



# اداره سوسیال سکيوریتی اطلاعات مهم

**این نامه پیوست فقط برای اطلاع شماست.**

**این صفحات را کامل نکنید.**

**این یک پرسشنامه نیست.**

شما ممکن است در رابطه با پرداخت هزینه داروهای تجویزی خود، واجد شرایط دریافت کمک های اضافی باشید. برنامه داروهای تجویزی مدیکر در رابطه با برنامه های تجویز دارو که انواع مختلف پوشش را عرضه می کنند، به شما امکان انتخاب می دهد.

شما ممکن است بتوانید در رابطه با پرداخت های ماهیانه و سهمیه های مربوط به برنامه جدید داروهای تجویزی مدیکر، کمک های اضافی دریافت کنید.

اما قبل از آنکه بتوانیم به شما کمک کنیم، باید تقاضا نامه مربوطه را پر کنید و با پاکت ضمیمه امروز پست کنید. شما همچنین می توانید این تقاضا نامه را روی اینترنت به نشانی [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) تکمیل کنید. ما تقاضا نامه شما را مورد رسیدگی قرار می دهیم و طی نامه ای به شما اطلاع خواهیم داد که آیا واجد شرایط کمک های اضافی هستید یا خیر. برای استفاده از این کمک اضافی، شما باید در برنامه داروهای تجویزی مدیکر ثبت نام کنید.

اگر برای تکمیل تقاضانامه نیاز به کمک دارید، با سوسیال سکيوریتی با شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید (TTY شماره مخصوص افراد کم شنوا 1-800-325-0778 است). همچنین می توانید از تارنمای [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) دیدن کنید.

اگر در مورد پلان داروهای تجویزی مدیکر یا چگونگی نامنویسی در يك پلان به اطلاعاتی نیاز دارید با شماره 1-800-MEDICARE (شماره افراد کم شنوا 1-877-486-2048) تماس بگیرید یا به آدرس [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) مراجعه فرمائید.

تقاضانامه خود را امروز پست کنید. ما به شما تصمیم خود مبنی بر این موضوع را اطلاع خواهیم داد که آیا برای دریافت کمک های اضافی واجد شرایط هستید یا خیر.

Michael J. Astrue  
Commissioner



# دستورالعمل پر کردن فرم کمک برای هزینه های برنامه داروهای تجویزی مدیکر

آیا شما یا شخصی که به او کمک می کنید تا تقاضا دهد، مدیکر و درآمد اضافی تامین اجتماعی (SSI) یا مدیکر و مدیکر می گیرید؟

اگر جواب آری است، این تقاضا نامه را پر نکنید زیرا شما بطور اتوماتیک کمک های اضافی را دریافت خواهید کرد.

آیا برنامه ایالتی مدیکید پراختهای ماهیانه مدیکر شما را به این جهت که شما عضو برنامه صرفه جوئی مدیکر هستید می پردازد؟

اگر جواب آری است، برای کسب اطلاعات بیشتر با دفتر مدیکیدایالت خود تماس بگیرید. ممکن است که شما این کمک اضافی را بطور اتوماتیک دریافت کنید و نیازی به پر کردن این تقاضانامه نباشد.

چگونگی پر کردن این تقاضانامه

## چگونه این تقاضانامه را تکمیل می کنید

- فقط از قلم مشکی استفاده کنید؛
- شماره ها، حروف و ضربدرها را در داخل خانه ها وارد کنید؛ فقط از حروف بزرگ استفاده کنید؛
- هیچگونه توضیحات اضافی را بر روی تقاضانامه ننویسید؛
- هنگامی که مبالغ را وارد می کنید از علامت \$ استفاده نکنید؛ و
- سنت ها را می توانید به نزدیکترین مبلغ دلار تبدیل کنید.

مثال

در مربع ها X بگذارید. در مربع ها علامت چک نگذاشته و آنها را پر نکنید.



