

# Social Security Administration

## Informations importantes



**CETTE PAGE EST UNIQUEMENT UNE ANNEXE EXPLICATIVE.  
NE PAS REMPLIR LES PAGES SUIVANTES  
CETTE NOTICE N'EST PAS UN FORMULAIRE DE DEMANDE.**

**Il se peut que vous remplissiez les conditions requises pour obtenir une aide supplémentaire pour le règlement de vos médicaments sur ordonnance.**

Le programme Médicaments sur ordonnance de Medicare (Medicare Prescription Drug program) vous propose divers plans de prise en charge des ordonnances assortis de divers types de couverture.

Il se peut que vous puissiez obtenir une aide supplémentaire pour le règlement des franchises annuelles, des primes mensuelles et du tiers payant (ou « ticket modérateur ») en relation avec le programme Médicaments sur ordonnance de Medicare.

Mais avant que nous puissions vous aider, **vous devez remplir le formulaire de demande, le glisser dans l'enveloppe jointe et nous le renvoyer dès aujourd'hui.** Vous pouvez également effectuer votre demande en ligne sur le site [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). Nous étudierons votre demande et vous enverrons une lettre pour vous indiquer si vous êtes en droit de bénéficier d'une aide supplémentaire. Pour bénéficier de cette aide supplémentaire, vous devez vous inscrire à un plan médicaments sur ordonnance de Medicare.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande, appelez la Sécurité Sociale en composant le **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Vous trouverez de plus amples informations sur le site [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

Si vous avez besoin de plus amples informations sur les plans Médicaments sur ordonnance de Medicare ou sur les modalités d'inscription, composez le 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048) ou consultez le site [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Envoyez votre demande par courrier dès aujourd'hui. Nous vous ferons savoir si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier de cette aide supplémentaire.

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

Michael J. Astrue  
Commissaire

# Instructions générales pour remplir la demande d'aide au paiement des coûts liés au plan médicaments sur ordonnance de Medicare



Est-ce que vous-même ou la personne que vous aidez à remplir cette demande bénéficiez de Medicare et d'un complément de revenu de Sécurité sociale (Supplemental Security Income, SSI), ou bien de Medicare et de Medicaid ?

Si la réponse est **OUI**, ne remplissez pas cette demande parce que vous allez automatiquement bénéficier de cette aide supplémentaire.

Est-ce que le programme Medicaid de votre État prend en charge vos primes Medicare parce que vous relevez d'un programme d'épargne Medicare ?

Si vous répondez par « OUI » contactez le bureau Medicaid de votre Etat pour plus d'informations. Il se peut que vous bénéficiez automatiquement de cette aide supplémentaire et que vous n'ayez pas besoin de remplir cette demande.

## Comment remplir cette demande

- Utilisez uniquement de l'**ENCRE NOIRE** ;
- **Aucun chiffre, aucune lettre ou coche ( X ) ne doit dépasser des cases. À remplir exclusivement en CAPITALES d'imprimerie ;**
- N'ajoutez pas de surcharges manuscrites sur votre demande ;
- Ne pas accompagner les montants du symbole du dollar et ;
- Les cents peuvent être arrondis au dollar le plus proche.

**EXEMPLE**

Cochez la case d'un X. NE remplissez PAS les cases et ne les cochez pas ainsi.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

**CORRECT** | **INCORRECT**

**EXEMPLE**

Utilisez uniquement des capitales d'imprimerie pour inscrire vos réponses

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

## Si vous aidez une autre personne à remplir cette demande

Répondez aux questions comme si c'était cette personne qui remplissait le formulaire. Vous devez connaître le numéro de Sécurité sociale et certaines informations sur la situation financière de cette personne. Vous devez également remplir la Section B en page 6.

## Pour effectuer votre demande

Vous pouvez remplir votre demande en ligne sur le site [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) ou utiliser l'enveloppe ci-jointe pour renvoyer votre demande dûment complétée et signée à cette adresse :

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

Renvoyez le dossier dans l'enveloppe jointe. N'y ajoutez pas d'autres pièces. Si nous avons besoin d'un complément d'information, nous vous contacterons.

## Si vous avez des questions ou bien si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande

Appelez-nous en composant le **1-800-772-1213** (appel gratuit). Si vous êtes sourd(e) ou malentendant(e), composez le **1-800-325-0778**.



