

# Social Security Administration (Urząd Ubezpieczeń Społecznych) Ważne informacje



**NINIEJSZY LIST MA CHARAKTER WYŁĄCZNIE INFORMACYJNY.  
PROSZĘ NIE WYPEŁNIAĆ KOLEJNYCH STRON.  
NINIEJSZY ARKUSZ NIE JEST WNIOSKIEM.**

## **Dodatkowa pomoc finansowa na zakup leków na receptę.**

Program refundacji leków na receptę ubezpieczenia Medicare daje możliwość wyboru planu pokrywającego koszty lekarstw nabywanych z przepisu lekarza.

W ramach programu może przysługiwać dodatkowa pomoc finansowa na opłacenie comiesięcznych składek, rocznego udziału własnego oraz dopłat do leków.

Aby jednak otrzymać pomoc, **należy najpierw wypełnić wniosek, włożyć go do załączonej koperty i wysłać.** Wniosek można również wypełnić na stronie internetowej [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). Po rozpatrzeniu wniosku wyślemy list z informacją, czy dodatkowa pomoc istotnie przysługuje. Aby móc skorzystać z dodatkowej pomocy finansowej, należy przystąpić do planu refundacji leków na receptę ubezpieczenia Medicare.

Jeśli potrzebna będzie pomoc przy wypełnianiu wniosku, prosimy zadzwonić do Urzędu Ubezpieczeń Społecznych pod numer **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Dalsze informacje można znaleźć na stronie internetowej [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

Aby uzyskać informacje o planach refundacji leków na receptę ubezpieczenia Medicare albo jak zapisać się do planu, prosimy zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048) lub odwiedzić stronę internetową [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Prosimy wysłać wniosek jeszcze dzisiaj. Powiadomimy wówczas o naszej decyzji odnośnie udzielenia dodatkowej pomocy finansowej.

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

Michael J. Astrue  
Administrator

# Ogólna instrukcja dotycząca wypełniania wniosków o pomoc w pokryciu kosztów ponoszonych w ramach planu refundacji leków na receptę ubezpieczenia Medicare



Czy Pan/Pani lub osoba, której pomaga Panu/Pani w wypełnieniu wniosku posiada ubezpieczenie Medicare, otrzymuje płatności Dodatkowej Zapomogi Rządowej (SSI) lub posiada jednocześnie ubezpieczenia Medicare i Medicaid?

Jeżeli odpowiedź brzmi TAK, prosimy nie wypełniać wniosku, ponieważ dodatkowa pomoc zostanie przyznana automatycznie.

Czy Państwa stanowy program Medicaid opłaca comiesięczne składki, ponieważ należy Pan/Pani do Programu Oszczędności Medicare?

Jeżeli odpowiedź brzmi TAK, prosimy skontaktować się ze swoim lokalnym oddziałem Medicaid, aby uzyskać więcej informacji. Mogą Państwo automatycznie otrzymać dodatkową pomoc, a wypełnienie niniejszego wniosku może okazać się zbyteczne.

## Jak wypełniać wniosek

- Używać wyłącznie CZARNEGO TUSZU;
- Cyfry, litery i znaki X należy wpisywać wewnątrz kraterk; używać wyłącznie WIELKICH liter;
- Nie dopisywać żadnych odręcznych uwag na wniosku;
- Przy wpisywaniu kwot pieniężnych nie używać znaku dolara; i
- Centy można zaokrąglać do pełnych dolarów.

**PRZYKŁAD**

Umieścić X w kratce. NIE wypełniać i NIE zaznaczać kraterk „fajkami”.

<b>PRAWDŁOWO</b>	<b>NIEPRAWDŁOWO</b>	

**PRZYKŁAD**

Wpisywać odpowiedzi używając wielkich liter

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

## Jeżeli pomaga Pan/Pani innej osobie w wypełnianiu tego wniosku

Prosimy odpowiadać na pytania tak, jakby ta osoba sama wypełniała wniosek. Konieczna będzie znajomość numeru ubezpieczenia społecznego oraz sytuacji finansowej tej osoby. Prosimy również wypełnić część B na stronie 6.

