

Служба социального обеспечения

Важная информация



**В ЭТОМ СОПРОВОДИТЕЛЬНОМ ПИСЬМЕ - ИНФОРМАЦИЯ
ДЛЯ ВАШЕГО СВЕДЕНИЯ.
ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.
НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ СЛЕДУЮЩИЕ СТРАНИЦЫ.**

Вы можете претендовать на дополнительную помощь по оплате ваших лекарств, отпускаемых по рецепту.

Программа Medicare по оплате лекарств, отпускаемых по рецептам (Medicare Prescription Drug program), дает вам возможность выбрать из нескольких предлагаемых вариантов план с наиболее подходящим покрытием.

Вы можете получить **дополнительную помощь по оплате** ежемесячных взносов, ежегодных сумм, которые вычитаются из выплат по страховому полису, и вашей доли платежей, связанных с программой Medicare по оплате лекарств, отпускаемых по рецептам.

Но мы сможем вам помочь только после того, **как вы заполните заявление, вложите его в прилагаемый конверт и отправите его сегодня же**. Вы можете также заполнить заявление через Интернет на сайте www.socialsecurity.gov. Мы рассмотрим ваше заявление и письменно сообщим вам, признано ли за вами право на получение дополнительной помощи. Для того чтобы воспользоваться этой дополнительной помощью, вы должны стать участником плана Medicare по оплате лекарств, отпускаемых по рецептам (Medicare Prescription Drug plan).

Если вам нужна помощь при заполнении заявления, позвоните в Службу социального обеспечения по телефону **1-800-772-1213** (телефон с текстовым дисплеем: **1-800-325-0778**). Дополнительную информацию вы можете найти на сайте www.socialsecurity.gov.

Если вам требуется информация о планах Medicare по оплате лекарств, отпускаемых по рецептам, или о том, как можно стать участником такого плана, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (телефон с текстовым дисплеем: 1-877-486-2048) или посетите сайт www.medicare.gov.

Чем раньше вы пришлете свое заявление, тем быстрее мы сможем решить, имеете ли вы право на дополнительную помощь.

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

Michael J. Astrue
Специальный уполномоченный

Общие инструкции по заполнению заявления на пособие Medicare по плану оплаты лекарств, отпускаемых по рецепту



Получаете ли вы или лицо, которому вы помогаете заполнить настоящее заявление, пособие в рамках программы Medicare и дополнительное пособие по социальному обеспечению (SSI) либо пособие по программам Medicare и Medicaid?

Если ответ **ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ**, не заполняйте это заявление, так как это дополнительное пособие вы будете получать автоматически.

Оплачивает ли ваши ежемесячные взносы программа Medicaid на уровне штата, так как вы являетесь участником программы Medicare Savings?

Если ответ **ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ**, свяжитесь с офисом Medicaid своего штата и получите дополнительную информацию. Возможно, вам не требуется заполнять это заявление, так как это дополнительное пособие вы будете получать автоматически.

Как заполнять это заявление

- Используйте только **ЧЕРНЫЕ ЧЕРНИЛА**;
- Все цифры, буквы и крестики не должны выходить за прямоугольные поля; пишите только **ЗАГЛАВНЫМИ** буквами;
- Не добавляйте к тексту заявления никаких примечаний от руки;
- При вписывании сумм не используйте символ доллара;
- Центы можно округлять до ближайшего целого значения доллара.

★ ПРИМЕР

Отмечайте поля крестиком «X».
НЕ закрашивайте поля и НЕ ставьте в них «галочки».

ПРАВИЛЬНО	НЕПРАВИЛЬНО	

★ ПРИМЕР

Ответы на вопросы записывайте заглавными буквами

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

Если вы помогаете кому-то заполнить это заявление

Отвечайте на вопросы так, как будто заявление заполняет именно это лицо. Вы должны знать номер социального страхования этого человека и владеть всей информацией о его финансовом положении. Заполните также раздел В на странице 6.

Заполнение вашего заявления

Вы можете заполнить заявление через Интернет на сайте www.socialsecurity.gov или же использовать прилагаемый конверт с адресом получателя, чтобы отослать заполненное и подписанное заявление по адресу:

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

Отошлите комплект документов с этим заявлением в прилагаемом конверте. Не вкладывайте в конверт никаких дополнительных материалов. Если нам потребуется дополнительная информация, мы с вами свяжемся.