<b>Demande d'aide au paiement des coûts liés au plan médicaments sur ordonnance de Medicare</b>	
<b>CE FORMULAIRE N'A PAS POUR VOCATION DE VOUS INSCRIRE AU PLAN MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE DE MEDICARE.</b>	

1. Nom du demandeur (à indiquer en caractères d'imprimerie **tel qu'il figure sur la carte de sécurité sociale**, une lettre par case).

--	--

**PRÉNOM** **INITIALE DU 2<sup>E</sup> PRÉNOM**

--	--

**NOM** **SUFFIXE (JR., SR., ETC.)**

--	--	--

**NUMERO DE SECURITE SOCIALE DU DEMANDEUR** **DATE DE NAISSANCE DU DEMANDEUR (MM-JJ-AAAA)**

2. Si vous êtes **marié(e) et non séparé(e)**, veuillez fournir les renseignements ci-après tels qu'ils figurent sur la carte de sécurité sociale de votre conjoint(e). Si vous n'êtes actuellement pas marié(e) ou si vous êtes séparé(e), passez directement à la question 3 et ne faites pas figurer de renseignements relatifs à votre conjoint sur cette demande.

--	--

**PRÉNOM** **INITIALE DU 2<sup>E</sup> PRÉNOM**

--	--

**NOM** **SUFFIXE (JR., SR., ETC.)**

--	--	--

**NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU CONJOINT** **SPOU DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT (MM-JJ-AAAA)**

Si votre conjoint(e) bénéficie de Medicare, souhaite-il ou elle également demander à bénéficier de cette aide supplémentaire ?  **OUI**  **NON**

3. Si vous êtes marié(e) et que vous vivez avec votre conjoint, disposez-vous d'une épargne, d'investissements et de biens immobiliers d'une valeur supérieure à 23 970 USD ? Si vous n'êtes pas marié(e) et si vous êtes séparé(e), disposez-vous d'une épargne, d'investissements et de biens immobiliers d'une valeur supérieure à 11 990 USD ? **La résidence principale, les véhicules, biens personnels, concessions dans un cimetière ou contrats funéraires irrévocables ne doivent pas être pris en compte dans ce calcul.**

**OUI** Si vous avez coché d'un  la case **OUI, ARRÊTEZ**. Vous n'êtes pas en droit d'obtenir cette aide supplémentaire et vous n'avez pas à nous renvoyer cette demande. Si vous avez besoin d'un courrier, indiquant que vous ne remplissez pas les conditions requises, signez la demande en page 6 et renvoyez-la-nous.

**NON OU NE SAIS PAS** Si vous avez coché d'un  la case **NON** ou **NE SAIS PAS**, veuillez compléter le reste de cette demande et nous la renvoyer.



**Si vous avez coché d'un  la case NON ou NE SAIS PAS à la question 3, veuillez répondre à l'ensemble des questions suivantes. Si vous êtes marié(e) et non séparé(e), vous devez répondre à toutes les questions pour vous deux.**

4. Veuillez indiquer dans les cases ci-après les montants dont vous ou votre conjoint si vous êtes marié(e) et que vous vivez au sein du même foyer, ou vous conjointement, êtes en possession sur tous vos comptes bancaires, comptes d'épargne/investissement ou en espèces. Veuillez préciser les biens dont chacun d'entre vous est en possession avec une autre personne. Veuillez préciser uniquement les montants en dollars, pas le numéro de compte. Si vous ou votre conjoint ne possédez pas l'un des éléments énumérés, séparément, conjointement ou avec une autre personne, veuillez cocher d'un  la case **AUCUN(E)** correspondante.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Total combiné de tous les comptes bancaires (chèque, épargne et certificats de dépôt)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>AUCUN</b>	\$ <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"> <li>Total combiné de tou(te)s les actions, obligations, bons d'épargne, fonds mutuels, Plans d'épargne retraite personnels ou autres investissements de ce type</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>AUCUN</b>	\$ <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"> <li>Autres espèces détenues à domicile ou ailleurs</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>AUCUN</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

5. Est-ce que vous détenez des polices d'assurance vie d'une valeur totale de plus de 1 500 USD? Répondez pour vous et pour votre conjoint si vous n'êtes pas séparés. Si vous répondez **NON** pour vous et pour votre conjoint, reportez-vous directement à la question 6.

