

사회보장국 중요 정보



**이 표지 서신은 안내만을 목적으로 합니다.
다음 페이지들을 작성하지 마십시오.
이것은 신청서가 아닙니다.**

귀하께서는 처방약 구입에 대한 추가 지원을 받으실 수도 있습니다.

메디케어 처방약품(Medicare Prescription Drug) 프로그램으로 귀하는 다양한 보장을 제공하는 처방약품 플랜들을 선택할 수 있게 되었습니다.

귀하는 메디케어 처방약품 프로그램과 관련되어 지불해야 할 월 보험료, 연간 공제금, 및 본인 부담금에 대해 추가 지원을 받을 수 있습니다.

그러나 저희가 귀하를 도와드리려면, 귀하께서 **오늘 바로 신청서를 작성하여 동봉된 봉투에 넣어 우편으로 보내 주셔야 합니다.** 또는 www.socialsecurity.gov에서 온라인 신청서를 작성하셔도 됩니다. 저희가 귀하의 신청서를 검토하여 귀하께 추가 지원의 자격 여부를 알려 드리는 편지를 보내드릴 것입니다. 귀하가 추가 지원을 이용하려면, 반드시 메디케어 처방약품 플랜에 가입해야 합니다.

신청서 작성에 관해 도움이 필요하시면, **1-800-772-1213** (청각장애인 전화: **1-800-325-0778**)번으로 사회보장국에 전화를 주십시오. www.socialsecurity.gov에서 보다 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

메디케어 처방약품 플랜 또는 플랜 가입 방법에 관한 정보가 필요하시면, 1-800-MEDICARE (청각장애인 전화: 1-877-486-2048)번으로 전화하시거나 www.medicare.gov를 방문해 주십시오.

오늘 바로 귀하의 신청서를 보내 주십시오. 귀하께서 추가 지원을 받으실 수 있는지 알려 드리겠습니다.

Michael J. Astrue
국장



메디케어 처방약품 플랜 비용 지원 신청서 작성을 위한 일반 지시사항

귀하 또는 귀하가 신청서 작성을 도와 주고 있는 사람은 메디케어와 생활보조금(SSI) 또는 메디케어와 메디케이드 혜택을 받고 있습니까?

위의 질문에 대한 대답이 예라면, 귀하는 자동으로 추가 지원을 받게 되므로 이 신청서를 작성하지 마십시오.

귀하가 메디케어 절약 프로그램(Medicare Savings Program)에 등록했기에 주정부 메디케이드 프로그램이 메디케어 보험료를 납부하고 있습니까?



위의 질문에 대한 대답이 예인 경우 주정부 메디케이드 사무실에 추가 정보를 문의하십시오. 자동으로 추가 지원을 받을 수도 있으며 이 신청서를 작성하지 않아도 됩니다.

본 신청서 작성 요령

- 검정색 펜만을 사용하십시오;
- 네모 칸 안에 숫자, 문자, X표를 하고, 대문자만 사용하십시오;
- 신청서에 자필로 쓴 의견을 기입하지 마십시오;
- 금액을 기재할 때에는 달러 표시를 사용하지 마십시오; 그리고
- 센트는 가장 가까운 달러로 반올림 하십시오.

예

해당 칸에 X표를 하십시오. 칸 안에 체크 표시를 하거나 칠하지 마십시오.

 올바름	 잘못됨
---	---

예

문자를 기재할 때에는 대문자를 사용하십시오

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

귀하가 신청서 작성을 대리하는 경우

원래 신청자가 신청서를 작성하는 것처럼 질문에 답해 주십시오. 반드시 해당 신청자의 사회보장 번호와 재정 정보를 알고 있어야 합니다. 그리고, 6페이지에 있는 섹션 B도 작성해 주십시오.

신청서 작성

www.socialsecurity.gov에서 온라인 신청서를 작성하거나, 작성과 서명이 완료된 신청서를 동봉된 반송용 봉투에 넣어 다음 주소로 보내주셔도 됩니다:

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

이 신청서를 동봉된 봉투에 넣어 보내 주십시오. 봉투에 다른 것은 넣지 마십시오. 자세한 정보가 필요한 경우에는 저희가 귀하께 연락을 드릴 것입니다.

