

Սոցիալական ապահովության վարչություն Կարելոր տեղեկատվություն



ԽԵՂՅՆ ԸՂՂԵԿՉԸՂ ՆԱՄԱԿԸ ՄԻԱՅՆ ԿԵՂԵԿԱԿԾԸՂԹՅԱՆ ՀԱՄԱՀ Է: ՄԻ՝ ԼՀԱՉՀԵՄ ՀԵԿԵԾՅԱԼ ԷԻԵՀԸ: ԽԱ ԳԻՄԸՂՄ-ՀԱՅԿԱՀԱՀԱԳԻՀ ԹԷ:

Դուք կարող եք իրավասու լինել դեղատոմսով բաց թողնվող ձեր դեղերի վճարման նպատակով հավելյալ օգնություն ստանալու համար:

«Medicare»-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ծրագիրը ձեզ տալիս է վճարման տարբեր ծածկույթներ առաջարկող դեղատոմսերի պլաններ ընտրելու հնարավորություն:

Դուք կարող եք հնարավորություն ունենալ ստանալու հավելյալ օգնություն՝ վճարելու «Medicare»-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ծրագրին առնչվող հաշվառվող ամսական ապահովաքրավճարները, տարեկան պահումները, եւ կողմնակի վճարումները:

Սակայն մինչգգեւ մենք կկարողանանք օգնել ձեզ, **դուք պետք է լրացնեք դիմում-հայտարարագիրը, դնեք այն առդիր ծրարի մեջ եւ այսօր իսկ ուղարկեք այն:** Կամ էլ դուք կարող եք լրացնել www.socialsecurity.gov կայքում գտնվող էլեկտրոնային դիմում-հայտարարագիրը: Չեր դիմում-հայտարարագիրը ուսումնասիրելուց հետո մենք ձեզ կհայտնենք, թե, արդյո՞ք, դուք համապատասխանում եք հավելյալ օգնություն ստանալու համար: Հավելյալ օգնությունից օգտվելու համար դուք պետք է ընդգրկվեք «Medicare»-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ծրագրում:

Եթե դիմում-հայտարարագիրը լրացնելու գործում դուք օգնության կարիք ունենաք, ապա զանգահարե՛ք Սոցիալական Ապահովության Ծառայություն՝ **1-800-772-1213** (լսողությունից զուրկ անձանց համար՝ [TTY] **1-800-325-0778**) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք լրացուցիչ տեղեկատվություն ստանալ www.socialsecurity.gov կայքից:

«Medicare»-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի պլանների կամ պլանում ընդգրկվելու մասին տեղեկատվություն ստանալու կարիք ունենա՞նալու դեպքում, զանգահարե՛ք 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048) հեռախոսահամարով կամ այցելե՛ք www.medicare.gov կայքը:

Ուղարկե՛ք փոստով ձեր դիմում-հայտարարագիրը այսօր: Մենք ձեզ կտանք որոշում, թե, արդյո՞ք, դուք համապատասխանում եք հավելյալ օգնություն ստանալու համար:

Michael J. Astrue
Հանձնակատար

Ընդհանուր հրահանգներ «Medicare»-ի դեղատոմսերով բաց թողնվող դեղերի պլանային ծախսերի հետ կապված օգնություն ստանալու համար դիմում-հայտարարագիրը լրացնելու վերաբերյալ



Արդյո՞ք դուք կամ այն անձը, որին դուք օգնում եք դիմելու հարցում, ունեք «Medicare» եւ Լրացուցիչ սոցիալական եկամուտ («SSI») կամ «Medicare» եւ «Medicaid»:

Եթե ձեր պատասխանն «ԱՅՈ» է, ապա մի՛ լրացրեք սույն դիմում-հայտարարագիրը, քանի որ դուք ինքնաբերաբար կստանաք հավելյալ օգնությունը:

Արդյո՞ք ձեր նահանգի «Medicare»-ի ծրագիրը ձեզ վճարում է «Medicare»-ի ձեր ապահովագրավճարները, քանի որ դուք պատկանում եք «Medicare»-ի խնայողական ծրագրին:

