

Social Security Administration

Informazioni importanti



**LA PRESENTE LETTERA DI COPERTINA HA
ESCLUSIVAMENTE SCOPO INFORMATIVO.
NON COMPILARE LE PAGINE SEGUENTI.
LA PRESENTE NON È UN MODULO DI RICHIESTA.**

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

Nell'ambito del programma medicinali su prescrizione Medicare l'assistito potrà scegliere tra vari piani di prescrizione che offrono diverse tipologie di copertura.

Lei potrebbe 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 la richiesta e la invii oggi stesso servendosi della busta allegata**. Oppure, se preferisce, 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 iscriversi 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.

Se desidera informazioni sui piani assistenziali per i medicinali su prescrizione Medicare o su come aderire ad un piano, La preghiamo di chiamare il numero **1-800-MEDICARE (1-877-486-2048 con display per non udenti)** o visitare il sito www.medicare.gov.

Spedisca la Sua richiesta oggi stesso. Ci darà la possibilità di stabilire se Lei ha i requisiti per gli aiuti supplementari.

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

Michael J. Astrue
Commissario

Istruzioni generali per compilare la richiesta di aiuti sui costi del piano medicinali su prescrizione Medicare



Il richiedente usufruisce di assistenza Medicare e Supplemental Security Income (SSI) o Medicare e Medicaid?

Se la risposta è **SÌ**, si prega di non compilare questa richiesta in quanto l'assistito otterrà gli aiuti supplementari automaticamente.

Il programma Medicaid dello stato di residenza del richiedente versa i premi Medicare in quanto il richiedente rientra in un Programma di Risparmio Medicare?

Se la risposta è **SÌ**, si prega di rivolgersi all'ufficio Medicaid dello stato per maggiori informazioni. Potrebbe essere possibile ottenere gli aiuti supplementari automaticamente senza bisogno di compilare questa richiesta.

Come compilare questa richiesta

- Usare esclusivamente una penna a **INCHIOSTRO NERO**;
- **Inserire numeri, lettere e crocette all'interno delle caselle; scrivere solo in STAMPATELLO.**
- Non aggiungere note o commenti a mano sulla richiesta;
- Non usare il segno del dollaro prima degli importi in denaro;
- I centesimi si possono arrotondare alla cifra intera più prossima.

ESEMPIO

Inserire una X nella casella. **NON** riempire le caselle o fare segni di spunta.

CORRETTO	ERRATO

ESEMPIO

Usare lettere maiuscole nel rispondere alle domande

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

Se chi compila questa richiesta è una persona diversa dal richiedente

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

Modalità di inoltro della richiesta

La richiesta si può compilare via Internet all'indirizzo www.socialsecurity.gov o servendosi della busta acclusa 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 l'intero fascicolo all'interno della busta acclusa. Non inserire allegati. Se saranno necessarie ulteriori informazioni, ad esempio dichiarazioni di istituti di credito, La contatteremo.

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**.



<h2 style="margin: 0;">Richiesta di aiuti per il pagamento dei costi del piano medicinali su prescrizione Medicare</h2> <p style="color: red; font-weight: bold; margin-top: 10px;">QUESTA RICHIESTA NON COSTITUISCE ISCRIZIONE AL PROGRAMMA MEDICINALI SU PRESCRIZIONE MEDICARE.</p>	
---	--

1. Nome del richiedente: scrivere in stampatello il nome **così come è scritto sulla tessera Social Security**, una lettera per ogni casella

--	--

NOME

SECONDO NOME

--	--

COGNOME

SUFFISSO (Jr., Sr., ecc.)

	-		-	
--	---	--	---	--

	-		-	
--	---	--	---	--

NUMERO DI SOCIAL SECURITY DEL RICHIEDENTE

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

2. Se il richiedente è **coniugato e convive con il coniuge**, si prega di fornire le seguenti informazioni **così come sono scritte sulla tessera Social Security del coniuge**. Se attualmente non è coniugato o non convive con il coniuge, andare direttamente alla domanda 3 e non inserire alcuna informazione sul coniuge nella presente richiesta.