VOUS :  OUI  NON

CONJOINT(E) :  OUI  NON

Si la réponse pour vous ou pour votre conjoint(e) est **OUI**, quel montant vous rapporterait votre assurance-vie si vous la convertissiez maintenant en espèces? Inscrivez le montant voulu. Si vous avez répondu **OUI** pour vous-même et pour votre conjoint(e), saisissez le montant cumulé. Il ne s'agit pas de la valeur faciale de vos polices d'assurance. Il se peut que vous deviez consulter votre compagnie d'assurance pour vous aider à répondre à cette question.

\$    ,    .

6. Prévoyez-vous d'utiliser les montants provenant des sources énumérées aux questions 4 et 5 pour régler des frais de funérailles ou d'enterrement? Si **Oui**, passez directement à la question 7.

Si **NON**, cochez la case correspondante d'un , puis passez à la question 7.

VOUS :  NON

CONJOINT(E) :  NON

7. En dehors de votre résidence principale et du terrain sur laquelle elle est située, est-ce que vous (ou votre conjoint(e), si vous êtes marié(e) et que vous vivez au sein du même foyer) possédez des biens immobiliers? Au nombre des autres biens immobiliers, indiquez toutes maisons de vacances, biens à louer et terrains non bâtis que vous possédez.

OUI  NON



**8.** Sans compter votre conjoint si vous êtes marié(e), combien d'autres membres de votre famille vivent-ils au sein de votre foyer et reçoivent **au moins la moitié** de leur soutien financier de votre part ou de celle de votre conjoint ? Par membres de la famille, nous prenons en compte les parents par le sang, par alliance ou adoption.

Cochez la case d'un . **Le nombre que vous indiquez doit tenir compte des personnes concernées, en dehors de vous-même et de votre conjoint.** Si votre foyer ne comporte qu'une ou deux personnes, vous-même, ou bien vous-même et votre conjoint, marquez d'un  la case **AUCUN**.

<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"/>
<b>AUCUN</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9 OU PLUS</b>

**9.** Si vous ou, votre conjoint(e), si vous êtes marié(e) et que vous vivez ensemble recevez un revenu de l'une ou l'autre des sources énumérées ci-après, veuillez indiquer le montant total que vous recevez chaque mois. **Si le montant varie d'un mois sur l'autre, ou si vous ne recevez pas de versements tous les mois, indiquez le revenu mensuel moyen pour l'année écoulée et pour chaque catégorie** dans les cases prévues à cet effet. Ne mentionnez pas ici les revenus salariaux ou acquis en qualité de travailleur indépendant, les revenus en intérêts, l'aide sociale, le remboursement des frais médicaux ou les paiements versés aux familles d'accueil. Si votre conjoint(e) ou vous-même ne percevez aucun revenu de l'une quelconque des sources énumérées ci-après, cochez d'un  la case correspondante **AUCUN**.

		<b>Prestations mensuelles</b>
• Prestations de Sécurité sociale <b>avant déductions</b>	<input type="checkbox"/> <b>AUCUNE</b>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Retraite des chemins de fer <b>avant déductions</b>	<input type="checkbox"/> <b>AUCUNE</b>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Prestations anciens combattants <b>avant déductions</b>	<input type="checkbox"/> <b>AUCUNE</b>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Autres retraites ou pensions <b>avant déductions</b> . Ne pas faire figurer les sommes reçues au titre d'une prestation que vous avez mentionnée à la question 4.	<input type="checkbox"/> <b>AUCUNE</b>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Autres revenus non énumérés ci-dessus, y compris pensions alimentaires, revenus locatifs nets, ou toutes indemnités pour accident du travail (à préciser) : -----	<input type="checkbox"/> <b>AUCUN</b>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>

**10.** L'un ou l'autre des montants inclus par vous à la question 9 a-t-il diminué au cours des deux dernières années ?  **OUI**  **NON**

**11.** Comptez-vous sur quelqu'un qui vous aide à régler l'une ou l'autre des dépenses suivantes du ménage : alimentation, hypothèque/crédit, loyer, fioul domestique, gaz ou électricité, eau et impôts locaux ? **NE mentionnez PAS** les bons alimentaires, les réparations à votre domicile principal, l'aide au logement, un programme d'aide dans le domaine de l'énergie, les livraisons de repas à domicile, les aides d'organismes dispensant une aide alimentaire, les soupes populaires ou les aides relatives aux traitements médicaux et aux médicaments. N'incluez pas les petites sommes d'argent données occasionnellement ou par surprise.  **OUI**  **NON**

Si vous cochez d'un  la case **OUI**, indiquez le montant mensuel, ou si ce montant varie d'un mois sur l'autre, indiquez le montant de la moyenne mensuelle pour l'année écoulée. \$  ,  .



