

Social Security Administration

Σημαντικές πληροφορίες



**Η ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΑΥΤΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΧΕΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΜΟΝΟ.
ΜΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΣΕΛΙΔΕΣ.
ΑΥΤΟ ΤΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ.**

Μπορεί να δικαιούστε πρόσθετη βοήθεια για να πληρώσετε τα συνταγογραφημένα σας φάρμακα.

Το πρόγραμμα συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare σας παρέχει επιλογή μεταξύ προγραμμάτων συνταγογραφημένων φαρμάκων που προσφέρουν διάφορους τύπους καλύψεων.

Μπορεί να είστε σε θέση να λάβετε επιπλέον βοήθεια για να πληρώσετε τα μηνιαία ασφάλιστρα, τα ετήσια εκπιπτόμενα ποσά και τα ποσά συμμετοχής που σχετίζονται με το πρόγραμμα συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare.

Αλλά πριν να είμαστε σε θέση να σας βοηθήσουμε, **πρέπει να συμπληρώσετε την αίτηση, να την εσωκλείσετε στον παρεχόμενο φάκελο και να την ταχυδρομήσετε σήμερα.** Ή μπορείτε να συμπληρώσετε μια διαδικτυακή αίτηση στον ιστότοπο www.socialsecurity.gov. Θα εξετάσουμε την αίτησή σας και θα σας στείλουμε μια επιστολή για να σας γνωστοποιήσουμε εάν πιστοποιήσετε για πρόσθετη βοήθεια. Για να χρησιμοποιήσετε την πρόσθετη βοήθεια, πρέπει να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare.

Εάν χρειάζεστε βοήθεια με 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 στον ιστότοπο www.socialsecurity.gov.

Εάν χρειάζεστε πληροφορίες σχετικά με τα προγράμματα συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare, ή σχετικά με τον τρόπο εγγραφής σε ένα από αυτά, καλέστε τον αριθμό **1-800-MEDICARE** (TTY **1 877 486 2048**) ή επισκεφτείτε τον ιστότοπο www.medicare.gov.

Ταχυδρομήστε την αίτησή σας σήμερα. Θα σας γνωστοποιήσουμε την απόφασή μας σχετικά με το εάν δικαιούστε την όποια πρόσθετη βοήθεια.

Michael J. Astrue
Επίτροπος

Γενικές οδηγίες για τη συμπλήρωση της αίτησης για βοήθεια με το κόστος του προγράμματος συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare



Έχετε εσείς ή το πρόσωπο που βοηθάτε να υποβάλει την αίτηση, Medicare και Συμπληρωματικό εισόδημα Κοινωνικής Ασφάλισης (Supplemental Security Income, SSI) ή Medicare και Medicaid; Εάν η απάντηση είναι **ΝΑΙ**, μη συμπληρώσετε αυτήν την αίτηση γιατί θα λάβετε αυτόματα την πρόσθετη βοήθεια.




Καταβάλλει το πρόγραμμα Medicaid σας ασφάλιστρα Medicare επειδή έχετε Πρόγραμμα Medicare Savings; Εάν η απάντηση είναι **ΝΑΙ**, επικοινωνήστε με το γραφείο της Medicaid για περισσότερες πληροφορίες. Μπορεί να λάβετε την πρόσθετη βοήθεια αυτόματα και ενδέχεται να μην χρειαστεί να συμπληρώσετε αυτή την αίτηση.

Πώς να συμπληρώσετε αυτή την αίτηση

- Χρησιμοποιήστε μόνο **ΜΑΥΡΟ ΜΕΛΑΝΙ**.
- Διατηρείστε τους αριθμούς, τα γράμματα και τα **X** μέσα στα τετραγωνάκια. Χρησιμοποιήστε μόνο **ΚΕΦΑΛΑΙΑ** γράμματα.
- Μην προσθέτετε κανένα χειρόγραφο σχόλιο στην αίτηση.
- Μη χρησιμοποιείτε σύμβολα δολαρίου όταν εισαγάγετε χρηματικά ποσά, και
- Μπορείτε να στρογγυλοποιείτε τα σεντς στην κοντινότερη αξία δολαρίου.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Βάλτε ένα **X** στο τετραγωνάκι.
ΜΗ γεμίζετε ή χρησιμοποιείτε
μαρκαρίσματα στα τετραγωνάκια.

