



إدارة الضمان الاجتماعي معلومات هامة

خطاب التغطية هذا للمعلومات فقط.

لا تستكمل الصفحات التالية.

إنها ليست طلباً.

قد يكون لك الحق في الحصول على مساعدة إضافية للأدوية التي يصفها لك الطبيب.

يعطيك برنامج وصفات أدوية ميديكير الطبية (Medicare Prescription Drug) إمكانية اختيار برامج الوصفات الطبية التي تقدم أنواعاً مختلفة من التغطية.

قد تتمكن من الحصول على مساعدة إضافية لدفع الأقساط الشهرية، والإستقطاعات السنوية ومبالغ الدفع المشتركة المتعلقة ببرنامج وصفات أدوية ميديكير الطبية.

ولكن قبل أن تتمكن من مساعدتك يجب عليك ملء الطلب ووضعها في المظروف المرفق وإرساله بالبريد اليوم. أو يمكنك استكمال الطلب عبر شبكة الإنترنت على www.socialsecurity.gov. وسوف نقوم بمراجعة طلبك ونرسل لك خطاباً لكي نخبرك إذا كان لك الحق في الحصول على مساعدة إضافية. لاستخدام المساعدة الإضافية، عليك أن تتسجل في إحدى خطط برنامج وصفات أدوية ميديكير الطبية.

إذا كنت في حاجة إلى المساعدة في استكمال الطلب اتصل بإدارة الضمان الاجتماعي (Social Security) على هاتف رقم **1-800-772-1213** (هاتف نصي (TTY) رقم **1-800-325-0778**). ويمكنك أن تجد المزيد من المعلومات على موقع الإنترنت www.socialsecurity.gov.

إذا كنت تحتاج إلى معلومات عن خطط وصفات أدوية ميديكير الطبية أو كيفية الاشتراك في خطة، اتصل بـ **1-800-MEDICARE** (هاتف نصي **1-877-486-2048**) أو تفضل بزيارة الموقع www.medicare.gov

أرسل طلبك بالبريد اليوم. سوف نعطيك قراراً عما إذا كان يحق لك الحصول على مساعدة إضافية أم لا.

Michael J. Astrue
عضو لجنة



في تكاليف خطة وصفات أدوية ميديكير الطبية

هل أنت أو الشخص الذي تساعد في طلب المساعدة مشترك في برنامج ميديكير ودخل الضمان التكميلي (SSI)، أو ميديكير وميديكيد (Medicaid)؟

إذا كانت الإجابة «نعم» لا تستكمل هذا الطلب لأنك ستحصل على المساعدة الإضافية تلقائياً.

هل يقوم برنامج ميديكير في ولايتك بدفع أقساط برنامج ميديكير الخاص بك لأنك مشترك في برنامج ادخار ميديكير؟

إذا كانت الإجابة «نعم» اتصل بمكتب ميديكير في ولايتك للحصول على معلومات إضافية. يمكنك الحصول على مساعدة إضافية تلقائياً وقد لا تحتاج إلى استكمال هذا الطلب.

طريقة استكمال هذا الطلب

- استخدم الحبر الأسود فقط؛
- اكتب الأرقام والحروف وعلامات X داخل المربعات؛ استخدم الحروف الكبيرة فقط؛
- لا تضيف أي تعليقات بخط اليد على الطلب؛
- لا تستخدم رمز الدولار عند كتابة أي مبالغ؛
- المبالغ المحسبة بالسنت يتم تقريبها إلى أقرب دولار.

مثال

ضع علامة X في المربع. لا تملأ المربعات ولا تضع علامة "√".



خطأ



صواب

مثال

استخدم الأحرف الكبيرة عند كتابة الإجابات



إذا كنت تقدم المساعدة لشخص آخر لاستكمال هذا الطلب

أجب على جميع الأسئلة كما لو أنك أنت الشخص الذي يقدم الطلب. ويجب أن تعرف رقم الضمان الاجتماعي الخاص بذلك الشخص ومعلوماته المالية. كما يجب عليك استكمال القسم B في صفحة 6.