Եթե պատասխանը «ԱՅՈ» է, ապա լրացուցիչ տեղեկատվության համար դիմե՛ք ձեր նահանգի «Medicare»-ի գրասենյակին: Դուք կարող էիք ինքնաբերաբար ստանալ հավելյալ օգնությունը՝ առանց սույն դիմում-հայտարարագիրը լրացնելու անհրաժեշտության:

Ինչպե՞ս լրացնել սույն դիմում-հայտարարագիրը

- Օգտագործե՛ք ՄԵՎ ԹՎՆԱՔ միայն.
- Տեղավորե՛ք ձեր թվերը, տառերը եւ «X» նշանները վանդակների ներսում, գրե՛ք միայն ՄԵԾԱՏԱՌ-ԵՐՈՎ.
- Մի՛ ավելացրե՛ք որևէ ձեռագիր մեկնաբանություններ դիմում-հայտարարագրում.
- Դրամային գումարներ մուտքագրելիս, դոլարի նշաններ մի՛ օգտագործե՛ք. եւ
- Սենտերը կարող են կլորացվել մինչեւ մոտակա ամբողջական դոլարը:

ՕՐԻՆԱԿ

Տեղավորե՛ք «X» վանդակում: Մի՛ լրացրեք կամ նշում արեք վանդակներում:

X	✓	✗
ճԻՇԿ		ՈՉ ՃԻՇԿ

ՕՐԻՆԱԿ

Պատասխանները մուտքագրելիս, օգտագործե՛ք մեծատառեր

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

Եթե դուք օգնում եք այլ անձի սույն դիմում-հայտարարագրի հարցում

Պատասխանե՛ք հարցերին, իբր այդ անձն է լրացնում դիմում-հայտարարագիրը: Դուք պետք է իմանաք այդ անձի Սոցիալական ապահովության համարը եւ ֆինանսական տեղեկատվությունը: Լրացրե՛ք նաեւ Բաժին B-ն 6-րդ էջի վրա:

Չեր դիմում-հայտարարագրի լրացնելը

Դուք կարող եք լրացնել էլեկտրոնային դիմում-հայտարարագիրը www.socialsecurity.gov կայքում կամ, օգտագործելով հասցե եւ նամակահիշ պարունակող կից ծրարը, վերադարձնել ձեր ստորագրված դիմում-հայտարարագիրը ստորեւ հասցեով՝

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

Վերադարձրե՛ք սույն դիմում-հայտարարագրի փաթեթը կից ծրարի մեջ: Մի՛ կցեք որևէ այլ բան ծրարում: Եթե մենք լրացուցիչ տեղեկատվության կարիք ունենանք, ապա մենք կդիմենք ձեզ:

Եթե սույն դիմում-հայտարարագիրը լրացնելուց հարցեր կունենաք կամ օգնության կարիք կլինի

Դուք կարող եք անվճար զանգահարել մեզ **1-800-772-1213** հեռախոսահամարով, կամ՝ եթե խուլ եք կամ լսողության դժվարություն ունեք, ապա կարող եք զանգահարել մեր TTY հեռախոսահամարով՝ **1-800-325-0778**:



Գիմուն-հայտարարագիր «Medicare»-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի պլանային ծախսերի հետ կապված օգնություն ստանալու համար

ՄՐԱՆՈՎ ԴՈՒՔ ՉԵՔ ԸՆԴԳՐԿՎՈՒՄ «MEDICARE»-Ի ԳԵՂԱՏՈՄՍՈՎ ԲԱՅ ԹՈՂՆՎՈՂ ԳԵՂԵՐԻ ՊԼԱՆՈՒՄ:

1. Գիմողի անունը, ազգանունը. Տպեք ինչպես գրված է ձեր Սոցիալական քարտում: Յուրաքանչյուր տառը տպեք առանձին վանդակում:

Blank boxes for first name and last name (2nd part).