		
ΣΩΣΤΟ		ΛΑΘΟΣ

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Χρησιμοποιήστε
κεφαλαία όταν
γράφετε απαντήσεις

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

Εάν βοηθάτε κάποιον άλλο να συμπληρώσει αυτή την αίτηση

Απαντήστε στις ερωτήσεις με τον ίδιο τρόπο που θα απαντούσε το άτομο που βοηθάτε. Πρέπει να γνωρίζετε τον αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης (Social Security Number) του προσώπου αυτού, καθώς και τις οικονομικές του πληροφορίες. Επίσης, συμπληρώστε την ενότητα B στη σελίδα 6.

Συμπλήρωση της αίτησής σας

Μπορείτε να συμπληρώσετε τη διαδικτυακή αίτηση στον ιστότοπο www.socialsecurity.gov ή να χρησιμοποιήσετε τον παρεχόμενο φάκελο με προπληρωμένο τέλος για να στείλετε την συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη αίτησή σας στη διεύθυνση:

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

Στείλτε το πακέτο της αίτησης στον παρεχόμενο φάκελο. Μη συμπεριλαμβάνετε οτιδήποτε άλλο στον φάκελο. Εάν χρειαστούμε περαιτέρω πληροφορίες, θα επικοινωνήσουμε μαζί σας.

Εάν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις ή χρειάζεστε βοήθεια με τη συμπλήρωση αυτής της αίτησης

Μπορείτε να μας καλέσετε ατελώς στον αριθμό **1-800-772-1213**, ή εάν πάσχετε από κώφωση ή έχετε δυσκολίες ακοής, μπορείτε να καλέσετε τον αριθμό TTY, **1-800-325-0778**.

**Αίτηση για βοήθεια σχετικά με το κόστος προγράμματος
συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare****ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΓΓΥΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΣΑΣ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΜΕΝΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΩΝ MEDICARE.**

1. Ονοματεπώνυμο αιτούντος: Εισαγάγετε το ονοματεπώνυμο **όπως εμφανίζεται στην κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης (Social Security)**. Χρησιμοποιήστε ένα τετραγωνάκι για κάθε γράμμα.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ΟΝΟΜΑ	ΜΙ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΗ (Jr., Sr., κλπ)

<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ (MM-HH-EEEE)

2. Εάν είστε παντρεμένος (-η) και διαμένετε με τον/τη σύζυγό σας, παράσχετε τις ακόλουθες πληροφορίες **όπως εμφανίζονται στην κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης του/της συζύγου σας**. Εάν δεν είστε παντρεμένος (-η) προς το παρόν ή δεν ζείτε με τον/τη σύζυγό σας, συνεχίστε στην ερώτηση 3 και μη συμπεριλάβετε οποιαδήποτε πληροφορία για τον/τη σύζυγό σας.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ΟΝΟΜΑ	ΜΙ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΗ (Jr., Sr., κλπ)

<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ (MM-HH-EEEE)

Εάν ο/η σύζυγός σας έχει Medicare, θέλει να υποβάλει αίτηση για την πρόσθετη βοήθεια; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