استكمال الطلب

يمكنك استكمال الطلب الموجود عبر شبكة الإنترنت على www.socialsecurity.gov أو استخدام المظروف المرفق المدفوع الأجرة لإعادة طلبك بعد استكمالته وتوقيعه إلى العنوان التالي:

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

أعد هذه الاستمارة في المظروف المرفق. لا تضع أي شيء آخر في المظروف. إذا احتجنا أي معلومات أخرى، فسوف نتصل بك.

إذا كان لديك أي أسئلة أو إذا كنت بحاجة إلى المساعدة لاستكمال هذا الطلب

يمكنك الاتصال بنا على الهاتف المجاني رقم 1-800-772-1213، أو إذا كنت مصاباً بالصمم أو صعوبة السمع يمكنك الاتصال بنا على الهاتف النصي رقم 1-800-325-0778.

<p>طلب المساعدة في تكاليف برنامج وصفات أدوية ميديكير الطبية</p>
<p>هذا الطلب لا يترتب عليه تسجيلك في خطة وصفات أدوية ميديكير الطبية.</p>

1 اسم مقدم الطلب أكتب الاسم كما يظهر على بطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة بك. استخدم مربع مستقل لكل حرف.

<p>الحرف الأول من الاسم الثاني</p> <p>اسم ملحق (مثل Jr. أو Sr... الخ)</p> <p>تاريخ ميلاد مقدم الطلب (ش ش - ي ي - س س س س)</p>	<p>الاسم الأول</p> <p>الاسم الأخير</p> <p>رقم الضمان الاجتماعي الخاص بمقدم الطلب</p>
---	--

2 إذا كنت متزوجاً/متزوجة وتعيش مع زوجتك/زوجك، الرجاء كتابة المعلومات التالية كما تظهر على بطاقة الضمان الاجتماعي الخاص بزوجتك/زوجك. إذا كنت غير متزوج/متزوجة أو لا تعيش/تعيشين مع زوجتك/زوجك، انتقل إلى السؤال 3 ولا تدخل أي معلومات عن زوجك/زوجتك في هذا الطلب.

<p>الحرف الأول من الأسم الثاني</p> <p>اسم ملحق (مثل Jr. و Sr... الخ)</p> <p>تاريخ ميلاد مقدم الطلب (ش ش - ي ي - س س س س)</p>	<p>الاسم الأول</p> <p>الاسم الأخير</p> <p>رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالزوج/الزوجة</p>
--	--

3 إذا كان زوجك/كانت زوجتك عضواً في برنامج ميديكير، هل ترغب/ترغب في طلب مساعدة إضافية؟ نعم لا

بالنسبة إذا كنت متزوجاً(ة) وتعيش(ين) مع زوجتك/زوجك، هل تزيد قيمة مدخراتك أو استثماراتك أو عقاراتك على \$23,970؟ إذا كنت غير متزوجاً(ة) أو لا تعيش(ين) مع زوجتك/زوجك هل تزيد قيمة مدخراتك أو استثماراتك أو عقاراتك على \$11,990؟ لا يشمل ذلك منزلك أو سيارتك أو متعلقاتك الشخصية أو أماكن الدفن الخاصة بك أو عقود الدفن التي لا يمكن إلغاؤها.

إذا وضعت X في المربع الخاص بـ "نعم"، توقف. فأنت لا يحق لك الحصول على مساعدة إضافية، ولا يتعين عليك إعادة هذا الطلب إلينا. إذا كنت في حاجة إلى خطاب ينص على عدم أحقيتك، وقع على الطلب الموجود في صفحة 6 وإعادته إلينا. معناه

إذا وضعت علامة X في مربع "لا" أو "غير متأكد" أكمل بقية هذا الطلب، وأعدّه إلينا. معناه

إذا وضعت علامة X في مربع "لا" أو "غير متأكد" في السؤال رقم 3 أجب على جميع الأسئلة التالية. إذا كنت متزوجاً/متزوجة و تعيش/تعيشين مع زوجك/زوجتك، يجب عليك الإجابة على جميع الأسئلة الخاص بالزوج والزوجة كذلك.