Blank boxes for middle name.

Blank boxes for birth date (month, day, year).

Blank boxes for Social Security Number (SSN).

Blank boxes for Medicare Number (BA-OO-SSSS).

ԳԻՄՈՂԻ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԸ

ԳԻՄՈՂԻ ԾՆՆԳՅԱՆ ՏԱՐԵԹԻՎԸ (ԱԱ-ՕՕ-ՏՏՏՏ)

2. Եթե դուք ամուսնացած եք եւ ապրում եք ձեր ամուսնու (կնոջ) հետ, ապա ներկայացրեք հետևյալ տեղեկատվությունը ինչպես նշված է ձեր ամուսնու (կնոջ) Սոցիալական քարտում: Եթե դուք ներկայումս ամուսնացած չեք կամ դուք ձեր ամուսնու (կնոջ) հետ չեք ապրում, ապա անցեք հարց 3-ին եւ մի ներառեք որևէ տեղեկատվություն ձեր կնոջ (ամուսնու) մասին սույն դիմում-հայտարարագրում:

Blank boxes for first name and last name (2nd part) of spouse.

Blank boxes for middle name of spouse.

Blank boxes for birth date (month, day, year) of spouse.

Blank boxes for Social Security Number (SSN) of spouse.

Blank boxes for Medicare Number (BA-OO-SSSS) of spouse.

ԿՆՈՋ (ԱՄՈՒՄՆՈՒ) ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԸ

ԿՆՈՋ (ԱՄՈՒՄՆՈՒ) ԾՆՆԳՅԱՆ ՏԱՐԵԹԻՎԸ (ԱԱ-ՕՕ-ՏՏՏՏ)

Եթե ձեր ամուսինը (կինը) ունի «Medicare», արդյո՞ք նա ցանկանում է դիմել նաև հավելյալ օգնության համար:

Radio buttons for 'Yes' (ԱՅՈ) and 'No' (ՈՉ).

3. Եթե դուք ամուսնացած եք եւ ապրում եք ձեր ամուսնու (կնոջ) հետ, ապա արդյո՞ք ձեր խնայողությունների, ներդրումների կամ անշարժ գույքի արժեքը կազմում է \$23,970 դոլարից ավելի կամ դուք չեք ապրում ձեր ամուսնու (կնոջ) հետ, ապա արդյո՞ք ձեր խնայողությունների, ներդրումների կամ անշարժ գույքի արժեքը կազմում է \$11,990 դոլարից ավելի: ՄԻ ընդգրկեք ձեր տունը, ավտոմեքենաները, անձնական սեփականությունը, գերեզմանոցի հողաբաժինը կամ ոչ ետ կանչելի թաղման պայմանագրերը:

Yes: Եթե տեղադրեք [X] նշանը «ԱՅՈ» վանդակում, ապա ԿԱՆԳ ԱՌԵՔ: Դուք իրավասու չեք հավելյալ օգնություն ստանալու համար եւ կարիք չունեք վերադարձնելու մեզ այս դիմում-հայտարարագիրը: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է նամակ առ այն որ դուք իրավասու չեք, ապա ստորագրեք դիմում-հայտարարագիրը էջ 6-ում եւ վերադարձրեք այն մեզ:

No: Եթե տեղադրեք [X] նշանը «ՈՉ» կամ «ՀԱՄՈՋՎԱԾ ՉԵՄ» վանդակում, ապա լրացրեք դիմում-հայտարարագրի մնացած մասը եւ վերադարձրեք այն մեզ:



Եթե հարց 3-ում տեղադրեք նշանը «ՈՉ» կամ «ՀԱՄՈՉՎԱԾ ՉԵՄ» վանդակում, ապա պատասխանեք հետևյալ հարցերից բոլորին: Եթե դուք ամուսնացած եք եւ ապրում եք ձեր ամուսնու (կնոջ) հետ, ապա դուք պետք է պատասխանեք ձեզ երկուսիդ վերաբերող բոլոր հարցերին:

4. Խնդրվում է ստորեւ վանդակներում մուտքագրել բոլոր բանկային հաշիվների, ներդրումների կամ կանխիկ դրամի դրամական գումարները, որոնք պատկանում են ձեզ, ձեր ամուսնուն (կնոջը), եթե ամուսնացած եք եւ ապրում եք միասին, կամ ձեզ երկուսիդ: Նշեք այն իրերը, որոնք պատկանում են ձեզանից որեւէ մեկին այլ անձի հետ միասին: Նշեք միայն դոլարային թվերը, այլ ոչ թե՛ բանկային հաշիվները: Եթե ձեզ կամ ձեր ամուսնուն (կնոջը) չի պատկանում նշված իրը՝ լինի առանձին, համատեղ կամ այլ անձի հետ, ապա դրեք նշանը «ՉԿԱ» վանդակում:

• Բոլոր բանկային հաշիվների համակցված ընդամենը (չեկային, խնայողական եւ ավանդային վկայագրեր)	<input type="text"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Բոլոր բաժնետոմսեր ի համակցված ընդամենը, պարտատոմսեր, խնայողական պարտատոմսեր, փոխադարձ ֆոնդեր, Անհատական կենսաթոշակային հաշիվներ կամ համանման այլ ներդրումներ	<input type="text"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Տանը կամ այլ վայրում պահվող ցանկացած այլ կանխիկ դրամ	<input type="text"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

5. Արդյո՞ք դուք ունեք կյանքի ապահովագրեր 1.500 դոլարից ավելի ընդհանուր անվանական արժեքով: Պատասխանեք ձեր եւ ձեր ամուսնու (կնոջ) անունից, եթե ձեր ամուսինը (կինը) ապրում է ձեզ հետ: **Եթե** դուք պատասխանում եք «ՈՉ» եւ՝ ձեր եւ՝ ձեր ամուսնու (կնոջ) անունից, ապա անցե՛ք հարց 6-ին:

ԳՈՒՔ՝ ԱՅՈ ՈՉ

ԱՄՈՒՍԻՆ (ԿԻՆ)՝ ԱՅՈ ՈՉ

Եթե դուք ձեզանից որեւէ մեկի անունից պատասխանել եք «ԱՅՈ», ապա որքա՞ն գումար դուք կստանաք, եթե այս պահին դիմելու լինեիք ձեր ապահովագրի համար: Մուտքագրե՛ք գումարը: Եթե դուք եւ՝ ձեր եւ՝ ձեր ամուսնու (կնոջ) անունից պատասխանել եք «ԱՅՈ», ապա մուտքագրե՛ք միացյալ գումարը: Մա ձեր ապահովագրի անվանական արժեքը չէ: Կարող է պահանջվել, որ դուք զանգահարեք ձեր ապահովագրական ընկերությանը՝ այս հարցին պատասխանելու գործում նրանցից օգնություն ստանալու համար:

\$, .

6. Արդյո՞ք դուք **հարցեր 4-ում եւ 5-ում** նշված աղբյուրներից գումարները օգտագործելու են թաղման կամ հուղարկավորման ծախսերը հոգալու համար: **Եթե** «ԱՅՈ», **ապա անցե՛ք հարց 7-ին:** Եթե **ՈՉ**, ապա տեղադրեք «ՈՉ» վանդակում եւ այնուհետեւ անցե՛ք հարց 7-ին:

ԳՈՒՔ՝ ՈՉ

ԱՄՈՒՍԻՆ (ԿԻՆ)՝ ՈՉ

7. Արդյո՞ք դուք կամ ձեր ամուսինը (կինը), եթե ամուսնացած եք եւ ապրում եք միասին, միասին տիրապետում եք որեւէ այլ անշարժ գույքի, բացի ձեր տնից եւ դրանով զբաղեցրած ունեցվածքից: Այլ անշարժ քույքի օրինակներից են ձեզ պատկանող ամառանոցները, վարձակալած ԱՅՈ ՈՉ գույքը կամ չնշակված հողը:

ԱՅՈ ՈՉ



ԹԼՀԱՁՆԵԼ: ԽԱ ԳԻՄՐՂՄ-ՀԱՅԿԱՀԱՀԱԳԻՀ ԹԷ:

8. Չհաշված ձեր ամուսնուն (կամ կնոջե), եթե ամուսնացած եք, քանի՞ այլ ազգականներ ապրում են ձեր տնային տնտեսությունում եւ ստանում են իրենց ֆինանսական աջակցության **առնվազն կեսը** ձեզանից կամ ձեր ամուսնուց (կամ կնոջից): Մենք հաշվում ենք ազգականների, որոնք կապված են ձեզ հետ արյան, ամուսնության կամ որդեգրման միջոցով:

Տեղադրե՛ք նշանը միայն մեկ վանդակում: **Այս թվի մեջ մի՛ ընդգրկեք ձեզ կամ ձեր ամուսնուն:** Եթե ձեր տնային տնտեսությունը բաղկացած է միայն ձեզանից եւ ձեր ամուսնուց (կամ կնոջից), ապա տեղադրե՛ք նշանը «**ՉԿԱ**» վանդակում:

<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"/>
ՉԿԱ	1	2	3	4	5	6	7	8	9 կամ ավելի

9. Եթե դուք կամ ձեր ամուսինը (կամ կինը), եթե ամուսնացած եք եւ ապրում եք միասին ստանում եք եկամուտ ստորեւ նշված աղբյուրներից դուրս, ապա մուտքագրե՛ք ընդհանուր եկամուտը, որը դուք ստանում եք ամեն ամիս: **Եթե գումարը փոփոխվում է ամսից ամիս կամ դուք չեք ստանում այն ամեն ամիս**, ապա համապատասխան վանդակներում **մուտքագրե՛ք միջին ամսական եկամուտը անցյալ տարվա համար՝ յուրաքանչյուր տեսակի կտրվածքով:** Այստեղ մի՛ նշեք աշխատավարձերը եւ ինքաշխատությունը, տոկոսադրույքից առաջացած եկամուտը, պետական օգնությունը, բժշկական փոխհատուցումները կամ որդեգրված երեխաների խնամքի վճարները: Եթե դուք կամ ձեր ամուսինը (կամ կինը) եկամուտ չեք ստանում ստորեւ նշված աղբյուրներից, ապա տեղադրե՛ք նշանը «**ՉԿԱ**» վանդակում:

		Ամսական նպաստ
• Սոցիալական ապահովության նպաստներ նախքան պահումները	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Երկաթգծի բնագավառի կենսաթոշակ նպաստներ նախքան պահումները	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Վետերանների նպաստներ նախքան պահումները	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Այլ կենսաթոշակներ կամ տարեկան հասույթ նախքան պահումները: Մի նշեք այն գումարները, որոնք դուք ստանում եք հարց 4-ում նշված որեւէ կետով:	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Վերը չնշված որեւէ եկամուտ, ներառյալ ալիմենտները, վարձակալության գուտ եկամուտը, աշխատողների փոխհատուցման վճարումը եւ այլն (նշեք)	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>

10. Արդյո՞ք հարց 9-ում նշված գումարներից որեւէ մեկը նվազել է վերջին երկու տարվա ընթացքում: **ԱՅՈ** **ՈՉ**

11. Արդյո՞ք որեւէ մեկը օգնում է ձեզ վճարելու տնային տնտեսության հետ կապված հետեւյալ ծախսերը՝ սնունդ, հիպոտեկ, վարձավճար, ջեռուցման վառելիք կամ գազ, էլեկտրականություն, ջուր եւ գույքահարկեր: **ՄԻ նշե՛ք** պարենային կտրոնները, տան վերանորոգումները, օգնություն բնակարանային գործակալությունից, էներգետիկ օգնության ծրագիրը, հաշմանդամներին տաք սննդի առաքումը, օգնությունը սննդի բանկերից, սպորտների խոհանոցներից կամ բուժման եւ դեղերի հետ կապված օգնությունը: Մի՛ նշեք պատահաբար կամ անսպասելի տրված փոքր գումարները:

ԱՅՈ **ՈՉ**

Եթե տեղադրում եք նշանը «**ԱՅՈ**» վանդակում, ապա մուտքագրե՛ք ամսական գումարը, կամ եթե գումարը փոփոխվում է ամսից ամիս, ապա մուտքագրե՛ք միջին ամսական գումարը վերջին տարվա համար: \$, .