3. Εάν είστε παντρεμένος (-η) και διαμένετε με τον/τη σύζυγό σας, διαθέτετε αποταμιεύσεις, επενδύσεις ή ακίνητα αξίας μεγαλύτερης των 23,970 δολαρίων; Εάν δεν είστε παντρεμένος (-η) ή δεν διαμένετε με τον/τη σύζυγό σας, διαθέτετε αποταμιεύσεις, επενδύσεις ή ακίνητα αξίας μεγαλύτερης των 11,990 δολαρίων; **ΜΗ συμπεριλάβετε το σπίτι στο οποίο ζείτε, οχήματα, προσωπικά περιουσιακά στοιχεία, χώρους ταφής ή ανέκκλητες συμβάσεις ταφής.**

ΝΑΙ Εάν τοποθετήσατε ένα στο τετραγωνάκι **ΝΑΙ**, τότε **ΣΤΑΜΑΤΗΣΤΕ**. Δεν πιστοποιήστε για την πρόσθετη βοήθεια και δεν χρειάζεται να μας στείλετε αυτή την αίτηση. Εάν χρειάζεστε μια επιστολή η οποία θα δηλώνει ότι δεν δικαιούστε βοήθεια, υπογράψτε την αίτηση στη σελίδα 6 και στείλετε την σε μας.

ΟΧΙ Η ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ (-Η) Εάν τοποθετήσατε στο τετραγωνάκι **ΟΧΙ** ή **ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ (-Η)**, συμπληρώστε το υπόλοιπο της αίτησης και ταχυδρομήστε την σε μας.



Εάν τοποθετήσατε ένα στο τετραγωνάκι ΟΧΙ ή ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ (-Η) στην ερώτηση 3, απαντήστε σε όλες τις ακόλουθες ερωτήσεις. Εάν είστε παντρεμένος/η και ζείτε με τον/την σύζυγό σας, πρέπει να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις και για τους δυο σας.

4. Εισαγάγετε τα χρηματικά ποσά όλων των τραπεζικών λογαριασμών, επενδύσεων ή μετρητών που κατέχετε εσείς, ο/η σύζυγός σας εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί, ή και οι δύο σας από κοινού στα παρακάτω τετράγωνα. Συμπεριλάβετε αντικείμενα που κατέχετε με κάποιο τρίτο άτομο. Συμπεριλάβετε μόνο ποσά σε δολάρια, όχι τον αριθμό λογαριασμού. Εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας δεν κατέχετε ένα από τα αντικείμενα που αναφέρονται, είτε ανεξάρτητα ή από κοινού, ή με τρίτο άτομο, βάλτε ένα στο τετραγωνάκι **ΤΙΠΟΤΑ**.

<ul style="list-style-type: none"> • Συνδυασμένο σύνολο όλων των τραπεζικών λογαριασμών (τρεχούμενων, 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"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Συνδυασμένο 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"/>
<ul style="list-style-type: none"> • 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"/>

5. Διαθέτετε ασφαλιστήρια συμβόλαια ζωής με συνολικό ασφαλισμένο ποσό μεγαλύτερο των 1.500 δολαρίων; Απαντήστε για σας και τον/τη σύζυγό σας εάν μένει μαζί σας.
Εάν απαντήσετε ΟΧΙ για εσάς και τον/την σύζυγό σας, μεταβείτε στην ερώτηση 6.

ΕΣΕΙΣ: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

ΣΥΖΥΓΟΣ: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Εάν απαντήσατε ΝΑΙ για οποιονδήποτε από σας, πόσα χρήματα θα λαμβάνατε εάν εξαργυρώνατε τα ασφαλιστήρια συμβολαία σας τώρα; Εισαγάγετε το ποσό. Εάν απαντήσατε **ΝΑΙ** για σας και τον/την σύζυγό σας, εισαγάγετε το συνδυασμένο ποσό (άθροισμα). Αυτή δεν είναι η αξία ασφαλιστικής κάλυψης των συμβολαίων σας. Μπορεί να χρειαστεί να καλέσετε την ασφαλιστική σας εταιρία για βοήθεια με αυτήν την ερώτηση.

\$, .