4 يرجى كتابة المبالغ الموجودة في جميع الحسابات المصرفية أو الاستثمارات أو المبالغ النقدية التي تمتلكها أنت أو زوجك/زوجتك أو كل منكما إذا كنتم متزوجين وتقيمان معاً في المربعات التالية. اكتب ما يمتلكه أي منكما مع أي شخص آخر. اكتب فقط المبالغ بالدولار، وليس رقم الحساب. إذا كنت أنت أو زوجك/زوجتك لا تملكان أياً مما يلي، كل شخص بمفرده أو معاً أو مع شخص آخر، ضع علامة X في مربع "لاشيء".

\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	لاشيء	• المجموع الكلي لجميع الحسابات المصرفية (شيكات وتوفير وشهادات إيداع)
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	لاشيء	• المجموع الكلي لجميع الأسهم أو السندات أو السندات الادخارية أو الصناديق المتبادلة أو حسابات التقاعد الفردية أو استثمارات مماثلة أخرى
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	لاشيء	• أي نقود أخرى في المنزل أو في أي مكان آخر

5 هل تمتلك بوليصات تأمين على الحياة تزيد قيمتها الاسمية الإجمالية على \$1,500؟ أجب عن نفسك وعن زوجك/زوجتك إذا كنتم تعيشان معاً. إذا كانت إجابتك «لا» بالنسبة لك ولزوجك/زوجتك اذهب إلى السؤال رقم 6.

أنت: نعم لا

الزوج/الزوجة: نعم لا

إذا كانت إجابتك بـ "نعم" بالنسبة لأي منكما، ما مقدار ما تحصل عليه في حالة تحويل بوليصات التأمين الخاصة بك إلى نقود الآن؟ اكتب المبلغ. إذا كانت إجابتك "نعم" بالنسبة لك ولزوجك/زوجتك اكتب المبلغ الناتج. هذه ليست القيمة الاسمية لبوليصاتك. قد تحتاج إلى الاتصال بشركة التأمين لمساعدتك في الإجابة على هذا السؤال.

\$, .

6 هل سيتم استخدام بعض النقود من أي من المصادر المذكورة في السؤالين 4 و 5 لدفع مصروفات الجنازة أو الدفن؟ إذا كانت إجابتك نعم، اذهب إلى السؤال 7.

أنت: لا

الزوج/الزوجة: لا

7 باستثناء بيتك والعقار الذي بُنيَ عليه، هل أنت أو زوجك/زوجتك، إذا كنتم متزوجين وتعيشان معاً تملك أي عقارات؟ أمثلة للعقارات الأخرى تتضمن منازل العطل، أو العقارات المؤجرة، أو أراضي غير مستغلة تمتلكها.

نعم لا

8 باستثناءك أنت أو زوجتك/زوجك إذا كنت متزوجاً(ة)، كم عدد بقية الأقارب الذين يعيشون في منزلك ويتلقون ما لا يقل عن نصف الدعم المالي اللازم لهم منك أو من زوجك/زوجتك. نحن نعد الأقارب الذين تربطهم بك صلة قرابة بالدم أو الزواج أو التبني.

ضع علامة X في مربع واحد فقط. لا تُضْمَن نفسك أو زوجك/زوجتك في العدد الذي تدخله. إذا كانت أفراد تتكون منك فقط، أو منك ومن زوجك/زوجتك، ضع علامة X في مربع لا شيء.

لا شيء 1 2 3 4 5 6 7 8 9 أو أكبر

9 إذا كنت أنت أو زوجك/زوجتك، إذا كنتما متزوجين وتعيشان معاً، تحصلان على دخل من أي مصدر من المصادر المبينة أدناه يرجى كتابة المبلغ الذي تتلقاه كل شهر. إذا كان المبلغ يتغير من شهر لآخر أو إذا كنت لا تتسلمه كل شهر، اكتب متوسط الدخل الشهري للسنة الماضية لكل نوع في المربع المناسب. لا تكتب الأجر ودخل العمل الحر، أو دخل الفوائد، أو المساعدات العامة، أو التعويضات الطبية أو مدفوعات رعاية الأطفال هنا. إذا كنت أنت أو زوجك/زوجتك لا تحصلان على دخل من أحد المصادر المبينة أدناه اكتب علامة X في مربع "لا يوجد" الخاص بذلك الدخل.