صحیح



ناصحیح

مثال

از حروف بزرگ برای جوابها استفاده کنید



## اگر به دیگری کمک می کنید تا این تقاضا نامه را پر کند

به سوالات طوری جواب دهید که گوئی خود آن شخص است که تقاضانامه را پر می کند. شما باید شماره سوسیال سکيوریتی و اطلاعات مالی آن شخص را بدانید. بخش B در صفحه ۶ را نیز تکمیل کنید.

## تکمیل کردن تقاضانامه تان

شما می توانید تقاضانامه خود را از طریق کامپیوتر و با مراجعه به نشانی [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) تکمیل کنید یا برای این کار تقاضانامه خود را پس از تکمیل و امضا در پاکت دارای آدرس و تمبر ضمیمه قرار داده و به نشانی زیر برگردانید:

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

این تقاضانامه را در پاکت ضمیمه گذاشته و برگردانید. هیچ دیگری در پاکت نگذارید. اگر ما به اطلاعات دیگری نیاز داشته باشیم با شما تماس خواهیم گرفت.

## اگر در مورد تکمیل این تقاضانامه سوالی دارید یا کمک می خواهید

می توانید با شماره رایگان 1-800-772-1213 تماس بگیرید. چنانچه شما ناشنوا یا کم شنوا هستید می توانید با شماره مخصوص افراد کم شنوا 1-800-325-0778 تماس بگیرید.

<p>تقاضا نامه کمک برای هزینه های برنامه داروهای تجویزی مدیکر</p>
<p>این فرم نام شما را در پلان های داروهای تجویزی مدیکر ثبت نمی کند.</p>

1 نام متقاضی: نام را آنگونه که در کارت سوسیال سکیوریتی درج شده بنویسید. از هر کدام از مربع ها برای يك حرف استفاده کنید.

	نام وسط		نام
--	---------	--	-----

پسوندد (جونیر، سینیر، و غیره)

نام خانوادگی

--	--	--

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

تاریخ تولد متقاضی

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

شماره سوسیال سکیوریتی متقاضی

(سال سال سال-روز-روز-ماه ماه)

2 اگر شما متأهل هستید و با همسر خود زندگی می کنید، لطفاً اطلاعات زیر را که مربوط به همسران است وارد کنید. اگر در حال حاضر متأهل نیستید یا با همسران زندگی نمی کنید به سوال 3 بروید.

	نام وسط		نام
--	---------	--	-----

پسوندد (جونیر، سینیر، و غیره)

نام خانوادگی

--	--	--

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

تاریخ تولد متقاضی

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

شماره سوسیال سکیوریتی همسر متقاضی

(سال سال سال-روز-روز-ماه ماه)

اگر همسران مدیکر دارد آیا او نیز مایل است برای کمک اضافی تقاضا دهد؟  خیر  بلی

3 اگر شما متأهل هستید و با خود زندگی می کنید، پس انداز، سرمایه گذاری ها و املاک شما بیش از 23,970 دلار ارزش دارد؟ اگر شما متأهل نیستید یا با همسران زندگی نمی کنید، پس انداز، سرمایه گذاری ها و املاک شما بیش از 11,990 دلار ارزش دارد؟ خانه ای را که در آن زندگی می کنید، اتومبیل هایتان، اموال شخصی زمینهای مخصوص دفن یا قراردادهای غیر قابل فسخ کفن و دفن را به حساب نیاورید.

آری اگر در خانه مربوط به جواب آری علامت X گذاشتید، متوقف شوید. شما برای کمک های اضافی واجد شرایط نیستید و لازم نیست که این تقاضانامه را به ما برگردانید. اگر به نامه ای احتیاج دارید که نشان دهد شما واجد شرایط نیستید، تقاضانامه صفحه 6 را امضاء کنید و آن را به ما برگردانید.

آری

خیر اگر در خانه مربوط به جواب خیر یا مطمئن نیستم علامت X گذاشتید بقیه این تقاضانامه را پر کنید و آن را به ما برگردانید.

خیر

اگر در سوال ۳ در خانه مربوط به جواب خیر یا مطمئن نیستم علامت X گذاشتید، به همه سوالات زیر پاسخ دهید. اگر متأهل هستید و با همسرتان زندگی می کنید، باید همه سوالات مربوط به هر دو نفر را پاسخ دهید.