## Wypełnianie wniosku

Wniosek można wypełnić przez Internet na stronie [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) lub wysłać wypełniony i podpisany formularz w załączonej (opłaconej i zaadresowanej) kopercie na adres:

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

Prosimy o odesłanie w załączonej kopercie niniejszego pakietu wnioskowego. Prosimy nie przysyłać niczego innego w kopercie. Jeżeli będą nam potrzebne dodatkowe informacje, sami skontaktujemy się z Panem/Panią.

## W przypadku pytań lub konieczności uzyskania pomocy przy wypełnianiu niniejszego wniosku

Prosimy dzwonić pod bezpłatny numer 1-800-772-1213. Osoby głuche lub słabo słyszające mogą dzwonić pod specjalny numer TTY: 1-800-325-0778.



**Wniosek o pomoc w pokryciu kosztów ponoszonych w ramach planu refundacji leków na receptę ubezpieczenia Medicare**

**NINIEJSZY FORMULARZ NIE JEST PODANIEM O PRZYSTĄPIENIE DO PLANU REFUNDACJI LEKÓW NA RECEPTĘ UBEZPIECZENIA MEDICARE.**

1. Imię i nazwisko osoby składającej wniosek: Wpisać imię i nazwisko w formie, w jakiej występuje na posiadanej karcie Ubezpieczenia Społecznego. W każdą kratkę wpisać jedną literę.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>IMIĘ</b>	<b>1-SZA LITERA DRUGIEGO IMIENIA</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>NAZWISKO</b>	<b>PRZYROSTEK (JR, SR ITP.)</b>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<b>NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK</b>	<b>DATA URODZENIA OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (MM-DD-RRRR)</b>

2. Jeżeli jest Pan/Pani **żonaty/zamężna i zamieszkuje razem ze swoim współmałżonkiem**, proszę podać poniższe informacje w formie, w jakiej występują na jego/jej karcie Ubezpieczenia Społecznego. Jeżeli nie jest Pan/Pani aktualnie żonaty/zamężna lub Pana/Pani współmałżonek nie zamieszkuje razem z Panem/Panią, proszę pominąć to pytanie i przejść do pytania 3 i nie umieszczać żadnych informacji o swoim współmałżonku.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>IMIĘ</b>	<b>1-SZA LITERA DRUGIEGO IMIENIA</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>NAZWISKO</b>	<b>PRZYROSTEK (JR, SR ITP.)</b>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<b>NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO WSPÓŁMAŁŻONKA</b>	<b>DATA URODZENIA WSPÓŁMAŁŻONKA (MM-DD-RRRR)</b>

Jeżeli Pana/Pani współmałżonek ma ubezpieczenie Medicare, to czy pragnie się on również ubiegać o dodatkową pomoc?  **TAK**  **NIE**

3. Jeżeli jest Pan/Pani **żonaty/zamężna i zamieszkuje razem ze swoim współmałżonkiem**, to czy wartość Pana/Pani oszczędności, inwestycji lub nieruchomości przekracza kwotę 23 970 USD? Jeżeli nie jest Pan/Pani żonaty/zamężna lub nie zamieszkuje razem ze swoim współmałżonkiem, to czy wartość tych Państwa wspólnych oszczędności, inwestycji lub nieruchomości przekracza sumę 11 990 USD? **Proszę NIE uwzględniać domu, w którym Państwo mieszkają, używanych przez Państwa pojazdów, przedmiotów osobistego użytku, działek cmentarnych ani nieodwołalnych umów dotyczących pochówku.**

<input type="checkbox"/> <b>TAK</b>	Jeżeli umieścił/a Pan/Pani <input checked="" type="checkbox"/> w kratce <b>TAK</b> , <b>PROSZĘ PRZERWAĆ</b> wypełnianie wniosku. Nie przysługuje Panu/Pani dodatkowa pomoc i nie musi Pan/Pani wniosku do nas wysłać. Jeżeli potrzebny jest Panu/Pani list potwierdzający, że nie przysługuje Panu/Pani dodatkowa pomoc, proszę wniosek podpisać na stronie 6 i wysłać do nas.
<input type="checkbox"/> <b>NIE LUB TRUDNO POWIEDZIEĆ</b>	Jeżeli umieścił/a Pan/Pani <input checked="" type="checkbox"/> w kratce <b>NIE</b> lub <b>TRUDNO POWIEDZIEĆ</b> , proszę wypełnić wniosek do końca i wysłać do nas.



