

Administración del Seguro Social

Información importante



**ESTA CARTA ES SÓLO PARA SU INFORMACIÓN.
NO LLENE LAS PÁGINAS SIGUIENTES.
ESTO NO ES UNA SOLICITUD.**

Usted podría tener derecho a recibir un beneficio adicional para ayudarle a pagar sus gastos de medicamentos recetados.

El programa de Recetas Médicas de Medicare le ofrece distintos planes de medicamentos recetados con varias opciones de cobertura.

Usted podría recibir un beneficio adicional para ayudarle a pagar las primas mensuales, deducibles anuales, y copagos relacionados con el programa de Recetas Médicas de Medicare.

Antes de que podamos ayudarle, **debe llenar la solicitud y enviarla hoy mismo por correo en el sobre adjunto** o puede llenar una solicitud por Internet en www.segurosocial.gov (sólo se ofrece en inglés). Revisaremos su solicitud y le enviaremos una carta notificándole si tiene derecho al beneficio adicional. Necesita inscribirse en un plan de Recetas Médicas de Medicare para usar este beneficio adicional.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud, llame al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Para informarse mejor, visite www.segurosocial.gov.

Si necesita información sobre el programa de Recetas Médicas de Medicare o sobre cómo inscribirse a un plan, llame al 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048) o visite www.medicare.gov.

Envíe su solicitud por correo hoy mismo. Le avisaremos si tiene derecho al beneficio adicional.

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

Michael J. Astrue
Comisionado

Instrucciones generales para llenar la solicitud para recibir ayuda con los gastos del plan de Recetas Médicas de Medicare



¿Tiene usted, o la persona por la cual solicita, Medicare y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, sus siglas en inglés) o Medicare y Medicaid?

Si responde que **SÍ**, no llene esta solicitud porque recibirá el beneficio adicional automáticamente.

¿Le paga el programa de Medicaid de su estado sus primas de Medicare porque participa usted en un programa de ahorros de Medicare?

Si responde que **SÍ**, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid para informarse mejor. Es posible que pueda recibir el beneficio adicional automáticamente y no tenga que llenar esta solicitud.

Cómo llenar esta solicitud

- Use **TINTA NEGRA** solamente;
- **Mantenga sus números, letras y X dentro de los encasillados; use sólo letras MAYÚSCULAS;**
- No añada ningún comentario por escrito en la solicitud;
- No escriba el signo de dólar cuando escriba cantidades de dinero; y
- Puede redondear los centavos a dólares.

EJEMPLO

Escriba una X en el encasillado. NO use marcas de cotejo ni sombree los encasillados.

CORRECTO	INCORRECTO

EJEMPLO

Use letras mayúsculas cuando escriba sus respuestas

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

Si usted está ayudando a otra persona a llenar esta solicitud

Conteste las preguntas como si fuera esa persona. Debe saber el número de Seguro Social y los datos financieros de la persona. También debe llenar la Sección B en la página 6.

Para llenar su solicitud

Usted puede llenar la solicitud por Internet en www.segurosocial.gov (sólo se ofrece en inglés) o puede llenar y firmar este formulario y devolverlo por correo en el sobre predirigido y franqueado adjunto a:

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

Devuelva este paquete completo en el sobre adjunto. No incluya ningún otro documento en el sobre. Si necesitamos más información, nos comunicaremos con usted.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud

Nos puede llamar gratis al **1-800-772-1213**, o si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamar a nuestro número TTY, **1-800-325-0778**.



Si escribió una X en el encasillado de NO o NO ESTOY SEGURO en la pregunta 3, conteste todas las preguntas a continuación. Si está casado y vive con su cónyuge, debe contestar todas las preguntas para ambos.

4. Por favor indique el valor de todas las cuentas bancarias, inversiones o dinero en efectivo que usted, su cónyuge (si están casados y viven juntos) o ambos poseen en los encasillados a continuación. Incluya los artículos que cualquiera de los dos poseen con otra persona. Incluya sólo las cantidades de dólares, no los números de cuenta. Si usted o su cónyuge no posee ninguno de los artículos mencionados, ya sea solo, juntos o con otra persona, escriba una X en el encasillado que dice **NINGUNO**.

• Suma total de todas las cuentas bancarias (cheques, ahorros y certificados de depósito)	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Suma total de todas las acciones, bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos, Cuentas de Retiro Individual (IRA) u otras inversiones similares	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Cualquier otro dinero en efectivo en la casa u otro lugar	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. ¿Posee pólizas de seguro de vida con un valor nominal total mayor de \$1,500? Si vive con su cónyuge conteste para ambos.

Si responde que **NO** para usted y su cónyuge, pase a la pregunta 6.

USTED: **SÍ** **NO**

SU CÓNYUGE: **SÍ** **NO**

Si responde que **SÍ** para cualquiera de los dos, ¿cuánto dinero recibiría si cambiara sus pólizas de seguro por dinero ahora mismo? Escriba la cantidad. Si responde que **SÍ** para usted y su cónyuge, escriba la cantidad combinada. Esto no es el valor nominal de sus pólizas. Es posible que tenga que llamar a su compañía de seguros para que le ayuden con esta pregunta.