4 لطفاً مبلغ پول مربوط به تمامی حساب های بانکی، سرمایه گذاری ها یا مبالغ نقدی را که متعلق به شما، همسرتان، اگر ازدواج کرده اید و با هم زندگی می کنید، یا هر دوی شماست در خانه های زیر وارد کنید. اقلامی را که هر کدام از شما با شخص دیگری مالک آن هستید به حساب آورید. فقط مبلغ دلاری را وارد کنید و نه شماره حساب. اگر شما یا همسرتان چه بصورت جداگانه، چه بطور مشترک و چه با شخص دیگری مالک آنچه که در لیست آمده نیستید، در خانه مربوط به هیچکدام علامت X بگذارید.

هیچ	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ]	جمع کل تمام حساب های بانکی (جاری، پس انداز و گواهی های واریز)
هیچ	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ]	جمع کل تمام سهام، اوراق قرضه، قرضه های پس انداز، منابع موسوم به میوچوال فاندن، حساب های بازنشستگی شخصی یا سرمایه گذاری های مشابه دیگر
هیچ	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ]	هیچ مبلغ نقد دیگری در خانه یا هر جای دیگر

5 آیا شما دارای بیمه عمری هستید که جمع ارزش اسمی آن بیش از ۰۰۵۱ دلار است؟ برای خود و همسرتان، اگر همسرتان با شما زندگی می کند جواب دهید. اگر برای شما و همسرتان هر دو، جواب خیر بدهید، به سوال شماره ۶ بروید.

شما:  بله  خیر

همسر:  بله  خیر

اگر جواب برای شما و یا همسرتان آری است، چنانچه بیمه نامه های عمر خود را همین امروز نقد کنید چه مبلغی عایدتان می شود؟ مبلغ را وارد کنید. اگر هم برای خود و هم برای همسرتان جواب آری بود جمع مبلغ را وارد کنید. مبلغ اسمی بیمه نامه های شما مورد نظر نیست. برای جواب دادن به این سوال شاید لازم باشد با شرکت بیمه خود تماس بگیرید.

\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ]

6 آیا مبلغی پول از منابع ذکر شده در سوالات ۴ و ۵ برای پرداخت مخارج کفن و دفن استفاده خواهد شد؟

شما:  بله  خیر

همسر:  بله  خیر

7 غیر از خانه و زمینی که در آن واقع شده، آیا شما یا همسرتان، اگر ازدواج کرده اید و با هم زندگی می کنید، صاحب هیچ ملک دیگری هستید؟ بعنوان مثال خانه های تابستانی، املاک اجاری یا زمینهای ساخته نشده ای که صاحب آن باشید.

بله  خیر

8 بدون احتساب همسران اگر متأهل هستید، چند نفر از خویشاوندان شما در خانه وار شما زندگی می کنند که حداقل نصف حمایت‌های مالی آنها از طرف شما یا همسران تأمین می شود؟ ما خویشاوندان نسبی، سببی (ازدواج) یا فرزند خواندگی به حساب می آوریم.

فقط در یک خانه علامت X بگذارید. در شماره ای که وارد می کنید خود یا همسران را به حساب نیاورید. اگر خانوار شما فقط شامل شما و همسران است، در مربع هیچکس علامت بزنید X بگذارید.

هیچکس 1 2 3 4 5 6 7 8 9 یا بیشتر

9 اگر شما یا همسران چنانچه ازدواج کرده اید و با هم زندگی می کنید، از هر کدام از منابع ذکر شده در پائین درآمدی دریافت می کنید، لطفاً جمع مبلغ ماهانه‌های را که دریافت می کنید را وارد کنید. اگر این مبلغ هر ماهه تغییر می کند یا شما آن را هر ماه دریافت نمی کنید، متوسط درآمد ماهانه سال گذشته برای هر کدام از انواع ذکر شده را در خانه های مربوطه وارد کنید. دستمزدها و درآمدهای کار مستقل، درآمد ناشی از بهره، کمک های دولتی، باز پرداخت های مخارج پزشکی یا پرداخت های مربوط به نگهداری فرزند را اینجا وارد نکنید. اگر شما یا همسران هیچ کدام از منابع ذکر شده در زیر را دریافت نمی کنید، در خانه هیچ برای آن منبع در زیر علامت ضربدر X بگذارید.

