



Instrucciones para llenar la apelación de la determinación para recibir ayuda con los gastos de los planes de Medicamentos Recetados de Medicare

CUÁNDO SE DEBE USAR ESTE FORMULARIO: Use el formulario SSA-1021-SP para apelar las determinaciones de la Administración del Seguro Social sobre su derecho al beneficio adicional o a la continuación del beneficio adicional de la Parte D de Medicare.

1. *NOMBRE DEL SOLICITANTE:*

Nombre de la persona que está solicitando la apelación.

2. *NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:*

Número de Seguro Social de la persona a nombre de quien se está solicitando la apelación.

3. *NÚMERO DE MEDICARE:*

Llene solamente si el número de Medicare es diferente a su número de Seguro Social.

4. *NOMBRE DE SU CÓNYUGE:*

Llene solamente si su cónyuge vive en la misma dirección que usted.

5. *NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE SU CÓNYUGE:*

Llene solamente si su cónyuge vive en la misma dirección que usted.

6. *NÚMERO DE MEDICARE DE SU CÓNYUGE:*

Llene solamente si usted y su cónyuge viven en la misma dirección, y el número de Medicare es diferente al número de Seguro Social de su cónyuge.

7. *POR FAVOR EXPLIQUE POR QUÉ NO ESTÁ DE ACUERDO CON NUESTRA DECISIÓN:*

Explique brevemente con cuál determinación no está de acuerdo y por qué. Usted puede añadir páginas para su respuesta.

8. *TIENE USTED INFORMACIÓN ADICIONAL PARA SOSTENER SU APELACIÓN:*

Si usted tiene más información que quiere que consideremos, envíela junto a este formulario a:

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

9. *¿QUIERE UNA AUDIENCIA?*

Marque SÍ, si usted quiere una audiencia por teléfono. Marque NO si usted quiere una revisión de su caso; lo que significa que haremos una decisión basada en la información que tenemos disponible y cualquier información adicional provista.

10. *¿LE INTERESARÍA ADELANTAR LA FECHA DE LA AUDIENCIA SI LA AGENDA LO PERMITE?*

Para darle tiempo a que se prepare para la audiencia, debemos permitir por lo menos 20 días desde la fecha que recibimos su petición para la apelación hasta la fecha que lo citamos para la audiencia. Si usted quiere adelantar su audiencia, marque SÍ. Si usted quiere que citemos la audiencia por lo menos 20 días después de recibir su petición para una apelación, marque NO.



11. *¿NECESITA UN INTÉRPRETE?*

Marque SÍ y especifique el idioma que prefiere, y le proveeremos servicios de intérprete. Si no necesita un intérprete, marque NO.

12. *¿TIENE USTED PROBLEMAS DE AUDICIÓN?*

Marque SÍ, si usted requiere el uso de un aparato de telecomunicaciones para sordos para poder comunicarse. Si usted no tiene problemas de audición, marque NO.

13. *¿TENDRÁ A OTRAS PERSONAS CON USTED DURANTE LA AUDIENCIA?*

Marque SÍ, si otras personas, además de usted, participarán en la conversación telefónica. Marque SÍ otra vez si las otras personas llamarán de un número de teléfono diferente al suyo. De otra manera, marque NO.

ENVÍE EL FORMULARIO:

Por favor devuelva su formulario de apelación lleno, 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**