의문사항이 있거나 이 신청서 작성에 도움이 필요하신 경우

무료 전화인 1-800-772-1213번을 이용하실 수 있습니다. 청각장애인이거나 귀가 어두우신 분은 TTY 전화인 1-800-325-0778번을 이용하십시오.



메디케어 처방약품 플랜 비용 지원 신청서

이 신청서는 메디케어 처방약품 플랜 가입을 위한 것이 아닙니다.

1. 신청인의 성명; 사회보장 카드에 기재된 그대로 이름을 쓰십시오. 한칸에 한자씩 쓰십시오.

이름 중간 이름 이니셜

성 접미어 (Jr., Sr., 등)

- -

신청인의 사회보장 번호 신청인의 생년월일
(월월-일일-년년년년)

2. 귀하가 기혼자이며 배우자와 같이 사는 경우, 배우자의 사회보장 카드에 기재된 대로 다음의 정보를 기재하십시오. 현재 미혼이거나 배우자와 같이 살지 않은 경우에는 3번 질문으로 넘어가고 이 신청서에 배우자 정보를 기재하지 마십시오.

이름 중간 이름 이니셜

성 접미어 (Jr., Sr., 등)

- -

배우자의 사회보장 번호 배우자의 생년월일
(월월-일일-년년년년)

배우자가 메디케어 수혜자인 경우,
배우자가 추가 지원 신청을 희망하고 있습니까? 예 아니오

3. 귀하가 기혼자로서 배우자와 함께 살고 있는 경우, 귀하의 예금, 투자 또는 부동산의 가치가 \$23,970를 초과합니까? 귀하가 미혼이거나 배우자와 함께 살지 않은 경우, 귀하의 예금, 투자 또는 부동산의 가치가 \$11,990 를 초과합니까? 거주하고 있는 집, 차량, 개인 소유물, 묘지 또는 취소 불가능 매장 계약은 포함시키지 마십시오.

예 예 칸에 표를 했다면, 더 이상 작성하지 마십시오. 귀하는 추가 지원 자격이 없으며, 이 신청서를 반송할 필요가 없습니다. 자격이 없음을 설명하는 편지가 필요한 경우, 6페이지에 있는 신청서에 서명하여 저희에게 보내 주십시오.

아니오 또는 잘 모르겠습니다 아니오 또는 잘 모르겠습니다 칸에 표를 했다면, 나머지 부분을 작성하여 저희에게 보내 주십시오.



3번 질문에서 아니오 또는 잘 모르겠습니다에 표를 했다면, 다음 질문에 모두 답하십시오. 귀하가 기혼자이며 배우자와 같이 살고 있다면, 반드시 다음의 모든 질문에 대하여 귀하와 귀 배우자에 관한 정보를 기재해야 합니다.

4. 결혼하여 같이 사는 경우, 귀하나 귀하의 배우자 중 어느 한 사람 또는 두 사람 모두 소유하고 있는 은행 계좌, 투자나 현금의 금액을 모두 아래 칸에 기재하십시오. 두 사람 중 한 사람이 다른 사람과 함께 소유하고 있는 항목이 있다면, 같이 기재하십시오. 계좌 번호는 쓰지 말고, 달러 금액만 기재하십시오. 귀하나 귀하 배우자가 단독으로나 공동으로든 또는 다른 사람과 함께 위에 열거된 항목을 소유하고 있지 않다면, **없음** 칸에 표를 하십시오.

• 은행 계좌의 총 금액 (당좌예금, 저축 및 예금 증서)	<input checked="" type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
• 주식, 채권, 저축 채권, 뮤추얼 펀드, 개인은퇴연금 또는 기타 유사한 투자물의 총 금액	<input checked="" type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
• 기타 집이나 다른 장소에 보관한 현금	<input checked="" type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

5. 액면가로 총 \$1,500 이상의 생명보험 증서를 소유하고 있습니까? 귀 배우자와 같이 살고 있다면, 귀하와 귀하 배우자 모두에 대하여 답하십시오. 귀하와 귀하의 배우자의 대답이 모두 **아니오**라면, 6번 질문으로 가십시오.