\$, .

6. ¿Se usará parte del dinero de las fuentes mencionadas en las **preguntas 4 y 5** para pagar gastos fúnebres o de entierro? Si responde que **SÍ**, pase a la pregunta 7.

Si responde que **NO**, ponga una X en el encasillado de **NO** y luego pase a la pregunta 7.

USTED: **NO**

SU CÓNYUGE: **NO**

7. Además de su hogar y la propiedad en la que se encuentra, ¿posee usted o su cónyuge, si están casados y viven juntos otro(s) bienes raíces? Ejemplos de otros bienes raíces son casas de veraneo, propiedades de alquiler o tierras no desarrolladas.

SÍ **NO**



NO LLENE ESTA PÁGINA. ESTO NO ES UNA SOLICITUD.

8. Sin incluir a su cónyuge si están casados y viven juntos, ¿cuántos otros familiares viven en su hogar y reciben **por lo menos la mitad** de su sustento financiero de usted o su cónyuge? Contamos a los familiares con parentesco consanguíneo, por matrimonio o adopción.

Escriba una X en sólo uno de los encasillados. **No se incluya a sí mismo ni a su cónyuge en el número que escoja a continuación.** Si su hogar consiste sólo de usted, o usted y su cónyuge, escriba una X en el encasillado de **NINGUNO**.

<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"/>
NINGUNO	1	2	3	4	5	6	7	8	9 o más

9. Si usted o su cónyuge, si están casados y viven juntos, reciben ingresos de una de las fuentes mencionadas a continuación, escriba el ingreso mensual total. **Si la cantidad cambia de mes a mes o no lo recibe mensualmente, escriba el ingreso mensual promedio del año pasado para cada fuente** en los encasillados correspondientes. No anote salarios ni ingresos de trabajo por cuenta propia, intereses, ayuda pública, reembolsos de gastos médicos o pagos por cuidado de crianza. Si no recibe ingresos de una de las fuentes mencionadas a continuación, escriba una X en el encasillado de **NINGUNO** para esa fuente.

		Beneficio mensual
• Beneficios de Seguro Social antes de deducciones	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Beneficios de Retiro Ferroviario antes de deducciones	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Beneficios de Veteranos antes de deducciones	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Otras pensiones o anualidades antes de deducciones . No incluya dinero que reciba de los artículos en la pregunta 4.	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Otro ingreso no mencionado anteriormente, incluya pensión alimenticia, ingreso neto de alquiler, compensación a trabajadores, etc. (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

10. En los últimos dos años, ¿han disminuido alguna de las cantidades que incluyó en la pregunta 9? **SÍ** **NO**

11. ¿Cuenta usted con alguien que le ayude a pagar por alguno de los siguientes gastos del hogar—comida, hipoteca, alquiler, gas o combustible para la calefacción, electricidad, agua e impuestos de propiedad? **NO incluya** cupones de alimento, reparaciones al hogar, ayuda de una agencia de vivienda, programa de ayuda de energía, Alimentos Sobre Ruedas (en inglés, Meals on Wheels), comida de programas de alimento, comedores de beneficencia o ayuda con tratamientos médicos y medicinas. No incluya cantidades de dinero pequeñas que recibe ocasional o inesperadamente. **SÍ** **NO**

Si escribe una X en el encasillado de **SÍ**, escriba la cantidad mensual, o si la cantidad cambia de mes a mes, escriba la cantidad mensual promedio del año pasado.

\$, .



Si usted ha trabajado en los últimos dos años, debe contestar las preguntas 12-16. Si usted está casado y vive con su cónyuge y cualquiera de los dos ha trabajado en los últimos dos años, debe contestar las preguntas 12-16. De lo contrario, firme la solicitud en la página 6 y devuélvanosla.

12. ¿Cuánto espera ganar en salarios antes de impuestos y deducciones este año calendario?

USTED: [] NINGUNO \$ [][][] , [][][] . [][]

SU CÓNYUGE: [] NINGUNO \$ [][][] , [][][] . [][]

13. Si trabaja por cuenta propia, ¿cuánto espera que sean sus ganancias netas este año calendario? Si no trabaja por cuenta propia, escriba una X en el encasillado de NINGUNO y pase a la pregunta 14.

USTED: [] NINGUNO \$ [][][] , [][][] . [][]

SU CÓNYUGE: [] NINGUNO \$ [][][] , [][][] . [][]

Escriba una X en estos encasillados si usted o su cónyuge esperan una pérdida neta. → USTED: [] SU CÓNYUGE: []

14. En los últimos dos años, ¿han disminuido las cantidades que incluyó en las preguntas 12 ó 13?

[] SÍ [] NO

15. Si usted o su cónyuge dejó de trabajar en el 2008 ó 2009, o planifica dejar de trabajar en el 2009 ó 2010, indique el mes y el año.