Si vous avez travaillé au cours des deux dernières années, répondez aux questions 12 à 16. Si vous êtes marié(e) et non séparé(e) et que ni vous ni votre conjoint(e) n'avez travaillé au cours des deux dernières années, vous devez répondre aux questions 12 à 16. À défaut, signez la demande en page 6 et renvoyez-la nous.

12. Quelles sont vos prévisions du salaire brut (avant impôts et déductions) pour cette année civile ?

VOUS :  AUCUN \$    ,    .

CONJOINT(E) :  AUCUN \$    ,    .

13. Si vous avez la qualité de travailleur indépendant, quelles sont vos prévisions de bénéfices nets ou de pertes nettes pour cette année ?

Cochez la case AUCUN si vous n'êtes pas travailleur indépendant.

VOUS :  AUCUN \$    ,    .

CONJOINT(E) :  AUCUN \$    ,    .

Cochez cette/ces case(s) d'un  si vous-même ou votre conjoint(e) prévoyez d'enregistrer une perte nette.



VOUS :  CONJOINT(E) :

14. Les montants indiqués par vous en réponse aux questions 12 ou 13 ont-ils diminué au cours des deux dernières années ?

OUI  NON

15. Si vous (ou votre conjoint, si vous êtes marié(e) et non séparé(e)) avez cessé de travailler en 2007 ou 2008, ou si vous prévoyez de le faire en 2008 ou 2009, indiquez le mois et l'année de votre cessation d'activité.

VOUS :          
M M A A A A

CONJOINT(E) :          
M M A A A A



Pour janvier à septembre, cochez la première case d'un zéro (0).  
 Mai 2007 s'inscrira ainsi :          
 M M A A A A

Si vous avez moins de 65 ans, répondez à la question 16. Si vous êtes marié(e) et non séparé(e), et que votre conjoint(e) ou vous-même êtes âgés de moins de 65 ans, répondez à la question 16. À défaut, signez la demande en page 6 et renvoyez-la-nous.

16. Est-ce que vous ou votre conjoint devez effectuer certaines dépenses qui vous permettent de travailler ? Nous ne prendrons en compte qu'une partie de vos gains pour la détermination du plafond de revenu si vous travaillez et bénéficiez de prestations de Sécurité sociale pour invalidité ou cécité, et si vous devez supporter des dépenses se rapportant à votre travail pour lesquelles vous n'êtes pas remboursé(e). Au nombre des dépenses de ce type figurent par exemple : le coût des traitements médicaux et médicamenteux du SIDA, du cancer, de la dépression ou de l'épilepsie ; un fauteuil roulant ; les services d'une aide individuelle ; les modifications de véhicule ; le recours à un chauffeur ou tous autres besoins spéciaux, en termes de transport, se rapportant à votre travail ; des technologies d'assistance à caractère professionnel ; les dépenses liées aux chiens guides d'aveugle ; les aides tactiles et visuelles ; les traductions en braille.

VOUS :  OUI  NON

CONJOINT(E) :  OUI  NON



## Signatures

### INFORMATIONS IMPORTANTES – A LIRE ATTENTIVEMENT

Je/Nous comprends/comprenons que l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration, SSA) vérifiera mes/nos déclarations et comparera ses dossiers à ceux de diverses instances fédérales, d'État et locales, y compris les services fiscaux (Internal Revenue Services, IRS), afin de s'assurer de l'exactitude des données dont elle dispose.

En soumettant la présente demande, j'autorise/nous autorisons la SSA à obtenir et à divulguer des informations se rapportant à mes/nos revenus, ressources et actifs, aux États-Unis et à l'étranger, conformément au droit en vigueur en matière de protection de la vie privée. Ces informations peuvent notamment comporter des données relatives à mon/nos salaire(s), soldes de compte(s), investissements, polices d'assurance, prestations sociales et pensions/retraites.

