

Administração da Segurança Social

Informações importantes



**ESSA FOLHA DE ROSTO É DE NATUREZA APENAS INFORMATIVA.
NÃO PREENCHA AS SEGUINTE PÁGINAS.
ISTO NÃO É UM REQUERIMENTO.**

Pode estar qualificado(a) para obter ajuda complementar para o pagamento dos seus medicamentos sujeitos a receita médica.

O programa de comparticipação de medicamentos sujeitos a receita médica da Medicare permite-lhe escolher entre vários planos de comparticipação de medicamentos sujeitos a receita médica que oferecem vários tipos de cobertura.

Poderá obter ajuda complementar para pagar os prémios mensais, os descontos anuais e os custos para o utente relacionados com o programa de comparticipação de medicamentos sujeitos a receita médica da Medicare.

Contudo, para que possamos ajudá-lo(a), **tem de preencher o impresso de pedido, colocá-lo no envelope incluso e enviá-lo hoje por correio.** Em alternativa, pode preencher o impresso de pedido online no Web site www.socialsecurity.gov. Analisaremos o seu pedido e enviar-lhe-emos uma carta informando se está qualificado(a) para receber ajuda complementar. Para usufruir da ajuda complementar, tem de subscrever um plano de comparticipação de medicamentos sujeitos a receita médica da Medicare.

Se precisar de ajuda para preencher o impresso de pedido, ligue para a Segurança Social através do número **1-800-772-1213** (TTY: **1-800-325-0778**). Pode encontrar mais informações no Web site www.socialsecurity.gov.

Se necessitar de informações sobre os planos de comparticipação de medicamentos sujeitos a receita médica da Medicare ou como subscrever um plano, ligue para 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048) ou visite o Web site www.medicare.gov.

Envie hoje mesmo o seu pedido. Comunicar-lhe-emos a nossa decisão sobre se está ou não qualificado(a) para receber a ajuda complementar.

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

Michael J. Astrue
Comissária

Instruções gerais para o preenchimento do pedido de ajuda com encargos do plano de participação de medicamentos sujeitos a receita médica da Medicare



Você, o requerente ou a pessoa que está a ajudar a fazer o pedido, tem Medicare e Rendimento de Segurança Suplementar (SSI, Supplemental Security Income) ou Medicare e Medicaid?

Se a resposta for SIM, não preencha este impresso de pedido, pois receberá automaticamente a ajuda complementar.

O programa Medicaid do seu Estado cobre o pagamento dos prémios da Medicare porque pertence a um Programa de Poupança Medicare?

Se a resposta for SIM, contacte o departamento da Medicaid do seu Estado para obter mais informações. Poderá estar qualificado(a) para a obtenção automática do subsídio adicional e não ter necessidade de preencher este impresso.

Como preencher este pedido

- Utilize apenas uma **CANETA DE TINTA PRETA**;
- **Mantenha os números, letras e X dentro das caixas; escreva apenas em MAIÚSCULAS**;
- Não acrescente comentários escritos à mão no impresso;
- Não use o símbolo do dólar ao introduzir montantes monetários; e
- Os centavos podem ser arredondados para o valor inteiro de dólar mais próximo.

EXEMPLO

Escreva um X na caixa. NÃO preencha nem use vistos nas caixas.



EXEMPLO

Use letras maiúsculas para assinalar as respostas



Caso esteja a ajudar alguém a preencher este pedido

Responda às perguntas como se essa pessoa estivesse a preencher o pedido. Tem de conhecer o número de Segurança Social e as informações financeiras dessa pessoa. Preencha também a Secção B na página 6.

Preencher o seu pedido

Poderá preencher o pedido online no Web site www.socialsecurity.gov ou utilizar o envelope selado e endereçado incluso para enviar o seu pedido preenchido e assinado para:

Social Security Administration

Wilkes-Barre Data Operations Center

P.O. Box 1020

Wilkes-Barre, PA 18767-9910

Devolva este impresso no envelope incluso. Não inclua nada mais no envelope. Se precisarmos de mais informações, entraremos em contacto consigo.

Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda para preencher este pedido

Pode ligar para o nosso número de telefone gratuito **1-800-772-1213**, ou, se for deficiente auditivo, pode ligar para o nosso número TTY, **1-800-325-0778**.



<p>Pedido de ajuda com encargos do plano de comparticipação de medicamentos sujeitos a receita médica da Medicare</p>	
<p>ESTE DOCUMENTO NÃO O(A) INSCREVE NUM PLANO DE COMPARTICIPAÇÃO DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A RECEITA MÉDICA DA MEDICARE.</p>	

1. Nome do(a) requerente: indique o nome, em maiúsculas, tal como consta do seu cartão da Segurança Social. Escreva cada letra numa caixa separada.)

<input style="width: 100%; height: 26px;" type="text"/>	<input style="width: 26px; height: 26px;" type="text"/>
---	---

NOME PRÓPRIO

INICIAL(IS) DO NOME DO MEIO

<input style="width: 100%; height: 26px;" type="text"/>	<input style="width: 26px; height: 26px;" type="text"/>
---	---

APELIDO

SUFXO (JR., SR., ETC.)

<input style="width: 26px; height: 26px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 26px; height: 26px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 26px; height: 26px;" type="text"/>
---	---	---	---	---

NÚMERO DE SEGURANÇA SOCIAL DO(A) REQUERENTE

DATA DE NASCIMENTO DO REQUERENTE (MM-DD-AAAA)

2. Se for casado(a) e morar com o seu cônjuge, forneça as seguintes informações sobre o seu cônjuge tal como constam do cartão de Segurança Social respectivo. Se não for casado(a) ou não morar com o seu cônjuge, avance para a pergunta 3 e não inclua qualquer informação sobre o seu cônjuge neste impresso.

<input style="width: 100%; height: 26px;" type="text"/>	<input style="width: 26px; height: 26px;" type="text"/>
---	---

NOME PRÓPRIO

INICIAL(IS) DO NOME DO MEIO

<input style="width: 100%; height: 26px;" type="text"/>	<input style="width: 26px; height: 26px;" type="text"/>
---	---

APELIDO

SUFXO (JR., SR., ETC.)

<input style="width: 26px; height: 26px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 26px; height: 26px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 26px; height: 26px;" type="text"/>
---	---	---	---	---

NÚMERO DE SEGURANÇA SOCIAL DO(A) CÔNJUGE

DATA DE NASCIMENTO DO(A) CÔNJUGE (MM-DD-AAAA)

Se o seu cônjuge tiver Medicare, também pretende requerer ajuda complementar? **SIM** **NÃO**

3. Se for casado e habitar com o seu cônjuge, tem poupanças, investimentos ou imóveis com um valor superior a \$23.970? Se não for casado(a) ou não morar com o seu cônjuge, tem poupanças, investimentos ou imóveis com um valor superior a \$11.990? Inclua os seus bens individuais, bens partilhados com o seu cônjuge ou outra pessoa. NÃO INCLUA a residência em que vive, veículos, pertences pessoais, terrenos em cemitérios ou contratos funerários irrevogáveis.

SIM Se indicar com um a caixa **SIM, PARE**. Não está qualificado(a) para a ajuda complementar e não tem de nos enviar este pedido. Caso pretenda receber uma carta indicando expressamente que não está qualificado(a), assine o pedido na página 6 e envie-o para nós.

NÃO OU NÃO TENHO A CERTEZA Se indicar com um a caixa **NÃO** ou **NÃO TENHO A CERTEZA**, preencha o resto deste pedido e envie-o para nós.



Se indicou com um a caixa NÃO ou NÃO TENHO A CERTEZA na pergunta 3, responda a todas as perguntas seguintes. Se for casado(a) e morar com o seu cônjuge, tem de responder a todas as perguntas para ambos.

4. Introduza os montantes monetários de todas as contas bancárias, investimentos ou dinheiro em espécie que você, o seu cônjuge, se forem casados e morarem juntos, ou ambos tiverem nas caixas abaixo. Inclua elementos que você ou o seu cônjuge tiver com outra pessoa. Inclua apenas os valores em dólares, não o número da conta. Se você ou o seu cônjuge não tiverem um elemento indicado, separadamente, conjuntamente ou com outra pessoa, assinale com um a caixa **NADA**.