**Jeżeli umieścił/a Pan/Pani  w kratce NIE lub TRUDNO POWIEDZIEĆ w pytaniu 3, proszę odpowiedzieć na wszystkie poniższe pytania. Jeżeli jest Pan/Pani żonaty/zamężna i zamieszkuje razem ze swoim współmałżonkiem, proszę odpowiedzieć na wszystkie poniższe pytania za siebie i za współmałżonka.**

4. Proszę wyszczególnić w poniższych kratkach kwoty pieniężne posiadane przez Pana/Panią, Pana/Pani współmałżonka, jeżeli są Państwo małżeństwem i wspólnie zamieszkują lub wspólnie posiadają, we wszystkich kontach bankowych, w postaci inwestycji lub gotówki. Proszę również wyszczególnić zasoby posiadane do spółki z inną osobą. Proszę podać kwoty w dolarach, bez numerów kont. Jeżeli Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek nie posiadają żadnej z wymienionych pozycji, indywidualnie, wspólnie lub do spółki z inną osobą — proszę wstawić  w kratce **NIE DOTYCZY**.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Całkowita suma we wszystkich kontach bankowych (czekowych, oszczędnościowych oraz świadectwa lokaty terminowej)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</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>Całkowita suma wartości wszystkich akcji, obligacji, bonów oszczędnościowych, udziałów w funduszach inwestycyjnych, indywidualnych kont emerytalnych lub innych podobnych inwestycji</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</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>Gotówka przechowywana w domu lub w innym miejscu</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

5. Czy Pan/Pani posiada polisy ubezpieczeniowe na życie o łącznej wartości nominalnej 1 500 USD lub większej? Proszę odpowiedzieć za siebie i współmałżonka, jeżeli są Państwo małżeństwem i wspólnie zamieszkują. W przypadku odpowiedzi **NIE** zarówno za siebie, jak i za współmałżonka, proszę przejść do pytania 6.

PAN/PANI:  TAK  NIE

WSPÓLMAŁŻONEK:  TAK  NIE

**Jeżeli** odpowiedź udzielona za siebie lub za współmałżonka brzmi **TAK**, jaka jest aktualna wartość gotówkowa polisy ubezpieczeniowej? Proszę wpisać kwotę. Jeżeli odpowiedź udzielona za siebie i za współmałżonka brzmi **TAK**, proszę wpisać łączną kwotę. Wartość ta różni się od wartości nominalnej i udzielenie odpowiedzi na to pytanie może wymagać skontaktowania się z firmą ubezpieczeniową.

\$    ,    .

6. Czy środki pochodzące z któregośkolwiek ze źródeł wymienionych w **pytaniu 4 i 5** zostaną częściowo wykorzystane na opłacenie kosztów pogrzebu? **Jeśli TAK, proszę przejść do pytania 7.**

Jeśli **NIE** proszę umieścić  w kratce **NIE**, a następnie przejść do pytania 7.

PAN/PANI:  NIE

WSPÓLMAŁŻONEK:  NIE

7. Czy poza domem i działką, na której dom jest usytuowany, posiada Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek, jeżeli są Państwo małżeństwem i wspólnie zamieszkują, jakiegokolwiek inne nieruchomości? Przykładami takich innych nieruchomości są domy letniskowe, nieruchomości do wynajęcia lub nie eksploatowane działki w Państwa posiadaniu.

TAK  NIE



8. Nie licząc Pana/Pani współmałżonka, w przypadku pozostawania z związku małżeńskim, koszty utrzymania ilu krewnych mieszkających wspólnie z Państwem ponosi Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek **przynajmniej w połowie**? Za krewnych uważane są osoby związane więzami krwi, spokrewnione przez małżeństwo lub adopcję.

Proszę wstawić znak  tylko w jednej kratce. **Proszę nie wliczać siebie ani swojego współmałżonka.** Jeśli Pan/Pani i Pana/Pani współmałżonek mieszkają jedynie we dwoje, proszę umieścić  w kratce **NIE DOTYCZY**.