Je/nous déclare/déclarons à peine de parjure que j'ai/que nous avons examiné l'ensemble des informations figurant sur ce formulaire et qu'elles sont, à ma connaissance, sincères et véritables

**Veillez remplir la Section A. Si vous n'êtes pas en mesure de signer, un représentant pourra le faire pour vous. Si quelqu'un vous a aidé, remplissez également la Section B.**

#### SECTION A

Votre signature :	Date :	Numéro de téléphone : ( _____ ) _____ – _____
La signature de votre conjoint(e) :	Date :	
Votre adresse postale :		Appt. n° :
Ville :	État :	Code postal :

Si vous avez récemment changé d'adresse au cours des trois derniers mois, cochez cette case d'un  :

Si vous préférez que nous contactions quelqu'un d'autre si nous souhaitons poser d'autres questions, veuillez indiquer le nom de cette personne et son numéro de téléphone pendant la journée.

Prénom (en caractères d'imprimerie) :	Nom (en caractères d'imprimerie) :	Numéro de téléphone : ( _____ ) _____ – _____
---------------------------------------	------------------------------------	--

#### SECTION B

Si quelqu'un vous a aidé(e), cochez la case correspondant à votre description (en la marquant d'un X) et indiquez le reste des coordonnées correspondantes demandées ci-après.

<input type="checkbox"/> Membre de la famille	<input type="checkbox"/> Avocat	<input type="checkbox"/> Autre représentant	<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____
<input type="checkbox"/> Ami(e)	<input type="checkbox"/> Instance administrative	<input type="checkbox"/> Travailleur social	

Prénom (en caractères d'imprimerie) :	Nom (en caractères d'imprimerie) :	Numéro de téléphone : ( _____ ) _____ – _____
Adresse :		Appt. n° :
Ville :	État :	Code postal :



## **Loi sur la protection de la vie privée/Avis relatif à la simplification des tâches administratives**

---

L'article 1860 D-14 de la loi sur la Sécurité sociale (*Social Security Act*) autorise la collecte des données demandées dans ce formulaire. Les informations fournies par vous seront utilisées pour permettre à l'administration de la Sécurité sociale de déterminer si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier d'une aide pour le paiement des coûts liés au plan médicaments sur ordonnance de Medicare. Vous n'êtes pas tenu(e) de nous communiquer les informations demandées. Toutefois, si vous ne nous communiquez pas ces informations, nous ne serons pas en mesure de prendre une décision exacte et ponctuelle concernant votre demande. Nous pourrions transmettre les informations collectées par le biais de ce formulaire à une autre autorité administrative fédérale, d'État ou locale, qui nous aidera à déterminer vos droits à une aide supplémentaire, ou si la législation fédérale prévoit la communication de données.

Nous pourrions également faire usage des informations communiquées par vous pour vérifier les dossiers par ordinateur. Les programmes de correspondance permettent de comparer nos dossiers à ceux d'autres instances administratives fédérales, d'État ou locales. Diverses instances peuvent faire appel à des programmes de correspondance pour déterminer si une personne remplit les conditions requises pour bénéficier de prestations des autorités fédérales, ou en rapporter la preuve. La loi nous autorise à agir de la sorte, même en l'absence d'autorisation de votre part. De plus amples explications au sujet des raisons pour lesquelles les informations communiquées par vous peuvent être utilisées ou communiquées sont à votre disposition dans les bureaux de la Sécurité sociale. Si vous souhaitez en savoir plus à cet égard, contactez un bureau de la Sécurité sociale.

Déclaration relative à la loi sur la simplification des procédures administratives ; cette collecte d'information est conforme aux dispositions de l'article 44 U.S.C. § 3507, tel que modifié par l'article 2 de la loi de 1995 sur la simplification des procédures administratives (*Paperwork Reduction Act*). Vous n'êtes tenu(e) de répondre à ces questions que sur présentation d'un numéro de contrôle de l'Office de gestion et du budget (Office of Management and Budget) en cours de validité. Nous estimons qu'environ 35 minutes vous seront nécessaires pour prendre connaissance des instructions, réunir les éléments de fait et répondre aux questions. Vous pouvez communiquer vos commentaires concernant notre estimation des délais ci-dessus, à : SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401 – États-Unis. **Envoyez à cette adresse uniquement les commentaires se rapportant à notre estimation des délais, et non le formulaire dûment rempli.**

ADRESSEZ LE FORMULAIRE REMPLI À L'ADRESSE FIGURANT SUR L'ENVELOPPE PRÉ-ADRESSÉE JOINTE :

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