--	--

NOME

SECONDO NOME

--	--

COGNOME

SUFFISSO (Jr., Sr., ecc.)

	-		-	
--	---	--	---	--

	-		-	
--	---	--	---	--

NUMERO DI SOCIAL SECURITY DEL CONIUGE

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

Se il coniuge usufruisce di Medicare, si desidera presentare la domanda di aiuti supplementari anche per il coniuge?

	SÌ		NO
--	-----------	--	-----------

3. Se il richiedente è coniugato e convivente con il coniuge: possiede risparmi, investimenti o proprietà immobiliari di valore superiore a USD 23.970? Se non è coniugato/a o non convive con il coniuge: possiede risparmi, investimenti o proprietà immobiliari di valore superiore a USD 11.990? **NON calcolare l'abitazione in cui vive, veicoli, oggetti personali, loculi di sepoltura o contratti irrevocabili di sepoltura.**

	SÌ
--	-----------

Se è stata tracciata una nella casella **SÌ**, **NON CONTINUARE**. Il richiedente non ha i requisiti per usufruire di aiuti supplementari e non è necessario inviare questa richiesta alla Social Security. Se desidera una nostra lettera in cui si dichiara che non possiede i requisiti, firmi la richiesta a pag. 6 e la rimandi ai nostri uffici.

	NO o FORSE
--	-------------------

Se è stata tracciata una nella casella **NO** o **FORSE**, compilare il seguito della richiesta e inviarla ai nostri uffici.



Se è stata tracciata una nella casella NO o FORSE alla domanda 3, rispondere a tutte le seguenti domande. Se il richiedente è coniugato e convive con il coniuge, dovrà rispondere a tutte le domande per entrambi.

4. Si prega di indicare nelle caselle di seguito gli importi di tutti i conti bancari, gli investimenti o i contanti di proprietà del richiedente, del coniuge, se coniugati e conviventi, o comuni. Calcolare anche proprietà che il richiedente o il coniuge possiede in comproprietà con un'altra persona. Indicare solo gli importi, non il numero di conto. Se né il richiedente né il coniuge possiedono beni del tipo indicato, congiuntamente, disgiuntamente o in comproprietà con un'altra persona, tracciare una nella casella **NESSUNO**.

• 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"/>
• Totale complessivo di tutte le azioni, obbligazioni, buoni di risparmio, fondi comuni, conti pensione personali, 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"/>
• 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"/>

5. Il richiedente è titolare di polizze di assicurazione sulla vita con valore nominale complessivo pari o superiore a USD 1.500 per persona? Rispondere per sé e per il coniuge, se convivente con il richiedente. Se la risposta è **NO** sia per il richiedente che per il coniuge, passare alla domanda 6.

RICHIEDENTE: **SÌ** **NO**

CONIUGE: **SÌ** **NO**

Se ha risposto **SÌ** per sé o per il coniuge, che importo riceverebbe se liquidasse le Sue polizze assicurative subito? Indicare l'importo. Se la risposta è **SÌ** sia per il richiedente che per il coniuge, inserire l'importo complessivo. Questo importo non corrisponde al valore nominale delle Sue polizze. Potrebbe essere necessario rivolgersi alla compagnia assicurativa per rispondere a questa domanda.

\$, .

6. Una parte del denaro derivante dalle fonti elencate alle **domande 4 e 5** sarà utilizzata per spese funebri o di sepoltura? **Se la risposta è SÌ, andare direttamente alla domanda 7.**

Se la risposta è **NO**, tracciare una nella casella **NO** e andare alla domanda 7.

RICHIEDENTE: **NO**

CONIUGE: **NO**

7. A parte l'abitazione e l'eventuale terreno su cui sorge, il richiedente o il coniuge, se coniugati e conviventi, è proprietario di altri beni immobili? Sono esempi di beni immobili: seconde case, immobili dati in locazione o terreni non edificati di vostra proprietà.