Если у вас есть вопросы при заполнении этого заявления

Вы можете позвонить по бесплатному телефону **1-800-772-1213** или же, если у вас проблемы со слухом, звоните по нашему телефону с текстовым дисплеем **1-800-325-0778**.



Если вы отметили S поле НЕТ или НЕ УВЕРЕН в вопросе 3, ответьте на все нижеследующие вопросы. Если вы женаты/замужем и живете с супругом (супругой), вы должны ответить на все вопросы за себя и за супруга (супругу).

4. Укажите в приведенных ниже полях суммы средств, находящихся на всех банковских счетах, инвестиций или наличных, принадлежащих вам, вашему супругу (вашей супруге), если вы женаты и проживаете совместно, или вам обоим. Укажите также суммы, которыми владеет любой из вас совместно с другим лицом. Укажите только суммы в долларах, а не номера счетов. Если вы или ваш супруг (супруга) не владеете какой-либо из указанных позиций — по отдельности, совместно с супругом (супругой) или совместно с другим лицом, отметьте поле **НЕТ**.

<ul style="list-style-type: none"> Совокупная сумма на всех банковских счетах (чековые, сберегательные и депозитные сертификаты) 	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <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"> Все акции, облигации, сберегательные облигации, взаимные фонды, индивидуальные пенсионные счета (IRA) или иные подобные инвестиции 	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <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"> Любые другие сбережения в наличных, хранящиеся дома или в другом месте 	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

5. Имеете ли вы полис страхования жизни общей номинальной стоимостью 1500 долларов или более? Укажите ответ для себя и супруга (супруги), если он (она) проживает вместе с вами. Если и вы, и ваш супруг (супруга) ответили **НЕТ**, перейдите к вопросу 6.

ВЫ: ДА **НЕТ**

СУПРУГ(-А): ДА **НЕТ**

Если вы или ваш супруг ответили **ДА**, какую сумму вы получите, если прямо сейчас обратите страховой полис в наличные? Укажите сумму. Если и вы, и ваш супруг ответили **ДА**, укажите общую сумму. Это не номинальная стоимость вашего полиса. Вам может понадобиться позвонить в свою страховую компанию, чтобы ответить на этот вопрос.

\$, .

6. Будут ли деньги из какого-либо источника, упомянутого в вопросах 4 или 5, использованы на оплату похорон? Если **ДА**, перейдите к вопросу 7.

Если **НЕТ**, отметьте поле **НЕТ**, а затем перейдите к вопросу 7.

ВЫ: **НЕТ**

СУПРУГ(-А): **НЕТ**

7. Владете ли вы или ваш супруг (супруга), если вы женаты и проживаете совместно, какой-либо недвижимостью помимо своего дома и земельного участка, на котором он расположен?

В качестве примера такой недвижимости можно назвать дачный дом, сдаваемую в аренду собственность или невозделанный участок земли, находящийся в вашей собственности.

ДА **НЕТ**



8. Не считая вашего супруга (вашей супруги), если вы состоите в браке, сколько других родственников проживает совместно с вами, получая **не менее половины** своих финансовых поступлений от вас или вашего супруга (супруги)? Родственником считается любой человек, связанный с вами по крови, в результате брака или усыновления.

Отметьте S только одно поле. **Не включайте в это число себя или вашего супруга (супругу).** Если ваша семья состоит только из вас и вашего супруга (супруги), отметьте S поле **НЕТ**.

НЕТ
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9 ИЛИ БОЛЕЕ

9. Если вы или ваш супруг (супруга), если вы женаты и проживаете совместно, получаете доход из любого из указанных ниже источников, укажите полную сумму своего ежемесячного дохода. **Если сумма ежемесячно изменяется, запишите в соответствующие поля средний доход за последний год для каждого типа источника.** Не указывайте здесь зарплату и доходы от самостоятельной предпринимательской деятельности, доход от процентов, социальную помощь, компенсацию на лечение или выплаты на воспитание приемных детей. Если вы или ваш супруг (супруга) не получаете доход от какого-либо из указанных ниже источников, отметьте S поле **НЕТ** для данного источника.