<ul style="list-style-type: none"> Valor combinado de todas as contas bancárias (conta comum, poupança e certificados de depósito) 	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <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"> Valor combinado de todas as ações, obrigações, títulos de poupança, fundos mútuos, contas individuais de reforma ou outros investimentos semelhantes 	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <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"> Qualquer outra forma de dinheiro em espécie em casa ou em qualquer outro lugar 	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

5. Tem apólices de seguro de vida com um valor nominal total superior a \$1.500? Responda por si e pelo seu cônjuge se o seu cônjuge morar consigo. **Se responder NÃO tanto para si como para o seu cônjuge, avance para a pergunta 6.**

VOCÊ: SIM NÃO

CÔNJUGE: SIM NÃO

Se tiver respondido SIM para si ou para o seu cônjuge, quanto dinheiro receberia se convertesse em espécie as suas apólices neste momento? Indique o valor. Se tiver respondido SIM para ambos, indique o valor conjunto. Este não é o valor nominal das suas apólices. Pode ter de ligar para a sua companhia de seguros para ajudá-lo(a) a responder a esta pergunta.

\$, .

6. Será uma parte do dinheiro proveniente das fontes indicadas nas **perguntas 4 e 5** usado para pagar despesas de funeral ou enterro? **Se SIM, avance para a pergunta 7.** Se **NÃO**, indique um na caixa **NÃO**, e avance para a pergunta 7.

VOCÊ: NÃO

CÔNJUGE: NÃO

7. Com a exceção da sua casa e do terreno no qual está situada, você ou o seu cônjuge, se forem casados e morarem juntos, têm algum imóvel próprio? Exemplos de outros imóveis são casas de férias, propriedades alugadas, ou terrenos sem construção que tiverem.

SIM NÃO

NÃO PREENCHA. ISTO NÃO É UM REQUERIMENTO.



8. Não considerando o seu cônjuge, se for casado(a), quantos membros do seu agregado familiar habitam consigo e recebem **pelo menos metade** da sua subsistência financeira de si e do seu cônjuge? Referimo-nos a pessoas da família consigo relacionadas por laços de consanguinidade, matrimónio ou adopção.

Indique um apenas, numa única caixa. Não se inclua a si próprio(a) nem o seu cônjuge no número que indicar. Se o seu agregado familiar consistir apenas de si e do seu cônjuge, assinale com um a caixa **NADA**.

NADA
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9 OU MAIS

9. Se você ou o seu cônjuge, se forem casados e morarem juntos, obtiverem rendimentos de quaisquer das fontes indicadas abaixo, indique o rendimento mensal total. Se houver alteração mensal na quantia ou se não a receber todos os meses, indique o rendimento mensal médio do último ano para cada tipo nas caixas apropriadas. Não inclua na lista salários e rendimentos de trabalho independente, receitas de juros, ajuda pública, reembolsos médicos ou prestações por cuidados de acolhimento familiar aqui. Se você ou o seu cônjuge não receber rendimentos de uma das fontes indicadas abaixo, assinale com um a caixa **NADA**.

		Rendimento mensal
• Pensões da Segurança Social antes de deduções	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Pensões de reforma do sector ferroviário antes de deduções	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Pensões de veteranos antes de deduções	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Outras pensões ou anuidades antes de deduções. Não inclua dinheiro que recebe de qualquer elemento incluído na pergunta 4.	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Outros rendimentos não indicados acima, incluindo pensões de alimentos, rendimento líquido de alugueres, indemnizações de trabalhadores, etc.(Especifique): -----	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>

10. Alguma das quantias que incluiu na pergunta 9 diminuiu durante os últimos dois anos? **SIM** **NÃO**

11. Depende de alguém para pagar qualquer das seguintes despesas do agregado familiar — alimentação, hipoteca, aluguer, combustível ou gás para aquecimento, electricidade, água e impostos sobre imóveis? **NÃO inclua** senhas de alimentação, reparações domésticas, ajuda de uma agência de alojamento ou de um programa de auxílio de energia, programas de auxílio alimentar como o *Meals on Wheels* (Refeições sobre Rodas), bancos alimentares e afins, ou auxílio com tratamentos médicos e medicamentos. Não inclua pequenas quantias monetárias recebidas de forma ocasional ou inesperada. **SIM** **NÃO**

Se assinalar com um a caixa **SIM**, indique a quantia mensal ou, se a quantia variar mensalmente, indique a média mensal durante o ano anterior.