**NIE DOTYCZY**      **1**      **2**      **3**      **4**      **5**      **6**      **7**      **8**      **9 LUB WIĘCEJ**

9. Jeżeli otrzymuje Pan/Pani, lub Pana/Pani współmałżonek, jeżeli są Państwo małżeństwem i wspólnie zamieszkują, dochody z niżej wymienionych źródeł, proszę wpisać w odpowiedniej rubryce całkowitą sumę otrzymywaną comiesięcznie. **Jeżeli dochód jest inny każdego miesiąca lub nie uzyskuje go Pan/Pani każdego miesiąca, proszę wpisać średni miesięczny dochód z ostatniego roku** w odpowiednich rubrykach. Proszę nie wymieniać zarobków, dochodów z pracy na własny rachunek, dochodów z odsetek, zasiłków społecznych, zwrotów kosztów leczenia ani płatności za opiekę w rodzinie zastępczej. Jeśli Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek nie otrzymujecie dochodów z podanego niżej źródła, proszę wstawić  w kratce **NIE DOTYCZY** w odpowiednim wierszu dla tego źródła.

		<b>Świadczenie miesięczne</b>
• Świadczenia z ubezpieczeń społecznych <b>przed odliczeniem potrąceń</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Emerytura kolejowa <b>przed odliczeniem potrąceń</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Świadczenia weteranów <b>przed odliczeniem potrąceń</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Inne emerytury lub renty <b>przed odliczeniem potrąceń</b> . Proszę nie uwzględniać żadnego ze źródeł dochodów wymienionych w pytaniu 4.	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Inny dochód nie wymieniony powyżej, w tym alimenty, dochody netto z wynajmu lokali, odszkodowania pracownicze itp. (Proszę wyszczególnić): -----	<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>

10. Czy któraś z sum wymienionych w pytaniu 9 uległa zmniejszeniu w ciągu ostatnich dwóch lat?  **TAK**  **NIE**

11. Czy ktokolwiek pomaga Panu/Pani w pokrywaniu kosztów utrzymania domu, takich jak: wydatki na żywność, spłaty pożyczki na dom, opłaty czynszowe, opłaty za gaz, ogrzewanie, elektryczność, wodę lub podatki od nieruchomości? Proszę **NIE uwzględniać** kartek żywnościowych, kosztów napraw domowych, pomocy finansowej z agencji mieszkaniowej, z programu pomocy energetycznej, posiłków z programu Żywność na Kółkach (Meals on Wheels), darowizn z banków żywnościowych, kuchni charytatywnych ani pomocy w kosztach leczenia i zakupie leków. Proszę nie uwzględniać niewielkich sum pieniędzy podarowanych sporadycznie lub niespodziewanie.  **TAK**  **NIE**

Jeżeli wstawił/a Pan/Pani  w kratce **TAK**, proszę podać miesięczną kwotę, albo, jeżeli kwota zmienia się każdego miesiąca, proszę podać średnią kwotę miesięczną z ostatniego roku. \$  ,  .



**Jeżeli pracował/a Pan/Pani przez ostatnie dwa lata, proszę odpowiedzieć na pytania od 12 do 16. Jeżeli jest Pan/Pani żonaty/zamężna, mieszka Pan/Pani ze swoim współmałżonkiem i jedno z Państwa pracowało w ciągu ostatnich dwóch lat, proszę odpowiedzieć na pytania od 12 do 16. W przeciwnym razie proszę podpisać wniosek na stronie 6 i odesłać go do nas.**

**12. Jakich zarobków przed opodatkowaniem i odliczeniem potrąceń spodziewa się Pan/Pani w tym roku kalendarzowym?**

PAN/PANI:  NIE DOTYCZY \$    ,    .

WSPÓLMAŁŻONEK:  NIE DOTYCZY \$    ,    .

**13. Jeżeli pracuje Pan/Pani na własny rachunek, jakich zysków netto spodziewa się Pan/Pani w tym roku kalendarzowym? Proszę wstawić znak  w kratce NIE DOTYCZY, jeżeli nie pracuje Pan/Pani na własny rachunek i przejść do pytania 14.**

PAN/PANI:  NIE DOTYCZY \$    ,    .

WSPÓLMAŁŻONEK:  NIE DOTYCZY \$    ,    .

Proszę wstawić znak  w kratce/kratkach, jeżeli Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek spodziewa się strat netto.