귀하: **예** **아니오**

배우자 : **예** **아니오**

만일 귀하나 귀 배우자 중 어느 한 쪽의 대답이 **예**에 해당한다면, 지금 당장 보험 증서를 현금으로 바꿨을 때 얼마나 받을 수 있습니까? 금액을 기재하십시오. 귀하와 귀 배우자 모두 **예**라고 답했다면, 합산한 금액을 기재하십시오. 이것은 증서의 액면가를 말하는 것이 아닙니다. 보험 회사에 전화를 걸어 이 질문에 관해 도움을 받아도 됩니다.

\$, .

6. 4번 및 5번 질문에서 열거된 임의의 재원에서 나오는 돈의 일부로 장례식이나 매장비를 충당할 것입니까? 예인 경우, 7번 질문으로 가십시오. 아니오인 경우, **아니오** 칸에 표를 하고 7번 질문으로 가십시오.

귀하: **아니오**

배우자 : **아니오**

7. 결혼해서 같이 사는 경우, 귀하의 집과 집이 자리하고 있는 토지를 제외한, 귀하 또는 귀하 배우자 소유의 다른 부동산이 있습니까? 예를 들면, 소유하고 있는 여름 별장, 임대 건물 또는 미개발 토지 등이 있습니다.

예 **아니오**



8. 결혼한 경우 배우자를 제외하고, 귀하 또는 귀하 배우자로부터 적어도 반 이상의 재정 지원을 받으며 귀하의 가정에서 거주하는 친척은 몇 명입니까? 귀하와 혈연, 결혼 또는 입양으로 맺어진 사람을 친척으로 간주합니다.

칸 하나에만 표를 하십시오. 귀하 자신이나 귀하 배우자는 입력하는 숫자에 포함시키지 마십시오. 가정에 귀하 또는 귀하와 배우자만이 살고 있는 경우 **없음** 칸에 표를 하십시오.

<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"/>
없음	1	2	3	4	5	6	7	8	9명 이상

9. 귀하 또는 귀하 배우자가 결혼해서 같이 살면서, 아래 열거한 임의의 재원으로부터 소득을 얻는 경우, 매달 받는 총 금액을 기입하십시오. 그 금액이 매월 변하거나 소득이 매월 생기는 것이 아닌 경우, **지난 해의 평균 월 소득을 각 유형별로** 해당하는 빈 칸에 기재하십시오. 급료, 자영업소득, 이자소득, 공적 지원, 의료 상환금, 입양자녀 양육 급여 등은 여기에 기입하지 마십시오. 귀하나 귀 배우자가 아래 열거된 재원으로부터 얻는 소득이 없다면, 해당 재원의 **없음** 칸에 표를 하십시오.

		월 급여액
• 공제 전 사회보장 급여	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• 공제 전 철도 은퇴 연금	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• 공제 전 재향군인 급여	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• 공제 전 기타 연금. 4번 질문에 포함된 임의의 항목에서 얻은 금액은 포함시키지 마십시오.	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• 이혼 수당, 순 임대 소득, 노동자 재해 보상금 등을 포함하여 위에 열거되지 않은 기타 소득 (구체적으로 명시): _____	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>

10. 9번 질문에 포함된 금액 중에 지난 2년 동안 감소된 것이 있습니까? 예 아니오

11. 귀하가 지불해야 하는 식료품비, 주택 융자금, 집세, 난방 및 가스 요금, 전기요금, 수도 요금 및 재산세 등의 생활비를 내 주거나 도움을 주는 사람이 있습니까? 푸드 스탬프, 주택 수리비, 주택 건설 기관의 지원, 에너지 보조 프로그램, 급식 배달 서비스, 푸드 बैं크의 기부, 수프 키친, 병원 치료 및 약품 보조 등은 **포함시키지 마십시오**. 가끔 또는 예상치 않게 받게 되는 소액의 금액은 포함시키지 마십시오.

예 아니오

예 칸에 표를 했다면 월 금액을 기재하고, 금액이 매달 변하는 경우에는 지난 해의 월 평균 금액을 기재하십시오.