		Месячный доход
• Пособие по социальному страхованию без вычетов	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
• Пенсионный фонд железнодорожников без вычетов	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
• Пособие ветеранам без вычетов	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
• Другие пенсии или ежегодные выплаты без вычетов. Не указывайте суммы, полученные из любого источника, включенного вами в вопрос 4.	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
• Другой доход, не указанный выше, включая алименты, чистый арендный доход, компенсационные выплаты работникам и т.д. (Укажите): _____	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>

10. Уменьшались ли за последние два года какие-либо из сумм, включенных в вопрос 9? **ДА** **НЕТ**

11. Рассчитываете ли вы на чью-то помощь в оплате любых из следующих расходов, относящихся к ведению домашнего хозяйства: продукты, выплаты по ипотеке, квартирная плата, горючее или газ для отопления, электричество, вода и налоги на имущество? **НЕ включайте** сюда продуктовые талоны, ремонт дома, помощь от жилищных агентств, программу пособий на оплату расходов на энергию, программу доставки горячей пищи инвалидам и престарелым (Meals on Wheels), помощь от «продуктовых банков», «суповых кухонь» или же пособия на лечение и лекарства. Не указывайте незапланированные или случайные незначительные суммы. **ДА** **НЕТ**

Если вы отметили поле **ДА**, укажите сумму за месяц или, если сумма изменяется, укажите среднемесячную сумму за прошедший год.

\$, .



Если в течение последних двух лет вы работали, необходимо ответить на вопросы 12-16. Если вы состоите в браке и проживаете совместно с супругом (супругой), и если кто-либо из вас работал в течение последних двух лет, ответьте на вопросы 12-16. В противном случае, подпишите заявление на странице 6 и вышлите его нам.

12. Какова ваша ожидаемая зарплата до уплаты налогов и отчислений в этом календарном году?

ВЫ: **НЕТ** \$, .

СУПРУГ(-А): **НЕТ** \$, .

13. Если вы предприниматель, каким, по вашему мнению, будет ваш чистый доход в этом календарном году? Отметьте поле НЕТ, если вы не предприниматель, и переходите к вопросу 14.

ВЫ: **НЕТ** \$, .

СУПРУГ(-А): **НЕТ** \$, .

Отметьте это поле, если вы или ваш супруг ожидаете чистые убытки.



ВЫ: **СУПРУГ(-А):**

14. Уменьшались ли за последние два года какие-либо из сумм, включенных в вопрос 12 или 13? **ДА** **НЕТ**

15. Если вы или ваш супруг (супруга) оставили работу в 2007 или 2008 году или планируете оставить работу в 2008 или 2009 году, укажите месяц и год.

ВЫ:

М М Г Г Г Г

СУПРУГ(-А):

М М Г Г Г Г



ПРИМЕР

Для указания месяцев с января по сентябрь впишите в первое поле ноль (0). Май 2007 г. записывается так:

Если вам менее 65 лет, ответьте на вопрос 16. Если вы состоите в браке и проживаете совместно с супругом/супругой, и если вам и вашему супругу/супруге менее 65 лет, ответьте на вопрос 16. В противном случае, подпишите заявление на странице 6 и вышлите его нам.

16. Приходится ли вам или вашему супругу/супруге платить за предметы, позволяющие вам работать? В случае если вы работаете и получаете пособие по социальному обеспечению в связи с инвалидностью или слепотой и если у вас имеются никем не возмещаемые расходы, связанные с работой, мы будем учитывать при расчете лимита только часть ваших заработков. Примеры таких расходов: затраты на лечение и лекарства от СПИДа, рака, депрессии или эпилепсии; инвалидное кресло; услуги по личному уходу; модификации автомобиля, услуги водителя-помощника или иные связанные с работой транспортные расходы; вспомогательные механизмы для работы; собака-поводырь; вспомогательные средства, связанные с сенсорной чувствительностью или зрением; переводы на шрифт для слепых.

ВЫ: **ДА** **НЕТ**

СУПРУГ(-А): **ДА** **НЕТ**



Подписи

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ – ПРОЧТИТЕ ВНИМАТЕЛЬНО

Я/мы понимаю (понимаем), что для вынесения правильного решения Служба социального обеспечения (SSA) будет проверять мои/наши заявления и сравнивать эти данные с данными федеральных и местных правительственных учреждений, а также организаций штата, включая данные Налогового управления (IRS).