مزایای ماهانه		
• مزایای سوسیال سکیوریتی قبل از کسورات	هیچ	\$ . ,
• مزایای بازنشستگی راه آهن قبل از کسورات	هیچ	\$ . ,
• مزایای کهنه سپاهیان قبل از کسورات	هیچ	\$ . ,
• سایر پانسیون ها یا مقرری ها قبل از کسورات. (پولی را که از هر کدام از اقلام ذکر شده در سوال ۶ دریافت می کنید به حساب نیاورید)	هیچ	\$ . ,
• درآمدهای دیگر که در بالا ذکر نشده از جمله نفقه، درآمد خالص اجاره، غرامت کارگران، و غیره (مشخص کنید):	هیچ	\$ . ,

10 آیا هر کدام از مبالغی که در سوال ۹ ذکر کرده اید طی دو سال گذشته کاهش یافته است؟

بلی خیر

11 آیا شما بر روی هیچ کس در جهت پرداخت هیچکدام از این مخارج خانگی - غذا، قسط خانه، اجاره، مخارج سوخت یا گاز، برق، آب و مالیات ملک حساب می کنید؟ فود استامپ، تعمیرات خانگی، کمک های دریافتی از سازمان های اسکان، برنامه کمک در پرداخت انرژی، تحویل غذا در منزل (میلز آن ویلز)، کمک های بانکهای غذایی، اسپزخانه های سوپ یا کمک در رابطه با معالجات پزشکی و داروها را به حساب نیاورید. مبالغ پول کم و گاهگاهی را بحساب نیاورید.

بلی خیر

اگر در خانه آری علامت X گذاشته اید مبلغ ماهانه را وارد کنید یا، اگر مبلغ مربوطه هر ماه تغییر می کند متوسط مبلغ ماهانه سال قبل را وارد کنید.

\$ . ,

اگر در دو سال گذشته کار کرده اید باید به سوالات ۲۱ تا ۶۱ پاسخ دهید. اگر ازدواج کرده اید و با همسر خود زندگی می کنید و یکی از شما در دو سال گذشته کار کرده است لازم است به سوالات ۲۱ تا ۶۱ پاسخ دهید. در غیر این صورت تقاضا نامه را در صفحه ۶ امضاء کنید و آن را به ما برگردانید.

12 برای این سال تقویمی انتظار دارید بدون در نظر گرفتن مالیات و کسورات چه دستمزدی عایدتان شود؟

شما:  هیچ  \$  ,  .

همسر:  هیچ  \$  ,  .

13 برای این سال تقویمی انتظار دارید درآمد یا ضرر خالص کار شخصی شما چقدر باشد؟ اگر برای خود کار نکنید در خانه هیچ علامت ضربدر X بگذارید و به سؤال ۴۱ بروید.

شما:  هیچ  \$  ,  .

همسر:  هیچ  \$  ,  .

اگر شما یا همسرتان انتظار دارید ضرر خالصی عایدتان شود، در خانه مربوطه علامت ضربدر X بگذارید.

شما:  همسر:

14 آیا مبالغی که در رابطه با سوالات ۲۱ یا ۳۱ به حساب آورده اید در دو سال گذشته کاهش یافته است؟

بله  خیر

15 اگر شما یا همسرتان، در سال ۲۰۰۷ یا ۲۰۰۸ دست از کار کشیده اید یا در نظر دارید در ۲۰۰۸ یا ۲۰۰۹ دست از کار بکشید، ماه و سال مربوطه را وارد کنید.