\$, .



귀하가 지난 2년간 근로 활동을 했다면, 12번-16번 문항에 답해야 합니다. 귀하가 결혼하여 배우자와 같이 살고 있으며, 두 사람 중 어느 한 사람이 지난 2년간 근로 활동을 했다면 12번-16번 문항에 답해야 합니다. 그렇지 않은 경우에는 6페이지의 신청서에 서명을 하여 저희에게 보내 주십시오.

12. 세금 및 공제액 공제 전 올해 소득은 얼마로 예상됩니까?

귀하: 없음 \$, .

배우자 : 없음 \$, .

13. 자영업자인 경우, 올해 예상되는 순 수익은 얼마입니까?

자영업자가 아니라면, 없음 칸에 표를 하고 14번 질문으로 가십시오.

귀하: 없음 \$, .

배우자 : 없음 \$, .

귀하나 귀 배우자가 순 손실을 예상하고 있다면, 다음 칸에 표를 하십시오.

귀하: 배우자 :

14. 지난 2년간 12번 또는 13번 질문에 포함된 금액이 감소하였습니까?

예 아니요

15. 귀하 또는 귀하의 배우자가 2007년이나 2008년에 근로 활동을 중단했거나 2008년 또는 2009년에 근로 활동을 중단할 계획이면, 그 연도와 월을 기재하십시오.

예

1월부터 9월까지는 첫 번째 칸에 영 (0)을 기입하십시오. 2007년 5월은 다음과 같이 적습니다:

0 5 2 0 0 7
월 월 년 년 년 년

귀하:

월 월 년 년 년 년

배우자:

월 월 년 년 년 년

귀하가 65세 미만이면, 16번 질문에 답하십시오. 귀하가 결혼하여 배우자와 같이 살고, 두 사람 중 어느 한 사람이 65세 미만이라면, 16번 질문에 답하십시오. 그렇지 않으면 6페이지의 신청서에 서명하여 저희에게 보내주십시오.

16. 귀하 또는 귀하의 배우자에게 근로 활동을 하기 위해 지출해야 하는 돈이 있습니까? 귀하가 근로 활동을 하고 있지만 장애나 시각 장애에 근거하여 사회보장 급여를 받고 있고, 상환 받을 수 없는 근로 활동 관련 비용이 있는 경우, 저희는 소득 한도에 대하여 귀하의 임금의 일부만을 고려할 것입니다. 그러한 비용의 예는 다음과 같습니다: AIDS, 암, 우울증이나 간질병에 대한 치료비와 약값, 휠체어 비용, 개인 간병인 서비스, 차량 개조 및 운전기사 지원 또는 기타 특수한 근로 관련 교통비, 근로 관련 보조 기술, 맹인 안내견 비용, 감각 및 시각 보조기구, 점자 번역 서비스 등.

귀하: 예 아니요

배우자: 예 아니요



서명

중요 정보 - 주의 깊게 읽으십시오

저/저희는 사회보장국(SSA)이 올바른 판정을 내리기 위하여 저/저희의 진술을 확인하고 그 기록을 국세청(Internal Revenue Service, IRS)을 포함한 연방/주/지역 정부 기관의 기록과 비교할 것임을 이해합니다. 저/저희가 이 신청서를 제출하는 것은 적용 가능한 개인 사생활 보호법에 따라, SSA에 /저희의 국내외 소득, 재원, 자산과 관련된 정보를 입수하고 공개할 수 있는 권한을 부여하는 것입니다. 이 정보에는 저/저희의 급여, 은행 잔고, 투자, 보험 증권, 사회보장 급여 및 연금 등에 대한 정보가 포함되며 이에 국한하지 않습니다.

저/저희는 이 양식의 모든 정보를 검토했으며 기재한 내용이 저/저희가 아는 한 정확하고 거짓이 없음을 위증 처벌법에 근거하여 선언합니다.

섹션 A를 작성하여 주십시오. 귀하가 서명할 수 없으면, 대리인이 대신 서명해도 됩니다. 대리인이 귀하를 도와주는 경우에는 섹션 B도 작성하십시오.