SÌ **NO**



8. Non contando il coniuge se il richiedente è coniugato, quanti altri familiari vivono nella stessa abitazione e ricevono **almeno metà** del loro sostentamento economico dal richiedente o dal coniuge del richiedente? Sono considerati familiari coloro che hanno un legame di parentela di sangue, matrimonio o adozione con il richiedente.

Tracciare una in una sola casella. **Escludere il richiedente e il coniuge da questo numero.** Se il nucleo familiare è composto dal solo richiedente o dal richiedente e il suo coniuge, tracciare una nella casella **NESSUNO**.

NESSUNO
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9 O PIÙ

9. Se il richiedente o il coniuge, se coniugati e conviventi, percepisce reddito da una o più delle fonti elencate di seguito, si prega di indicare il reddito complessivo percepito ogni mese. **Se l'importo varia di mese in mese o se non si percepisce reddito tutti i mesi, indicare il reddito medio mensile dell'ultimo anno per ogni categoria** nell'apposita casella. Non indicare in questo spazio i redditi da lavoro dipendente o autonomo, gli interessi attivi, l'assistenza pubblica, i rimborsi medici o i contributi per minori in affidamento. Se né il richiedente né il coniuge percepiscono reddito da una delle fonti elencate, tracciare una nella casella **NESSUNO** relativa a quella fonte di reddito.

		Sussidio mensile
• Sussidi Social Security al lordo delle detrazioni	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Sussidi pensionistici 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 (escludere importi eventualmente percepiti da una o più categorie indicate alla domanda 4)	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Altro reddito non elencato, ad esempio alimenti da ex coniuge, canoni d'affitto netti, retribuzione ecc. (specificare): _____	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>

10. Negli ultimi due anni si sono verificate riduzioni di uno o più degli importi indicati alla domanda 9?

SÌ
 NO

11. Il richiedente conta su qualcuno che contribuisce a pagare una o più delle seguenti voci di spesa domestica: alimentari, mutuo, affitto, combustibile o gas per riscaldamento, elettricità, acqua, imposte immobiliari? **NON includere** bollini viveri, riparazioni domestiche, aiuti da un ente per gli alloggi o da un programma di assistenza per l'energia, "Meals on Wheels", offerte di generi alimentari provenienti da istituti di beneficenza, mense pubbliche o aiuti per terapie mediche e farmaci. Non includere piccoli importi di denaro elargiti occasionalmente o in modo imprevisto.

SÌ
 NO

Se è stata tracciata una nella casella **SÌ**, indicare l'importo mensile o, se questo varia di mese in mese, l'importo medio mensile dell'ultimo anno.

\$, .



Se il richiedente ha svolto attività lavorative negli ultimi due anni, rispondere alle domande 12-16. Se il richiedente è coniugato e convivente con il coniuge, e l'uno o l'altro hanno svolto attività lavorative negli ultimi due anni, rispondere alle domande 12-16. In caso contrario, firmare la richiesta a pag. 6 e inviarla ai nostri uffici.

12. Quale prevede che sarà il Suo reddito da lavoro, al lordo di imposte e detrazioni, per quest'anno solare?

RICHIEDENTE: NESSUNO \$, .

CONIUGE: NESSUNO \$, .

13. Se il richiedente è un lavoratore autonomo, quale prevede che sarà il suo utile netto per quest'anno solare?

Tracciare una nella casella **NESSUNO** se non si è lavoratori autonomi e passare alla domanda 14.

RICHIEDENTE: NESSUNO \$, .

CONIUGE: NESSUNO \$, .

Tracciare una nella casella o nelle caselle se il richiedente o il coniuge prevede di conseguire una perdita netta.