6. Θα χρησιμοποιήσετε χρήματα από τις πηγές που αναφέρονται στις ερωτήσεις 4 ή 5 για να πληρώσετε για έξοδα κηδείας ή ταφής;
Εάν ΝΑΙ, μεταβείτε στην ερώτηση 7.
 Εάν **ΟΧΙ**, βάλτε στο τετραγωνάκι **ΟΧΙ**, και στη συνέχεια μεταβείτε στην ερώτηση 7.

ΕΣΕΙΣ: **ΟΧΙ**

ΣΥΖΥΓΟΣ: **ΟΧΙ**

7. 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 άλλης ακίνητης περιουσίας περιλαμβάνουν εξοχικές κατοικίες, ενοικιαζόμενες κατοικίες ή οικόπεδα που κατέχετε.

ΝΑΙ **ΟΧΙ**



8. Χωρίς να υπολογίζετε τον/τη σύζυγό σας εάν είστε παντρεμένοι, πόσοι άλλοι συγγενείς σας ζουν στο νοικοκυριό σας και λαμβάνουν **τουλάχιστον μισή** από την οικονομική τους υποστήριξη από εσάς ή τον/την σύζυγό σας. Οι συγγενείς μπορεί να περιλαμβάνουν άτομα με συγγένεια αίματος, εξ' αγχιστείας ή υιοθεσίας.

Βάλτε μόνο σε ένα τετραγωνάκι. **Μη συμπεριλάβετε τον εαυτό σας ή τον/την σύζυγό σας σε αυτόν τον αριθμό.** Εάν το νοικοκυριό σας αποτελείται μόνο από εσάς και τον/την σύζυγό σας, τοποθετήστε στο τετραγωνάκι **ΚΑΝΕΙΣ**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΤΙΠΟΤΑ	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Η ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ

9. Εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας, εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί λαμβάνετε εισόδημα από οποιαδήποτε από τις πηγές που αναφέρονται παρακάτω, εισαγάγετε το συνολικό ποσό που λαμβάνετε κάθε μήνα. **Εάν το ποσό αλλάζει από μήνα σε μήνα ή εάν δεν το λαμβάνετε κάθε μήνα, εισαγάγετε το μέσο μηνιαίο εισόδημα για τον περασμένο χρόνο για κάθε τύπο** στα κατάλληλα τετραγωνάκια. Μην αναφέρετε εδώ μισθούς και εισόδημα από ελεύθερη απασχόληση, από τόκους, δημόσια αρωγή, επιστροφές χρημάτων από ιατρικές υπηρεσίες ή πληρωμές ή φροντίδα θετών τέκνων. Εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας δεν λαμβάνετε εισόδημα από οποιαδήποτε κάποια από τις παρακάτω πηγές, τοποθετήστε ένα στον τετραγωνάκι **ΤΙΠΟΤΑ**.

		Μηνιαία παροχή
• Παροχές Κοινωνικής Ασφάλισης προ εκπιπτόμενων ποσών	<input type="checkbox"/> ΤΙΠΟΤΑ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
• Παροχές συνταξιοδότησης υπαλλήλων σιδηροδρόμων προ εκπιπτόμενων ποσών	<input type="checkbox"/> ΤΙΠΟΤΑ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
• Παροχές βετεράνων πολέμου προ εκπιπτόμενων ποσών	<input type="checkbox"/> ΤΙΠΟΤΑ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
• Άλλες συντάξεις ή μηνιαία εισοδήματα προ εκπιπτόμενων ποσών . Μη συμπεριλάβετε χρήματα που λαμβάνετε από οποιαδήποτε πηγή που αναφέρεται στην ερώτηση 4.	<input type="checkbox"/> ΤΙΠΟΤΑ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
• Άλλο εισόδημα που δεν αναφέρεται παραπάνω, συμπεριλαμβανομένης διατροφής, καθαρού εισοδήματος από ενοίκια, αποζημίωσης εργαζομένων (workers' compensation) κλπ. (Καθορίστε):	<input type="checkbox"/> ΤΙΠΟΤΑ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>