섹션 A

귀하의 서명:	날짜:	전화 번호: () -
배우자의 서명:	날짜:	
귀하의 우편 주소:	아파트 호수	
도시:	주:	우편 번호:

최근 3개월 동안 주소지가 변경되었다면, 이 곳에 표를 하십시오:

귀하께 추가 질문을 해야 하는 경우 본인이 아닌 다른 누군가에게 연락해 주기를 원한다면, 그 대리인의 이름과 낮 시간 전화 번호를 적어 주십시오.

이름(정자체로):	성(정자체로):	전화 번호: () -
-----------	----------	-----------------

섹션 B

다른 사람으로부터 도움을 받은 경우, 도움을 제공한 자에 해당되는 칸에 표를 하고 하고 아래 요청한 나머지 정보를 적어 주십시오.

<input type="checkbox"/> 가족	<input type="checkbox"/> 변호사	<input type="checkbox"/> 기타 법정 대리인	<input type="checkbox"/> 기타 구체적 명시: _____
<input type="checkbox"/> 친구	<input type="checkbox"/> 대행기관	<input type="checkbox"/> 사회복지사	

이름(정자체로):	성(정자체로):	전화 번호: () -
주소:	아파트 호수	
도시:	주:	우편 번호:



개인정보 보호법 및 문서업무 축소법에 대한 안내

The Social Security Act 사회보장법의 섹션1860 D-14는 본 양식에 요구된 정보의 수집을 허락하고 있습니다. 귀하가 제공하는 정보는 사회보장국이 귀하가 메디케어 처방약품 플랜에 대한 비용을 지불하는데 지원을 받을 수 있는지의 여부를 사회보장국이 판정하는데 사용됩니다. 귀하는 요청된 정보를 꼭 제공할 필요는 없습니다. 하지만 이러한 정보를 제공하지 않는다면, 저희는 귀하의 신청서에 대하여 정확하고 시기 적절한 판정을 내릴 수 없습니다. 저희는 추가 지원에 대한 귀하의 자격 여부 판정에 도움을 받기 위하여, 또는 연방법에 따라 정보 공개가 요구될 경우, 다른 연방/주/지방 정부 기관에 이 서식에 수집된 정보를 제공할 수 있습니다.

또한 우리는 컴퓨터로 기록을 대조할 때에도 귀하가 제공한 정보를 사용할 수 있습니다. 대조 프로그램은 사회보장국의 기록과 연방/주/지방 정부 기관의 기록을 비교하는 프로그램입니다. 연방 정부가 지급하는 급여 수혜 적격자를 찾아 내거나 그러한 사실을 증명하기 원하는 기관이 있다면, 이 대조 프로그램을 사용할 수 있습니다. 귀하가 동의하지 않아도 사회보장국은 법률에 따라 귀하의 정보를 사용할 수 있습니다. 귀하가 사회보장국에 제공한 정보가 사용되거나 공개되어야 하는 여러 가지 이유에 대한 설명 자료는 사회보장 사무소 어느 곳에서나 구할 수 있습니다. 이에 대해 더 자세한 것을 알고 싶다면, 사회보장 사무소에 연락하십시오.

문서업무 축소법에 대한 내용—본 정보 수집은 Paperwork Reduction Act of 1995 (1995년 문서업무 축소법의) 섹션2에 의해 개정된 44 U.S.C. § 3507의 요건을 충족합니다. 귀하는 저희가 행정 관리 예산국(Office of Management and Budget)의 유효한 관리 번호를 제시하지 않는 한 이러한 질문에 답할 필요가 없습니다. 저희는 귀하가 지시사항을 읽고 사실을 취합하여 질문에 답하는데 35분 정도가 걸릴 것으로 추정하고 있습니다. 위에 언급한 추정 시간에 대하여 이견이 있다면, SSA, 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235-6401로 의견을 보내실 수 있습니다. **이 주소로는 추정 시간과 관련된 의견만을 보내주십시오. 작성된 양식은 이곳으로 보내지 마십시오.**

작성된 양식은 동봉된 반송용 봉투에 기재된 아래 주소로 보내 주십시오:

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