المخصصات الشهرية		
\$ [] , [] . []	لا شيء	• مخصصات الضمان الاجتماعي قبل الخصومات
\$ [] , [] . []	لا شيء	• مخصصات تقاعد السكة الحديد قبل الخصومات
\$ [] , [] . []	لا شيء	• مخصصات المحاربين القدامى قبل الخصومات
\$ [] , [] . []	لا شيء	• معاشات أو مكافآت أخرى قبل الخصومات. لا تذكر أي نفود تحصل عليها من أي بند من البنود المذكورة في السؤال رقم 4.
\$ [] , [] . []	لا شيء	• مصدر دخل آخر غير مذكور أعلاه، بما في ذلك النفقة، وصافي دخل الإيجارات، وتعويضات العاملين... الخ (يرجى التحديد):

10 هل نقص أي مبلغ من المبالغ المذكورة في السؤال رقم 9 خلال العامين الماضيين؟

لا نعم

11 هل تعتمد على أحد يساعدك في دفع أي من المصروفات المنزلية التالية - الطعام والرهن والإيجار ووقود أو غاز التدفئة والكهرباء والماء والضرائب العقارية؟ لا يشمل ذلك طوابع الطعام، أو إصلاحات المنزل، أو المساعدة من أي وكالة إسكان، أو أي برنامج مساعدات للطاقة، أو برنامج الوجبات المنزلية (Meals on Wheels) أو مساعدات من بنوك الطعام، أو المطابخ الخيرية، أو المساعدة بشأن العلاج والأدوية. لا تكتب المبالغ البسيطة التي تقدم لك بشكل غير دوري أو غير متوقع.

لا نعم

إذا كتبت علامة X في مربع "نعم" اكتب المبلغ الشهري، أو إذا تغير المبلغ من شهر لآخر اكتب متوسط المبلغ الشهري للسنة الماضية.

\$ [] , [] . []



التوقيعات

معلومات هامة – الرجاء القراءة بحرص

أفهم/نفهم أن إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) سوف تفحص بياناتي/بياناتنا وتقرن سجلاتها بسجلات الهيئات الحكومية الفيدرالية أو المحلية أو الحكومة المحلية، بما في ذلك خدمة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service, IRS) للتأكد من صحة قرارها.

يعد تقديم هذا الطلب تفويضاً مني/منا لإدارة الضمان الاجتماعي للحصول على والكشف عن المعلومات المتعلقة بالدخل والموارد والموجودات الخاصة بي/بنا، سواءً الأجنبية أو المحلية، وفقاً لقوانين الخصوصية المعمول بها. وقد تشمل هذه المعلومات، ولكنها لا تقتصر على، المعلومات المتعلقة بالأجور وأرصدة الحسابات والاستثمارات وبوليصة التأمين والإعانات والمعاشات الخاصة بي/بنا.

أقر/نقر تحت طائلة عقوبة شهادة الزور بأني/بأننا فحصت (نا) جميع المعلومات الواردة في هذه الاستمارة وأنها صادقة وصحيحة على حد علمي/علمنا.

يرجى استكمال القسم A. إذا كنت لا تستطيع التوقيع يجوز لأي ممثل أن يوقع بالنيابة عنك. إذا كان هناك شخص ما قد قدم لك المساعدة استكمل القسم B أيضاً.

القسم A		
رقم الهاتف:	التاريخ:	توقيعك:
() - () - ()	التاريخ:	توقيع زوجتك/زوجك:
رقم الشقة:	عنوانك البريدي:	
الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:

إذا كنت قد قمت بتغيير عنوانك البريدي خلال الأشهر الثلاثة الماضية ضع علامة X هنا.