\$, .



Se trabalhou nos últimos dois anos, tem de responder às perguntas 12 a 16. Se for casado(a) e morar com o seu cônjuge e um de vocês tiver trabalhado nos últimos dois anos, tem de responder às perguntas 12 a 16. Caso contrário, assine o pedido na página 6 e envie-o para nós.

12. Quanto espera ganhar como salário antes de impostos e deduções neste ano civil?

VOCÊ: NADA \$, .

CÔNJUGE: NADA \$, .

13. Se for trabalhador(a) por conta própria, quanto prevê que serão os seus ganhos ou perdas líquidos neste ano civil? Indique com um a caixa NADA se não for trabalhador(a) por conta própria e avance para a pergunta 14.

VOCÊ: NADA \$, .

CÔNJUGE: NADA \$, .

Indique com um a(s) caixa(s) se você ou o seu cônjuge esperam ter uma perda líquida.



VOCÊ: CÔNJUGE:

14. As quantias que incluiu nas perguntas 12 ou 13 diminuíram nos dois últimos anos?

SIM NÃO

15. Se você ou o seu cônjuge deixaram de trabalhar em 2007 ou 2008, ou planeiam deixar de trabalhar em 2008 ou 2009, indique o mês e o ano.



EXEMPLO

Para Janeiro a Setembro, indique um zero (0) na primeira caixa. Maio de 2007 deve ler-se:

0 5 2 0 0 7
M M A A A A

VOCÊ: 2 0
M M A A A A

CÔNJUGE: 2 0
M M A A A A

Se tiver menos de 65 anos de idade, responda à pergunta 16. Se for casado(a) e morar com o seu cônjuge e um de vocês tiver menos de 65 anos de idade, responda à pergunta 16. Caso contrário, assine o pedido na página 6 e envie-o para nós.

16. Você ou o seu cônjuge precisam de pagar por coisas de que necessitam para trabalhar? Consideraremos apenas uma parte dos seus vencimentos até ao limite de rendimento caso trabalhe e receba pensões da Segurança Social relacionadas com uma deficiência ou cegueira e caso tenha despesas relacionadas com o trabalho que não são reembolsadas. Exemplos destes tipos de despesas: encargos com tratamento médico e medicamentos para SIDA, cancro, depressão ou epilepsia; cadeira de rodas, serviços de assistentes pessoais; alterações em veículos, assistência de condução ou outras necessidades de transporte relacionadas com o trabalho; tecnologia de assistência relacionada com o trabalho, despesas com cães-guia e auxílios sensoriais e visuais; e traduções em Braille.

VOCÊ: SIM NÃO

CÔNJUGE: SIM NÃO



NÃO PREENCHA. ISTO NÃO É UM REQUERIMENTO.

Assinaturas

INFORMAÇÕES IMPORTANTES – LEIA ATENTAMENTE

Eu(Nós) entendo(entendemos) que a Administração da Segurança Social (SSA) irá verificar as minhas(nossas) declarações e comparar os seus registos com os de órgãos governamentais locais, estaduais e federais, incluindo a Secretaria da Receita Federal, para garantir que a determinação está correcta.

Ao enviar este impresso, eu(nós) autorizo(autorizamos) a SSA a obter e divulgar informações relacionadas com o meu(nosso) rendimento, recursos e bens, internacionais e nacionais, de forma consistente com as leis aplicáveis sobre a privacidade. Estas informações podem incluir, entre outras, dados sobre o meu(nosso) salário, saldos bancários, investimentos, apólices de seguro, benefícios e pensões.

