles les informations transmises par vous peuvent être utilisées ou communiquées sont à votre disposition dans les bureaux de la Sécurité sociale. Si vous souhaitez en savoir plus à cet égard, contactez un bureau de la Sécurité sociale.

Déclaration relative à la loi américaine sur la simplification des procédures administratives : cette collecte d'information est conforme aux dispositions de l'article 44 U.S.C. § 3507, modifié par l'article 2 de la loi de 1995 sur la simplification des procédures administratives (*Paperwork Reduction Act*). Vous n'êtes tenu(e) de répondre à ces questions que sur présentation d'un numéro de contrôle de l'Office de gestion et du budget (Office of Management and Budget) en cours de validité. Nous estimons qu'environ 30 minutes vous seront nécessaires pour prendre connaissance des instructions, réunir les éléments de fait et répondre aux questions. Vous pouvez envoyer des commentaires concernant notre estimation de temps, à l'adresse suivante : SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Envoyez à cette adresse uniquement les commentaires se rapportant à notre estimation des délais, et non le formulaire dûment rempli.**

ADRESSEZ LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À L'ADRESSE FIGURANT SUR L'ENVELOPPE PRÉ-ADRESSÉE, PRÉ-AFFRANCHIE, JOINTE:

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