RICHIEDENTE: CONIUGE:

14. Gli importi indicati alle domande 12 o 13 hanno subito riduzioni negli ultimi due anni?

SÌ NO

15. Se il richiedente o il coniuge ha cessato l'attività lavorativa nel 2007 o 2008, o ha in programma di cessarla nel 2008 o 2009, indicare il mese e l'anno.

ESEMPIO

Per i mesi da gennaio a settembre, inserire uno zero (0) nella prima casella. Per indicare maggio 2007 scrivere:

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="7"/>
M	M	A	A	A	A

RICHIEDENTE:

M M A A A A

CONIUGE:

M M A A A A

Se il richiedente ha meno di 65 anni, rispondere alla domanda 16. Se il richiedente è coniugato e convive con il coniuge, e l'uno o l'altro ha meno di 65 anni, rispondere alla domanda 16. In caso contrario, firmare la richiesta a pag. 6 e inviarla ai nostri uffici.

16. Il richiedente o il coniuge deve pagare prodotti o servizi che gli/le consentono di svolgere la sua attività? Sarà calcolata solo una parte delle sue entrate ai fini del limite di reddito se 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. Alcuni esempi sono: spese terapeutiche e farmaceutiche per AIDS, cancro, depressione, 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.

RICHIEDENTE: SÌ NO CONIUGE: SÌ NO



Firme

INFORMAZIONI IMPORTANTI – SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE

Il/i sottoscritto/i sottoscritti 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, IRS) per confermare che quanto accertato è corretto.

Presentando questa richiesta autorizzo/autorizziamo la SSA ad ottenere e divulgare informazioni relative al mio/nostro reddito, risorse e proprietà, in patria e all'estero, nel rispetto delle leggi sulla privacy. Queste informazioni possono comprendere, tra l'altro e senza limitazioni, dati riguardanti la mia/nostra retribuzione, saldi di conti bancari, investimenti, polizze assicurative, sussidi e pensioni.

Il sottoscritto/i sottoscritti dichiara/dichiarano sotto pena di spergiuo 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.

Si prega di compilare la sezione A. Se il richiedente è impossibilitato a firmare, un rappresentante può firmare in sua vece. Se il richiedente è stato assistito nella compilazione, completare anche la sezione B.

SEZIONE A

Firma del richiedente:	Data:	Telefono: () —
Firma del coniuge:	Data:	
Recapito postale:		Interno n:
Città:	Stato:	Codice postale:

Se l'indirizzo è cambiato negli ultimi tre mesi si prega di tracciare una qui:

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

Nome in stampatello:	Cognome in stampatello:	Telefono: () —
----------------------	-------------------------	--------------------------

SEZIONE B

Se chi compila il modulo è una persona che assiste il richiedente, tracciare una nella casella che descrive il suo rapporto con il richiedente e indicare indirizzo e numero di telefono nelle ore diurne:

<input type="checkbox"/> Familiare	<input type="checkbox"/> Avvocato	<input type="checkbox"/> Altro procuratore	<input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____
<input type="checkbox"/> Amico/a	<input type="checkbox"/> Agenzia	<input type="checkbox"/> Assistente sociale	

Nome in stampatello:	Cognome in stampatello:	Telefono: () —
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 Social Security) autorizza la raccolta dei dati richiesti in questo modulo. I dati da Lei forniti saranno usati per consentire alla Social Security Administration di stabilire se Lei ha i requisiti per ottenere contributi per il pagamento della parte a Suo carico dei costi del Piano medicinali 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 ai fini degli aiuti richiesti, o nel caso che una legge federale imponga la comunicazione di informazioni.

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*) — Questi dati raccolti sono conformi 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 del 1995* (Legge sulla semplificazione amministrativa). 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 35 minuti. Chi lo desidera può inviare commenti in merito al tempo stimato a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Si prega di inviare a questo indirizzo esclusivamente commenti relativi alla stima del tempo necessario, e non il modulo compilato.**

INVIARE IL MODULO COMPILATO ALL'INDIRIZZO RIPORTATO SULL'ACCLUSA
BUSTA PRESTAMPATA:

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