Eu(Nós) declaramos sob pena de perjúrio que eu(nós) examinámos toda as informações constantes deste impresso e que são verídicas e reflectem a realidade, no melhor do meu(nosso) conhecimento.

Preencha a Secção A. Caso não possa assinar, um representante pode assinar por si. Se alguém o(a) ajudou, preencha também a Secção B.

SECÇÃO A

A sua assinatura:	Data:	Número de telefone: (_____) _____ — _____
Assinatura do(a) seu(sua) cônjuge:	Data:	
Endereço:		Apto. n.º:
Cidade:	Estado:	Código postal:

Caso tenha mudado de endereço nos últimos três meses, assinale aqui com um :

Se preferir que contactemos outra pessoa para tirar eventuais dúvidas, indique o nome da pessoa e o número do telefone de contacto diurno.

Nome próprio:	Apelido:	Número de telefone: (_____) _____ — _____
---------------	----------	--

SECÇÃO B

Se estiver a ajudar outra pessoa, assinale com um a caixa que descreve quem é e indique o resto da informação solicitada a seguir.

<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Procurador	<input type="checkbox"/> Advogado	<input type="checkbox"/> Outro, especifique: _____
<input type="checkbox"/> Amigo(a)	<input type="checkbox"/> Agência	<input type="checkbox"/> Assistente social	_____

Nome próprio:	Apelido:	Número de telefone: (_____) _____ — _____
Endereço:		Apto. n.º:
Cidade:	Estado:	Código postal:



Lei da Privacidade / Aviso de Redução da Burocracia

A Secção 1860 D-14 da *Lei da Segurança Social* autoriza a recolha das informações pedidas neste impresso. As informações fornecidas serão usadas para que a Administração da Segurança Social possa determinar se está qualificado(a) para receber ajuda com o pagamento da sua parte dos custos de um plano de medicamentos sujeitos a receita médica da Medicare. Não é obrigado(a) a fornecer-nos as informações pedidas. Contudo, se não as fornecer, não teremos qualquer forma de fazer uma avaliação precisa e adequada do seu pedido. Poderemos fornecer as informações recolhidas neste impresso a outros órgãos do governo federal, estadual ou local para que nos ajudem a avaliar a sua qualificação para a obtenção de ajuda complementar ou caso uma lei federal exija a divulgação das informações.

Também podemos utilizar as informações fornecidas durante a comparação de registos informáticos. Programas de correspondência comparam os nossos registos com os de órgãos do governo federal, estadual ou local. Muitos órgãos utilizam programas de correspondência para descobrir ou comprovar se uma pessoa está qualificada para receber benefícios pagos pelo governo federal. A legislação autoriza-nos a fazê-lo, mesmo que o(a) requerente não concorde. Explicações sobre estes e outros motivos pelos quais as informações fornecidas pelo(a) requerente podem ser utilizadas ou distribuídas estão disponíveis junto dos gabinetes da Segurança Social. Para obter mais informações sobre esta questão, entre em contacto com qualquer gabinete da Segurança Social.

Declaração da Lei de Redução da Burocracia — Esta recolha de informações satisfaz os requisitos do ponto 44 U.S.C. § 3507, conforme emendado pela secção 2 da Lei de Redução da Burocracia de 1995 (*Paperwork Reduction Act*). Não precisa de responder a estas perguntas, a menos que apresentemos um número válido de controlo da Secretaria da Administração e do Orçamento. Estimamos que serão necessários cerca de 35 minutos para ler as instruções, reunir os factos e responder às perguntas. Pode enviar comentários sobre esta estimativa de tempo para: Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. **Envie apenas comentários sobre a nossa estimativa de tempo para este endereço; não envie o impresso preenchido.**

ENVIE O IMPRESSO PREENCHIDO PARA O ENDEREÇO CONSTANTE NO ENVELOPE PRÉ-ENDEREÇADO INCLUSO:

Social Security Administration

Wilkes-Barre Data Operations Center

P.O. Box 1020

Wilkes-Barre, PA 18767-9910