PAN/PANI:  WSPÓLMAŁŻONEK:

**14. Czy sumy podane w pytaniach 12 lub 13 uległy zmniejszeniu w ciągu ostatnich dwóch lat?**  TAK  NIE

**15. Jeżeli Pan/Pani (lub Pana/Pani współmałżonek przestał/a pracować w roku 2007 lub 2008 lub zamierza przestać pracować w roku 2008 lub 2009, proszę podać miesiąc i rok.**

**PRZYKŁAD**

Od stycznia do września umieścić zero (0) w pierwszej kratce. Maj 2007 powinien wyglądać w następujący sposób:

0	5	2	0	0	7
M	M	R	R	R	R

PAN/PANI:

M M R R R R

WSPÓLMAŁŻONEK:

M M R R R R

**Jeżeli ma Pan/Pani mniej niż 65 lat, proszę odpowiedzieć na pytanie 16. Jeżeli jest Pan/Pani żonaty/zamężna, mieszka Pan/Pani ze swoim współmałżonkiem i jedno z Państwa ma mniej niż 65 lat, proszę odpowiedzieć na pytanie 16. W przeciwnym razie proszę podpisać wniosek na stronie 6 i odesłać go do nas.**

**16. Czy Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek ponosi wydatki związane z umożliwieniem wykonywania pracy? Jeżeli Pan/Pani pracuje, pobierając jednocześnie świadczenia z ubezpieczeń społecznych z powodu niesprawności lub utraty wzroku, i ponosi Pan/Pani nierefundowane wydatki związane z pracą, przy obliczaniu limitu Pana/Pani dochodów będzie brana pod uwagę tylko część zarobków. Przykładami wydatków związanych z pracą są: koszty leczenia oraz leków na AIDS, na raka, depresję lub padaczkę, koszty zakupu wózka inwalidzkiego, usług opieki osobistej, modyfikacji pojazdu, koszty wynajęcia kierowcy lub innych specjalnych potrzeb transportowych związanych z pracą, koszty technologii pomagającej w wykonywaniu pracy, wydatki na psa-przewodnika, na aparaty wspomagające zmysły i wzrok oraz koszty tłumaczeń na język Braille'a.**

PAN/PANI:  TAK  NIE WSPÓLMAŁŻONEK:  TAK  NIE



## Podpisy

Zdaję/zdajemy sobie sprawę, że Urząd Ubezpieczeń Społecznych (SSA) sprawdzi podane przeze mnie/nas informacje i porówna je z informacjami będącymi w posiadaniu innych agencji rządu federalnego, stanowego i lokalnego, łącznie z Urzędem Podatkowym (IRS), w celu podjęcia właściwej decyzji.

Składając niniejszy wniosek upoważniam/upoważniamy Urząd Ubezpieczeń Społecznych do pozyskania i ujawnienia informacji dotyczących mojego/naszych dochodów, innych zasobów finansowych, majątku krajowego i za granicą, zgodnie z obowiązującym prawem o ochronie prywatności. Informacje te mogą m.in. dotyczyć moich/naszych zarobków, stanu na kontach bankowych, inwestycji, polis ubezpieczeniowych, świadczeń i emerytur.

Niniejszym oświadczam/oświadczamy, w pełni świadom/a/świadomi odpowiedzialności karnej za krzywoprzysięstwo, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku zostały przeze mnie/nas sprawdzone i, o ile mi/nam wiadomo, są poprawne i zgodne z prawdą.

**Proszę wypełnić część A. Jeżeli nie może Pan/Pani złożyć swojego podpisu, może to zrobić Pana/Pani przedstawiciel. Jeżeli inna osoba pomagała Panu/Pani w wypełnieniu tego wniosku, proszę również wypełnić część B.**

### CZĘŚĆ A

Pana/Pani podpis:	Data:	Numer telefonu: (     )     —
Podpis współmałżonka:	Data:	
Pana/Pani adres:	Nr mieszkania:	
Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:

Jeżeli w ciągu ostatnich trzech miesięcy zmienił/a Pan/Pani adres, proszę wstawić  w tym miejscu:           

Jeżeli woli Pan/Pani, abyśmy kontaktowali się z kimś innym w Pana/Pani imieniu w razie dodatkowych pytań z naszej strony, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu, pod którym można ją zastać w ciągu dnia.