10. Έχουν μειωθεί οποιαδήποτε από τα ποσά που συμπεριλάβατε στην ερώτηση 9 κατά τα τελευταία δύο έτη; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

11. Βασίζεστε σε οποιονδήποτε άλλο για βοήθεια για να πληρώσετε οποιαδήποτε από τα κάτωθι έξοδα νοικοκυριού—τρόφιμα, υποθήκη, ενοίκιο, καύσιμα ή γκάζι θέρμανσης, νερό και φόρους ακίνητης περιουσίας; **ΜΗ συμπεριλάβετε** κουπόνια τροφίμων, επισκευές οικίας, βοήθεια από πρακτορείο στέγασης, πρόγραμμα υποβοήθησης κόστους ενέργειας, Meals on Wheels, συνεισφορές από τράπεζες τροφίμων, συσσίτια ή βοήθεια με ιατρική θεραπεία και ναρκωτικά. Μην συμπεριλάβετε μικροποσά που δίδονται περιστασιακά ή αναπάντεχα. **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Εάν τοποθετήσατε ένα στο τετραγωνάκι **ΝΑΙ**, γράψτε το μηνιαίο ποσό ή, εάν το ποσό αλλάζει από μήνα σε μήνα, γράψτε το μέσο μηνιαίο ποσό για το περασμένο έτος. \$, .



Εάν εργαστήκατε κατά τα τελευταία δύο έτη, πρέπει να απαντήσετε στις ερωτήσεις 12-16. Εάν είστε παντρεμένος (-η) και ζείτε με τον/τη σύζυγό σας και οποιοσδήποτε από σας έχει εργαστεί κατά τα τελευταία δύο έτη, πρέπει να απαντήσετε στις ερωτήσεις 12-16. Διαφορετικά, υπογράψτε την αίτηση στη σελίδα 6 και στείλτε τη σε μας.

12. Τι αναμένετε να κερδίσετε σε μισθούς προ φόρων και εκπιπτόμενων ποσών κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος;

ΕΣΕΙΣ: **ΤΙΠΟΤΑ** \$, .
ΣΥΖΥΓΟΣ: **ΤΙΠΟΤΑ** \$, .

13. Ποιο ποσό αναμένετε σε καθαρά κέρδη ή ζημιές από αυτοαπασχόληση κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος;
 Τοποθετήστε ένα στο τετραγωνάκι **ΤΙΠΟΤΑ** εάν δεν είστε αυτοαπασχολούμενος και μεταβείτε στην ερώτηση 14.

ΕΣΕΙΣ: **ΤΙΠΟΤΑ** \$, .
ΣΥΖΥΓΟΣ: **ΤΙΠΟΤΑ** \$, .

Τοποθετήστε ένα στο(στα) πλαίσιο(-α) εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας αναμένετε καθαρή ζημία.



ΕΣΕΙΣ: **ΣΥΖΥΓΟΣ:**

14. Έχουν μειωθεί τα ποσά που συμπεριλάβατε στις ερωτήσεις 12 ή 13 κατά τα τελευταία δύο έτη; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

15. Εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας σταματήσατε να εργάζεστε κατά το έτος 2007 ή 2008, ή σχεδιάζετε να σταματήσετε να εργάζεστε το έτος 2008 ή 2009, εισαγάγετε το μήνα και έτος.

★ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ
 Για Ιανουάριο - Σεπτέμβριο, εισαγάγετε μηδέν (0) στο πρώτο τετραγωνάκι. Για τον Μάιο του 2007, θα πρέπει να γράψετε

0	5	2	0	0	7
M	M	E	E	E	E

ΕΣΕΙΣ:
 M M E E E E
ΣΥΖΥΓΟΣ:
 M M E E E E

Εάν είστε νεότερος (-η) από 65 ετών, απαντήστε στην ερώτηση 16. Εάν είστε παντρεμένος (-η) και ζείτε με τον/την σύζυγό σας και οποιοσδήποτε από σας είναι νεότερος από 65 ετών, απαντήστε στην ερώτηση 16. Διαφορετικά, υπογράψτε την αίτηση στη σελίδα 6 και στείλτε τη σε μας.

