



Apelación de la determinación para recibir ayuda con los gastos de los Planes de Recetas Médicas de Medicare

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Date Received:

Office Code:

Request Filed Late:

--	--	--

1. Nombre del solicitante:

2. Número de Seguro Social:

3. Número de Medicare (si es diferente al número de Seguro Social):

4. Nombre de su cónyuge (si su cónyuge vive en la misma dirección que usted):

5. Número de Seguro Social de su cónyuge (si su cónyuge vive en la misma dirección que usted):

6. Número de Medicare de su cónyuge (si es diferente al número de Seguro Social y su cónyuge vive en la misma dirección que usted):

7. Por favor explique por qué no está de acuerdo con nuestra decisión:

8. ¿Tiene usted información adicional para sostener su apelación?

SÍ. Envíe la información adicional junto a este formulario a la dirección indicada al final de la página 2.

NO

9. ¿Quiere una audiencia? Si usted quiere una audiencia, ésta será por teléfono.

SÍ. Usted recibirá una carta indicando la fecha y hora de la audiencia. Por favor conteste las preguntas números 10 al 13.

NO. Usted recibirá una decisión basada en la información disponible y cualquier información adicional provista.



Para darle tiempo a que se prepare para la audiencia, debemos permitir por lo menos 20 días desde la fecha de su petición hasta la fecha que lo citamos para la audiencia.

10. Si nos es posible, ¿quiere adelantar su audiencia?

- SÍ
 NO

11. ¿Necesita un intérprete?

- SÍ (Especifique el idioma): _____
 NO

12. ¿Tiene usted problemas de audición?

- SÍ
 NO

13. ¿Tendrá a otras personas con usted durante la audiencia?

- SÍ
 NO

Si la respuesta es SÍ, ¿usted y las otras personas necesitarán hablarnos desde más de un número de teléfono?

- SÍ
 NO

Si la respuesta es SÍ, esto se llama una llamada de conferencia. Cuando le enviemos la carta citando la audiencia, le daremos el número de teléfono que tiene que usar para la llamada de conferencia e instrucciones adicionales para hacer esta llamada.

Por favor devuelva su formulario de apelación completado, incluyendo la página con su firma y cualquier información adicional a:

**Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1030
Wilkes-Barre, PA 18767-1030**



Firmas

Declaro bajo pena de perjurio que examiné toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario adjunto, y esta información es cierta y correcta según mi mejor entender. Entiendo que hacer una declaración falsa es un crimen punible bajo la Ley federal.

Por favor llene la Sección A. Si usted no puede firmar, un representante puede firmar por usted. Si usted está ayudando a alguien a llenar este formulario, también debe llenar la Sección B.

SECCIÓN A

Su firma:		Número de teléfono: () —
Su dirección residencial:		N.º de apt:
Ciudad:	Estado:	Zona postal:
Su dirección postal (si es diferente a su dirección residencial):		N.º de apt:
Ciudad:	Estado:	Zona postal:

Si su dirección cambió recientemente, escriba una aquí:

En caso que tengamos preguntas adicionales, ¿prefiere que nos comuniquemos con otra persona sobre estas? Si es así, por favor provea el nombre de la persona y un número de teléfono diurno.

Nombre en letra de molde:	Apellido en letra de molde:	Número de teléfono: () —
---------------------------	-----------------------------	--

SECCIÓN B

Si usted está ayudando a otra persona, escriba una en el encasillado que describe quien es usted y provea su dirección y número de teléfono diurno.

<input type="checkbox"/> Pariente	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Procurador	<input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agencia	<input type="checkbox"/> Trabajador Social	_____

Nombre en letra de molde:	Apellido en letra de molde:	Número de teléfono: () —
Dirección:		N.º de apt:
Ciudad:	Estado:	Zona postal:



Ley de confidencialidad/Ley para la reducción de documentos de trabajo

La Sección 1860 D-14 de la *Ley del Seguro Social* autoriza la recopilación de la información que se solicita en este formulario. La Administración del Seguro Social usará la información que usted provea para determinar si tiene derecho a recibir ayuda para pagar la parte que le corresponde de los costos de un plan de Recetas Médicas de Medicare. Usted no tiene que darnos la información que pedimos. Sin embargo, si no provee la información, no podremos hacer una decisión a tiempo y correcta sobre su solicitud. Podemos divulgar la información recopilada en este formulario a otras agencias del gobierno federal, estatal o local para que nos ayuden a determinar si usted tiene derecho al beneficio adicional, o si una ley federal requiere que se divulgue la información.

También podemos usar la información que usted nos dé cuando comparemos registros por computadora. Hay programas que comparan nuestros registros con las de otras agencias del gobierno federal, estatal o local. Muchas agencias usan estos programas de comparación para determinar o verificar que una persona tiene derecho a beneficios pagados por el gobierno federal. La ley nos permite hacer esto aunque usted no esté de acuerdo. En las oficinas de Seguro Social, usted podrá encontrar explicaciones sobre éstas y otras razones por las cuales la información que usted nos provee puede divulgarse o usarse. Si usted quiere saber más sobre esto, comuníquese con una oficina del Seguro Social.

Ley de reducción de documentos de trabajo — Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la *Ley de reducción de documentos de trabajo de 1995*. No se requiere que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que tomará alrededor de 10 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a: Social Security, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. **Por favor, sólo envíe comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a esta dirección, no el formulario completado.**