**مثال**

برای ژانویه تا سپتامبر در مربع اولی سمت چپ • بگذرانید. ماه مه ۲۰۰۷ اینطور نوشته می شود:

0	5	2	0	0	7
سال	سال	سال	سال	سال	ماه

شما:  2 0

همسر:

شما:  2 0

همسر:

اگر کمتر از ۵۶ سال دارید به سوال ۶۱ پاسخ دهید. اگر ازدواج کرده اید و با همسرتان زندگی می کنید و شما یا همسرتان کمتر از ۵۶ سال دارید به سوال ۶۱ پاسخ دهید. در غیر این صورت تقاضا نامه را در صفحه ۶ امضاء کرده و آن را به ما برگردانید.

16 آیا شما و همسرتان، باید برای چیزهایی که شما را قادر به کار کردن می سازد پولی بپردازید؟ اگر شما کار می کنید و بر مبنای معلولیت یا نابینایی از مزایای سوسیال سکيوریتی استفاده می کنید و مخارج مربوط به کار کردن را متحمل می شوید و این مخارج باز پرداخت نمی گردد، در رابطه با محدودیت درآمد، ما تنها قسمتی از درآمد شما را به حساب می آوریم. مثال هایی از این مخارج عبارتند از هزینه معالجات پزشکی و داروهای مربوط به ایدز، سرطان، افسردگی، یا صرع؛ صندلی چرخدار؛ خدمات مراقب شخصی؛ تعدیل های مربوط به وسیله نقلیه، راننده کمکی یا سایر نیازهای حمل و نقل مربوط به کار؛ تکنولوژی های کمکی مربوط به کار؛ مخارج سگ راهنما؛ کمک های مربوط به سنسور و بینایی؛ و ترجمه های بریل (الفبای نابینایان).

شما:  بله  خیر  همسر:  بله  خیر



## امضا ها

### اطلاعات مهم – لطفاً بدقت بخوانید

من/ ما این موضوع را درک می کنیم که اداره سوسیال سکیوریتی (SSA) اظهارات من/ ما را چک کرده و سوابق خود را با سوابق سازمان های دولت فدرال، ایالتی، و محلی، از جمله اداره مالیات (IRS) تطبیق می کند تا اطمینان یابد که تصمیم گیری در این مورد صحیح بوده است.

با تسلیم این تقاضا نامه من/ ما به اداره سوسیال سکیوریتی اجازه می دهیم اطلاعات مربوط به درآمد، منابع، و دارایی های من/ ما، چه در خارج و چه در داخل آمریکا را بدست آورده و در موارد لازم در اختیار دیگران قرار دهد. این کار با در نظر گرفتن قوانین جاری مربوط به موارد خصوصی افراد انجام می شود. این اطلاعات می تواند از جمله شامل اطلاعات مربوط به دستمزدها، باقی مانده های حساب، سرمایه گذاری ها، بیمه نامه ها، مزایا و پانسوین های من/ ما باشد.

من/ ما با قبول مسئولیتهای قانونی شهادت دروغ اعلام میدارم/میداریم که من/ ما تمامی اطلاعات قید شده در این فرم را بررسی کرده و تا آنجا که اطلاع دارم/داریم تمامی اطلاعات درست و صحیح می باشند.

لطفاً قسمت A را تکمیل کنید. اگر نمی توانید امضا کنید، یک نفر نماینده می تواند بجای شما امضا کند. اگر شخص دیگری به شما کمک کرده، بخش B را نیز تکمیل کنید.

بخش A		
امضای شما	تبلیخ	شماره تلفن:
امضای همسر شما	تبلیخ	( ) - ____
آدرس پستی شما	شماره آپارتمان	
شهر	ایالت	کد پستی

نام با حروف بزرگ	نام خانوادگی با حروف بزرگ	شماره تلفن:
		( ) - ____

اگر در خلال سه ماه گذشته آدرس خود را عوض کرده اید اینجا علامت ضربدر X بگذارید:

اگر سوالات دیگری داشته باشیم و ترجیح می دهید که در این مورد با کس دیگری تماس بگیریم، لطفاً نام و شماره تلفن روزانه آن شخص را ذکر کنید:

نام با حروف بزرگ	نام خانوادگی با حروف بزرگ	شماره تلفن:
		( ) - ____
بخش B		
<input type="checkbox"/> عضو خانواده:	<input type="checkbox"/> وکیل	<input type="checkbox"/> هواخواه دیگر
<input type="checkbox"/> دوست	<input type="checkbox"/> سازمان	<input type="checkbox"/> مددکار اجتماعی
<input type="checkbox"/> دیگر، مشخص کنید	<input type="checkbox"/> دیگر، مشخص کنید	
نام با حروف بزرگ	نام خانوادگی با حروف بزرگ	شماره تلفن
		( ) - ____
آدرس	شماره آپارتمان	
شهر	ایالت	کد پستی



## قانون مربوط به موارد خصوصی افراد/ آگهی کاهش تشریفات اداری

بخش ۱۴-D ۱۸۶۰ قانون سوسیال سکیوریتی جمع آوری اطلاعات درخواست شده در این فرم را مجاز می شمارد. اطلاعاتی را که شما عرضه می کنید بدین جهت مورد استفاده قرار می گیرد تا اداره سوسیال سکیوریتی را قادر سازد که مشخص کند آیا شما برای پرداخت سهمیه هزینه یک برنامه داروهای تجویزی مدیر و اجد شرایط دریافت کمک هستید یا خیر. شما مجبور نیستید اطلاعات درخواست شده را به ما بدهید. اما اگر شما این اطلاعات را عرضه نکنید، در رابطه با تقاضا نامتان ما قادر نخواهیم بود یک تصمیم دقیق و بموقع اتخاذ کنیم. ما ممکن است اطلاعات عرضه شده در این فرم را در اختیار یک سازمان دیگر دولت فدرال، ایالتی یا محلی قرار دهیم تا در مشخص ساختن و اجد شرایط بودن شما برای کمک اضافی به ما کمک کنید و یا آنکه قانون فدرال در اختیار گذاشتن این اطلاعات را مقرر سازد.

ما همچنین ممکن است هنگامی که سوابق خود را از طریق کامپیوتر تطبیق می دهیم از اطلاعاتی که به ما داده اید استفاده کنیم. برنامه های تطبیقی پرونده های ما را با پرونده های دیگر سازمان های دولت فدرال، ایالتی یا محلی مقایسه می کند. بسیاری از سازمان ها ممکن است از برنامه های تطبیقی استفاده کنند تا دریابند یا ثابت کنند که شخصی و اجد شرایط مزایای پرداخت شده توسط دولت فدرال هست یا خیر. قانون به ما اجازه می دهد این کار را انجام دهیم ولو آنکه با آن موافق نباشیم. توضیحات مربوط به این امر و سایر دلایلی که مشخص می سازد چرا اطلاعات عرضه شده توسط شما ممکن است مورد استفاده قرار گیرد یا در اختیار منبع دیگری گذاشته شود در دفاتر سوسیال سکیوریتی عرضه می شود. اگر مایلید در این مورد آگاهی های بیشتری داشته باشید با اداره سوسیال سکیوریتی تماس بگیرید.

بیانیه کاهش تشریفات اداری – این جمع آوری اطلاعات با مقررات U.S.C. § 3507 44 ، بدانگونه که توسط بخش 2 قانون کاهش تشریفات اداری مصوب 1995 اصلاح شده همخوانی دارد. شما مجبور نیستید به این سوالات پاسخ دهید مگر آنکه ما یک شماره کنترل داره مدیریت و بودجه را ارائه دهیم. ما حدس می زنیم که خواندن این راهنمایی ها، جمع آوری حقایق ، و پاسخ به سوالات مربوطه حدود ۳۵ دقیقه وقت می گیرد. شما می توانید نظر خود راجع به تخمین زمان ما را به آدرس زیر اطلاع دهید: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401 فقط نظرات خود راجع به تخمین زمان را به این آدرس بفرستید، و نه فرم تکمیل شده را.

فرم تکمیل شده را برای ما و به آدرسی که روی پاکت تمبر دار ضمیمه چاپ شده به آدرس زیر بفرستید.

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