16. Πρέπει εσείς ή ο/η σύζυγός σας να πληρώσετε για πράγματα που σας δίνουν τη δυνατότητα να εργαστείτε; Θα προσμετρήσουμε μόνο μέρος των κερδών σας έναντι του ορίου εισοδήματός σας εάν εργάζεστε και λαμβάνετε παροχές Κοινωνικής Ασφάλισης λόγω κάποιας αναπηρίας ή τύφλωσης και εάν έχετε σχετιζόμενα με την εργασία σας έξοδα για τα οποία δεν έχετε λάβει επιστροφή χρημάτων. Παραδείγματα τέτοιων εξόδων είναι: το κόστος ιατρικής θεραπείας και φαρμάκων για AIDS, καρκίνο, κατάθλιψη ή επιληψία, αναπηρική πολυθρόνα, υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας, τροποποιήσεις οχήματος, βοήθεια οδηγού, ή άλλες ειδικές σχετιζόμενες με την εργασία σας μεταφορικές ανάγκες, τεχνολογία που σας βοηθάει στην εργασία σας, έξοδα σκύλου για τυφλούς, βοηθήματα αισθητηρίων οργάνων και βοηθήματα όρασης και μεταφράσεις Braille.

ΕΣΕΙΣ: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** **ΣΥΖΥΓΟΣ:** **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**



Υπογραφές

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

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

Με την υποβολή αυτής της αίτησης, εγώ (εμείς) εξουσιοδοτώ (εξουσιοδοτούμε) την υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης (SSA) να λάβει και αποκαλύψει πληροφορίες σχετικά με το εισόδημα, τις πηγές και τα περιουσιακά στοιχεία μου (μας) στο εσωτερικό και εξωτερικό, σε συμφωνία με τους ισχύοντες νόμους περί προσωπικού απορρήτου. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να συμπεριλαμβάνουν, χωρίς περιορισμό, πληροφορίες σχετικά με τους μισθούς μου (μας), τα υπόλοιπα λογαριασμών, τις επενδύσεις, τα ασφαλιστήρια συμβόλαια, τις παροχές και συντάξεις μου (μας).

Εγώ (εμείς) δηλώνω (δηλώνουμε) εν γνώσει των συνεπειών ψευδορκίας, ότι εγώ (εμείς) έχω (έχουμε) εξετάσει όλες τις πληροφορίες του παρόντος εντύπου και το ότι είναι αληθείς και ορθές σύμφωνα με τα όσα γνωρίζω (γνωρίζουμε).

Παρακαλούμε συμπληρώστε την Ενότητα Α. Εάν δεν μπορείτε να υπογράψετε, μπορεί να υπογράψει για σας ένας εκπρόσωπός σας. Εάν σας βοήθησε κάποιος άλλος να συμπληρώσετε την αίτηση, τότε συμπληρώστε και την Ενότητα Β.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α

Η υπογραφή σας:	Ημερομηνία:	Αρ. τηλεφώνου: () —
Υπογραφή συζύγου:	Ημερομηνία:	
Η ταχυδρομική σας διεύθυνση:		Αρ. διαμερίσματος:
Πόλη:	Πολιτεία:	Ταχ. κώδικας:

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

Εάν θα προτιμούσατε να επικοινωνήσουμε με κάποιον άλλον σε περίπτωση που έχουμε περαιτέρω ερωτήσεις, παράσχετε το όνομα του προσώπου αυτού και τον αριθμό τηλεφώνου του.