Ստորագրություններ

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԽՆԴՐՎՈՒՄ Է ԿԱՐԴԱԼ ՈՒՇԱԳԻՐ

Ես/Մենք գիտակցում եմ/ենք, որ Սոցիալական ապահովության վարչության («SSA») կողմից ստուգվելու են իմ/մեր հայտարարագիրը, համեմատելով իր մոտ եղած տեղեկությունները Գաշնային, Նահանգային եւ տեղական կառավարությունների գերատեսչություններում պահվող տեղեկությունների հետ, ներառյալ Ներքին պետական եկամուտների ծառայությունը (IRS)՝ որոշման ճշտությունը երաշխավորելու նպատակով:

Ներկայացնելով սույն դիմում-հայտարարագիրը ես/մենք լիազորում եմ/ենք «SSA»-ին ստանալու եւ հրապարակելու տեղեկատվություն կապված իմ/մեր եկամուտի, միջոցների եւ գույքի հետ՝ արտասահմանյան եւ տեղական՝ գաղտնիության մասին համապատասխան օրենքների համաձայն:

Ես/Մենք գիտակցում եմ/ենք, որ ես/մենք կեղծ վկայություն տալու պատժի ներքո ուսումնասիրել եմ/ենք սույն ձեռագրում պարունակվող տեղեկատվությունը եւ որ այն, ըստ իմ/մեր տեղեկությունների, ճիշտ եւ ճշգրիտ է:

Խնդրվում է լրացնել Քաժին A-ն: Եթե դուք չէք կարող ստորագրել, ապա ձեր փոխարեն կարող է ստորագրել ձեր ներկայացուցիչը: Եթե այլ անձի կողմից ստացել եք օգնություն, ապա լրացրեք նաև Քաժին B-ն:

ՔԱԺԻՆ A

Ձեր ստորագրությունը՝	Ամսաթիվը՝	Հեռախոսի համարը՝ () —
Ձեր ամուսնու (կնոջ) ստորագրությունը՝	Ամսաթիվը՝	
Ձեր փոստային հասցեն՝	Բն. թիվ՝	
Քաղաքը՝	Նահանգը՝	Փոստային թվանիշը՝

Եթե դուք վերջին երեք ամսվա ընթացքում փոփոխել եք ձեր փոստային հասցեն, ապա տեղադրեք նշանը այստեղ՝

Եթե դուք նախընտրում եք, որ մենք՝ լրացուցիչ հարցեր ունենալու դեպքում, դիմենք այլ անձի, ապա խնդրվում է տալ այդ անձի անունը, ազգանունը ցերեկային հեռախոսի համարը:

Անունը տպատառ՝	Ազգանունը տպատառ՝	Հեռախոսի համարը՝ () —
----------------	-------------------	---------------------------

ՔԱԺԻՆ B

Եթե դուք օգնում եք այլ անձի, ապա տեղադրեք նշանը այն վանդակում, որտեղ նկարագրվում է, թե դուք ո՞վ եք եւ գրեք ձեր ցերեկային հեռախոսի համարը եւ հասցեն՝

<input checked="" type="checkbox"/> Ընտանիքի անդամ	<input type="checkbox"/> Փաստաբան	<input type="checkbox"/> Այլ՝ Պաշտպան	<input type="checkbox"/> Այլ (նշել)՝ _____
<input type="checkbox"/> Ընկեր	<input type="checkbox"/> Գործակալություն	<input type="checkbox"/> Սոցիալական աշխատող	_____