EJEMPLO
De enero a septiembre escriba un cero (0) en el primer encasillado. Mayo de 2008 debe escribirse:
[0][5] [2][0][0][8]
MES AÑO

USTED: [][] [2][0][][]
MES AÑO

SU CÓNYUGE: [][] [2][0][][]
MES AÑO

Si usted es menor de 65 años, conteste la pregunta 16. Si usted está casado y vive con su cónyuge, y cualquiera de los dos es menor de 65 años, conteste la pregunta 16. De lo contrario, firme la solicitud en la página 6 y devuélvanosla.

16. ¿Tiene usted o su cónyuge que pagar por artículos que le permitan trabajar? Sólo contaremos parte de sus ganancias hacia el límite de ingresos si usted trabaja y recibe beneficios de Seguro Social debido a una incapacidad o ceguera y tiene gastos relacionados con el trabajo por los cuales no recibe reembolso. Unos ejemplos de tales gastos son: el costo de tratamiento médico y medicina para SIDA, cáncer, depresión o epilepsia; una silla de ruedas; servicios de un asistente personal; modificaciones a un vehículo, un chofer u otro servicio de transportación especial que sea necesario para viajar al trabajo; ayuda tecnológica relacionada con su trabajo; gastos de perro guía; ayudas visuales y sensoriales; y traducciones en Braille.

USTED: [] SÍ [] NO

SU CÓNYUGE: [] SÍ [] NO



Firmas

INFORMACIÓN IMPORTANTE-FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE

Yo entiendo/Nosotros entendemos que la Administración del Seguro Social verificará mi declaración/nuestras declaraciones y comparará sus registros con los registros de otras agencias del gobierno federal, estatal o municipal, incluso el Servicio de Impuestos Internos, para asegurar que la determinación esté correcta.

Al presentar esta solicitud yo autorizo/nosotros autorizamos a la Administración del Seguro Social a obtener y divulgar información relacionada a mis/nuestros ingresos, recursos y bienes, tanto domésticos como extranjeros, de acuerdo a las leyes de confidencialidad que aplican. Esta información puede incluir, pero no está limitada a, información sobre mis/nuestros salarios, balances de cuentas, inversiones, pólizas de seguros, beneficios y pensiones.

Yo declaro/Nosotros declaramos bajo pena de perjurio que he/hemos examinado toda la información en este formulario y que es cierta y correcta según mi/nuestro mejor entender.

Por favor llene la Sección A. Si no puede firmar, un representante puede firmar por usted. Si alguien le ayudó, también llene la Sección B.

Sección A

Form with fields: Su firma, Fecha, Número de teléfono, Firma de su cónyuge, Fecha, Su dirección postal, Núm. de apt., Ciudad, Estado, Zona postal.

Si su dirección postal cambió en los últimos tres meses, escriba una X aquí: []

Si usted prefiere que nos comuniquemos con otra persona si tenemos más preguntas, por favor provea el nombre y un número de teléfono diurno de esa persona.

Form with fields: Nombre en letra de molde, Apellido en letra de molde, Número de teléfono.

Sección B

Si alguien le ayudó a llenar esta solicitud, escriba una X en el encasillado que mejor describa a esa persona y provea el resto de la información que se solicita a continuación.

Form with checkboxes: Pariente, Abogado, Otro procurador, Otro Especifique, Amigo, Agencia, Trabajador Social.

Form with fields: Nombre en letra de molde, Apellido en letra de molde, Número de teléfono, Dirección, Núm. de apt., Ciudad, Estado, Zona postal.



NO LLENE ESTA PÁGINA. ESTO NO ES UNA SOLICITUD.

Aviso de la Ley de Confidencialidad/ Ley de 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 del costo de un plan de Recetas Médicas de Medicare que le corresponde a usted. Usted no tiene que darnos la información que pedimos. Sin embargo, si no provee la información, no podremos tomar 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 municipal para que nos ayuden a determinar si usted tiene derecho inicial o continuo al beneficio adicional, o si una ley federal requiere que se divulgue la información. Es posible que también tengamos que compartir la información con otros programas del Seguro Social, si el Seguro Social necesita determinar su derecho a esos programas.

También podemos usar la información que usted nos dé cuando comparemos registros por computadora. Hay programas que comparan nuestros registros con los de otras agencias del gobierno federal, estatal o municipal. 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. Explicaciones sobre estas y otras razones por las cuales la información que usted nos provee puede divulgarse o usarse están disponibles en las oficinas del Seguro Social. Si desea informarse mejor sobre esto, comuníquese con una oficina del Seguro Social.

Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites — 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 Trámites del 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 tardará alrededor de 35 minutos para leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Sólo envíe comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a esta dirección, no el formulario lleno.**

ENVÍENOS EL FORMULARIO LLENO A LA DIRECCIÓN MOSTRADA EN EL SOBRE FRANQUEADO Y PREDIRIGIDO ADJUNTO:

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