Όνομα:	Επώνυμο:	Αρ. τηλεφώνου: () —
--------	----------	---------------------------------

ΕΝΟΤΗΤΑ Β

Εάν σας υποβοήθησε κάποιος, τοποθετήστε ένα στο τετραγωνάκι που περιγράφει αυτό το άτομο, και παράσχετε τις υπόλοιπες απαιτούμενες πληροφορίες παρακάτω.

<input type="checkbox"/> Μέλος της οικογενείας	<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	_____

Όνομα:	Επώνυμο:	Αρ. τηλεφώνου: () —
Διεύθυνση:		Αρ. διαμερίσματος:
Πόλη:	Πολιτεία	Ταχ. 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 ζητούνται σε αυτό το έντυπο. Οι πληροφορίες που παρέχετε θα χρησιμοποιηθούν για να δώσουν τη δυνατότητα στην υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης να καθορίσει το εάν έχετε δικαίωμα για βοήθεια στην πληρωμή της συμμετοχής σας στο κόστος ενός προγράμματος συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare. Δεν είναι υποχρεωτικό να μας παράσχετε τις απαιτούμενες πληροφορίες. Ωστόσο, εάν δεν μας παράσχετε τις πληροφορίες, δεν θα είμαστε σε θέση να λάβουμε ακριβή και έγκαιρη απόφαση για την αίτησή σας. Ενδέχεται να παράσχουμε πληροφορίες που συλλέχθηκαν σε αυτό το έντυπο σε άλλη Ομοσπονδιακή, Πολιτειακή ή τοπική κρατική υπηρεσία για να μας βοηθήσει στον καθορισμό του δικαιώματός σας για την πρόσθετη βοήθεια ή στην περίπτωση που ένας Ομοσπονδιακός νόμος απαιτεί την αποκάλυψη των εν λόγω πληροφοριών.

Ενδέχεται επίσης να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες που μας παρέχετε για σύγκριση στοιχείων μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Τα προγράμματα σύγκρισης συγκρίνουν τα στοιχεία μας με αυτά των Ομοσπονδιακών, Πολιτειακών, ή τοπικών κρατικών υπηρεσιών. Πολλές υπηρεσίες ενδέχεται να χρησιμοποιούν προγράμματα σύγκρισης για να διαπιστώσουν ή να αποδείξουν ότι ένα πρόσωπο δικαιούται παροχές που καταβάλλονται από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση. Ο νόμος μάς επιτρέπει να προχωρήσουμε σε αυτήν την ενέργεια ακόμη κι αν δεν συμφωνείτε. Εξηγήσεις σχετικά με αυτούς και άλλους λόγους για τους οποίους οι πληροφορίες που μας παρέχετε ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν ή να παρασχεθούν, διατίθενται στα γραφεία της υπηρεσίας Κοινωνικής Ασφάλισης. Εάν επιθυμείτε να μάθετε περισσότερα για αυτό το θέμα, 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 του 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995)*. Δεν χρειάζεται να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις εκτός εάν σας επιδείξουμε έγκυρο αριθμό ελέγχου του Γραφείου Διαχείρισης και Προϋπολογισμού (Office of Management and Budget). Υπολογίζουμε ότι θα χρειαστείτε περίπου 35 λεπτά για να διαβάσετε τις οδηγίες, να συλλέξετε τα δεδομένα και να απαντήσετε στις ερωτήσεις. Μπορείτε να μας στείλετε τα σχόλιά σας σχετικά με τον παραπάνω υπολογισμό χρόνου συμπλήρωσης της αίτησης στη διεύθυνση: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Στείλτε σε αυτήν τη διεύθυνση μόνο σχόλια που σχετίζονται με το χρόνο υπολογισμού, όχι το συμπληρωμένο έντυπο.**

**ΣΤΕΙΛΤΕ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΕ ΕΜΑΣ ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΥ
ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΟΝ ΠΡΟΕΚΤΥΠΩΜΕΝΟ ΦΑΚΕΛΟ:**

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