Imię (pismem drukowanym):	Nazwisko (pismem drukowanym):	Numer telefonu: (     )     —
---------------------------	-------------------------------	----------------------------------

### CZĘŚĆ B

Jeżeli pomaga Pan/Pani innej osobie w wypełnieniu tego wniosku, proszę wstawić  w kratce informującej o tym, kim Pan/Pani jest, a także o podanie swojego adresu oraz numeru telefonu, pod którym można Pana/Panią zastać w ciągu dnia.

<input type="checkbox"/> Członek rodziny	<input type="checkbox"/> Prawnik	<input type="checkbox"/> Inny pełnomocnik	<input type="checkbox"/> Inny (określić): _____
<input type="checkbox"/> Przyjaciel	<input type="checkbox"/> Agencja	<input type="checkbox"/> Pracownik opieki społecznej	_____

Imię (pismem drukowanym):	Nazwisko (pismem drukowanym):	Numer telefonu: (     )     —
Adres:	Nr mieszkania:	
Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:



## **Prawo do zachowania prywatności / Ustawa dot. ograniczenia używania formularzy papierowych**

---

Artykuł 1860 D-14 *ustawy o ubezpieczeniach społecznych* upoważnia do zebrania informacji wymaganych w niniejszym wniosku. Podane informacje zostaną wykorzystane przez Urząd Ubezpieczeń Społecznych do orzeczenia, czy przysługuje Panu/Pani pomoc w opłacaniu kosztów własnych w ramach planu refundacji leków na receptę ubezpieczenia Medicare. Udzielenie tych informacji nie jest obowiązkowe. Jeżeli jednak nie otrzymamy od Pana/Pani wymaganych informacji, nie będziemy w stanie podjąć prawidłowej i szybkiej decyzji w sprawie Pana/Pani wniosku. Informacje zebrane w niniejszym wniosku mogą zostać przekazane innym agencjom rządu federalnego, stanowego lub lokalnego celem ustalenia, czy przysługuje Panu/Pani dodatkowa pomoc, lub jeżeli jest to wymagane przez prawo federalne.

Udzielone informacje mogą również zostać wykorzystane do porównania danych za pomocą komputera. Komputerowe programy porównawcze pozwalają nam na porównanie danych będących w naszym posiadaniu z danymi będącymi w posiadaniu innych agencji rządu federalnego, stanowego lub lokalnego. Wiele agencji może wykorzystać programy porównawcze w celu stwierdzenia i udowodnienia, że dana osoba kwalifikuje się do świadczeń ze strony rządu federalnego. Prawo zezwala nam na podejmowanie tego typu działań nawet wtedy, gdy Pan/Pani nie wyrazi na to zgody. Wyjaśnienia dotyczące tych i innych powodów, dla których udzielone przez Pana/Panią informacje mogą zostać porównane i przekazane dalej, można uzyskać w biurach Urzędu Ubezpieczeń Społecznych. W celu uzyskania dokładniejszych informacji na ten temat prosimy o skontaktowanie się z dowolnym biurem Urzędu Ubezpieczeń Społecznych.

Ustawa dot. ograniczenia używania formularzy papierowych — Zbieranie wspomnianych informacji spełnia wymagania ustawy 44 U.S.C. § 3507, łącznie z naniesioną poprawką w artykule 2 *ustawy z 1995 o ograniczeniu używania formularzy papierowych*. O ile nie przedstawimy ważnego numeru kontrolnego Urzędu Zarządzania i Budżetu, nie ma Pan/Pani obowiązku udzielania odpowiedzi na pytania. Według naszych szacunkowych obliczeń przeczytanie instrukcji, zebranie danych i udzielenie odpowiedzi na pytania powinno zająć około 35 minut. Uwagi dotyczące szacunkowych obliczeń czasowych można wysłać na adres: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Na ten adres prosimy wysłać wyłącznie uwagi dotyczące szacunkowych obliczeń czasu, a nie wypełnione wnioski.**

WYPEŁNIONY WNIOSEK PROSIMY WYŚLAĆ NA ADRES UMIESZCZONY NA ZAŁĄCZONEJ KOPERCIE:

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