Անունը տպատառ՝	Ազգանունը տպատառ՝	Հեռախոսի համարը՝ () —
Հասցեն՝	Բն. թիվ՝	
Քաղաքը՝	Նահանգը՝	Փոստային թվանիշը՝



Անձնական կյանքին միջամտելու մասին օրենք / Ծանուցում գործավարության կրճատման մասին

Սոցիալական ապահովության մասին օրենքի Բաժին 1860 D-14-ը լիազորում է սույն ձեռաթղթով պահանջվող տեղեկատվության հավաքագրումը: Չեր կողմից տրվող տեղեկատվությունը օգտագործվելու է, որպեսզի Սոցիալական ապահովության վարչության կողմից որոշվի, թե, արդյո՞ք դուք իրավասու եք ստանալու օգնություն կապված «Medicare»-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի պլանով նախատեսված ծախսերի ձեր մասնաբաժնին: Չեր կողմից մեզ տեղեկատվություն տալը պարտադիր չէ: Այնուամենայնիվ, եթե ձեր կողմից տեղեկատվություն չտրամադրվի, ապա մենք հնարավորություն չենք ունենա ընդունելու ճշգրիտ եւ ժամանակին արված որոշում ձեր դիմում-հայտարարագրի վերաբերյալ: Սույն ձեռաթղթով հավաքագրված տեղեկատվությունը մեր կողմից կարող է տրամադրվել Դաշնային, Նահանգային կամ տեղական կառավարության այլ գերատեսչություններին՝ հավելյալ օգնություն ստանալու հետ կապված ձեր իրավասությունը որոշելու գործում մեզ օգնելու նպատակով, կամ էլ՝ եթե Դաշնային օրենքով պահանջվում է տեղեկատվություն տալը:

Մենք կարող ենք նաև օգտագործել ձեր կողմից մեզ տրված տեղեկատվությունը՝ տեղեկությունները համակարգչով համադրելու ժամանակ: Բազում գերատեսչություններ կարող են օգտագործել համադրման ծրագրեր՝ հայտնաբերելու կամ ապացուցելու, որ անձը համապատասխանում է Դաշնային կառավարության կողմից վճարվող նպաստներ ստանալու համար: Այս եւ այլ պատճառների, թե ինչու մենք կարող ենք օգտագործել կամ հրապարակել ձեր կողմից մեզ տրամադրված տեղեկատվությունը, բացատրությունները, մատչելի են Սոցիալական ապահովության բաժիններում: Եթե ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկանալ այս հարցում, դիմեք Սոցիալական ապահովության ցանկացած բաժին:

Հայտարարություն Գործավարության կրճատման օրենքի վերաբերյալ՝ սույն տեղեկատվության հավաքագրումը բավարարում է 44 ԱՄՆ օրենսգրքի § 3507-ը փոփոխված 1995թ.

Գործավարության կրճատման մասին օրենքի բաժին 2-ով: Չեզ անհրաժեշտ չէ պատասխանել այս հարցերին առանց մեր կողմից Վարչաբյուջետային վարչության ստուգողական թվի ցուցադրման: Մեր հաշվարկով կպահանջվի 35 րոպե՝ հրահանգները կարդալու, փաստերը հավաքելու եւ հարցերին պատասխանելու համար: Ժամանակի հաշվարկի վերաբերյալ մեկնությունները կարող եք ուղարկել՝ Սոցիալական ապահովության վարչություն՝ SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401 հասցեով: **Ուղարկեք միայն ժամանակի մեր հաշվարկի վերաբերյալ մեկնությունները, այլ ոչ լրացված ձեռաթղթերը:**

ԼՐԱՑՎԱԾ ՉԵՎԱԹՂԹԵՐԸ ՈՒՂԱՐԿԵՔ ՄԵՁ ՀԱՍՑԵ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՂ ԱՌԴԻՐ ԾՐԱՐՈՒՄ ՆՇՎԱԾ ՀԱՍՑԵՈՎ՝

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