Представляя на рассмотрение настоящее заявление, я/мы уполномочиваю (уполномочиваем) SSA на получение и раскрытие в соответствии с применимыми законами, относящимися к сохранению конфиденциальности, информации, связанной с моим/нашим доходом, ресурсами и имуществом как внутри страны, так и за ее пределами. Такая информация, помимо прочего, может включать в себя сведения о моей/нашей зарплате, состоянии счетов, инвестициях, страховых полисах, льготах и пенсиях.

Я/мы заявляю (заявляем) под страхом наказания за лжесвидетельство, что я/мы проверил (проверили) всю информацию, содержащуюся в этой форме, и уверен (уверены), что, насколько мне/нам известно, эта информация истинная и правильная.

Заполните, пожалуйста, раздел А. Если вы не можете подписать документы сами, представитель может сделать это за вас. Если вам кто-нибудь помогает, заполните также раздел В.

РАЗДЕЛ А

Ваша подпись:	Дата:	Номер телефона: () —
Подпись супруга/супруги:	Дата:	
Ваш почтовый адрес:		Кв. №:
Город:	Штат:	Почтовый индекс:

Если ваш почтовый адрес за последние три месяца изменился, отметьте крестиком это поле:

Если вы предпочитаете, чтобы в случае появления дополнительных вопросов мы связались с кем-нибудь еще, укажите, пожалуйста, имя этого человека и телефон, по которому к нему можно обратиться в рабочее время.

Имя печатными буквами:	Фамилия печатными буквами:	Номер телефона: () —
------------------------	----------------------------	--------------------------------

РАЗДЕЛ В

Если вам помогли заполнить это заявление, отметьте поле, определяющее, кем этот человек является, и укажите остальные сведения, запрашиваемые ниже.

<input type="checkbox"/> Член семьи	<input type="checkbox"/> Поверенный	<input type="checkbox"/> Другой юрист	<input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____
<input type="checkbox"/> Друг	<input type="checkbox"/> Агентство	<input type="checkbox"/> Социальный работник	_____

Имя печатными буквами:	Фамилия печатными буквами:	Номер телефона: () —
Адрес:		Кв. №:
Город:	Штат:	Почтовый индекс:



Закон о неприкосновенности частной жизни / Закон о снижении документооборота

Раздел 1860 D-14 *Закона о социальном страховании (Social Security Act)* разрешает собирать информацию, запрашиваемую в данной форме. Предоставленная вами информация будет использована Службой социального обеспечения, чтобы определить ваше право на получение помощи для компенсации затрат в соответствии с программой Medicare по оплате лекарств, отпускаемых по рецепту. Вы можете не предоставлять нам запрошенную информацию. Однако в этом случае мы не сможем принять точное и своевременное решение относительно вашего заявления. Мы можем предоставлять информацию, указанную в настоящем заявлении, в другое правительственное агентство штата, местное или федеральное, в случае если это необходимо для определения вашего права на пособие или если предоставление такой информации требуется в соответствии с федеральными законами.

Мы также можем использовать предоставленную вами информацию для сверки с компьютерными базами данных. Программы сверки данных сравнивают наши записи с другими, имеющимися в распоряжении правительственных агентств на федеральном уровне, уровне штата или местном уровне. Многие агентства могут использовать программы сверки данных, чтобы установить или получить доказательства права человека на получение пособий, выплачиваемых федеральным правительством. Закон позволяет это делать, даже если вы с этим не согласны. Объяснение этих и других причин, по которым предоставленная вами информация может использоваться или предоставляться другим агентствам, можно получить в офисах Службы социального обеспечения. Если вы хотите получить дополнительные сведения по этому вопросу, обратитесь в любой офис Службы социального обеспечения.

Заявление по поводу Закона о снижении документооборота. Данная процедура сбора информации соответствует требованиям закона 44 U.S.C. § 3507, с поправками, содержащимися в разделе 2 *Закона о снижении документооборота от 1995 г. (Paperwork Reduction Act of 1995)*. Вы не должны отвечать на эти вопросы, если только мы не указываем действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления. По нашим оценкам, на прочтение инструкций, подготовку всех необходимых данных и ответы на вопросы уходит около 35 минут. Вы можете передать свои комментарии по поводу наших оценок времени по следующему адресу: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Передавайте по этому адресу только свои замечания по поводу наших оценок времени, а не заполненное заявление.**

ПРИШЛИТЕ НАМ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ПО АДРЕСУ, УКАЗАННОМУ НА ПРИЛАГАЕМОМ КОНВЕРТЕ:

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