إذا كنت تفضل أن نتصل بشخص آخر إذا كان لدينا أسئلة إضافية يرجى كتابة اسم ذلك الشخص ورقم هاتف يمكن الاتصال به نهائياً.

رقم الهاتف:	الاسم الأخير بأحرف غير مشبوكة:	الاسم الأول بأحرف غير مشبوكة:
() - () - ()		
القسم B		
إذا كنت تساعد شخصاً آخر ضع علامة X في المربع الذي يصفك واكتب عنوانك ورقم الهاتف الذي يمكن الاتصال بك فيه نهائياً.		
<input type="checkbox"/> فرد العائلة <input type="checkbox"/> صديق <input type="checkbox"/> محامي <input type="checkbox"/> وكالة <input type="checkbox"/> محامٍ آخر <input type="checkbox"/> مشرف اجتماعي <input type="checkbox"/> آخر، حدده: _____		
رقم الهاتف:	الاسم الأخير بأحرف غير مشبوكة:	الاسم الأول بأحرف غير مشبوكة:
() - () - ()		
رقم الشقة:	العنوان:	
الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:



قانون الخصوصية/ إشعار بتقليل الأوراق

المادة 1860 D-14 من قانون الضمان الاجتماعي تعطي تفويضاً بجمع المعلومات المطلوبة في هذه الاستمارة. المعلومات التي تقوم بتقديمها سيتم استخدامها لتمكين إدارة الضمان الاجتماعي من تحديد ما إذا كان يحق لك الحصول على المساعدة لدفع حصتك من تكاليف برنامج وصفات ميديكير الطبية. أنت غير ملزم بإعطائنا المعلومات التي نطلبها. ولكن إذا لم تقدم لنا تلك المعلومات فإننا لن نتمكن من اتخاذ قرار دقيق في الوقت المناسب بشأن طلبك. ويجوز لنا أن نقدم المعلومات التي نجمعها من خلال هذه الاستمارة إلى هيئة أخرى حكومية فيدرالية أو محلية أو تابعة للولاية لمساعدتنا في تحديد أحقيتك في الحصول على مساعدة إضافية أو الكشف عن تلك المعلومات إذا كان القانون الفيدرالي ينص على ذلك.

ويجوز لنا أيضاً استخدام المعلومات التي تقدمها لنا عند مقارنة تلك المعلومات بسجلاتنا بالكمبيوتر. تقوم برامج المقارنة بمقارنة سجلاتنا بسجلات الهيئات الحكومية الفيدرالية أو المحلية أو التابعة للولاية. ويجوز للعديد من الهيئات استخدام برامج المقارنة لمعرفة أو إثبات ما إذا كان شخص ما يحق له الحصول على الإعانات التي تدفعها الحكومة الفيدرالية. ويسمح لنا القانون بذلك حتى في حالة عدم موافقتك. ويوجد بمكاتب الضمان الاجتماعي شرح لذلك وللأسباب الأخرى لقانونية استخدام أو إعطاء المعلومات التي تقدمها لنا. إذا أردت معرفة المزيد عن ذلك اتصل بأي مكتب من مكاتب الضمان الاجتماعي.

بيان قانون خفض الأعمال الورقية – جمع هذه المعلومات يفي باشتراطات المادة رقم ٣٥٠٧ من قانون الولايات المتحدة رقم ٤٤، وتعديلاته بالمادة ٢ من قانون خفض الأعمال الورقية لعام ١٩٩٥. لا يتعين عليك الإجابة على تلك الأسئلة إلا إذا قمنا بإعلان رقم مراقبة ساري لمكتب الإدارة والميزانية. وفقاً لتقديرنا، تستغرق عملية قراءة التعليمات وجمع الحقائق والإجابة على الأسئلة ٣٥ دقيقة. يمكنك إرسال ملاحظاتك بشأن تقديرنا للوقت إلى: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. لا ترسل إلى هذا العنوان سوى الملاحظات المتعلقة بتقديرنا للوقت. لا ترسل الاستمارة بعد استكمالها إلى هذا العنوان.

أرسل الاستمارة بعد استكمالها إلينا على العنوان المبين على المظروف المرفق والمعنون:

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