



**Apelación de la determinación para recibir el Beneficio Adicional con los gastos del plan de medicamentos recetados de Medicare**

FOR OFFICIAL USE ONLY

Date received:

Office code:

Request filed late:

--	--	--

--

1. Nombre del solicitante:

---

2. Número de Seguro Social:

---

3. Número de Medicare (si es diferente al número de Seguro Social):

---

4. Nombre del cónyuge (si su cónyuge vive en la misma dirección que usted):

---

5. Número de Seguro Social del cónyuge (si su cónyuge vive en la misma dirección que usted):

---

6. Número de Medicare del cónyuge (si es diferente al número de Seguro Social y su cónyuge vive en la misma dirección que usted):

---

7. Por favor explique por qué no está de acuerdo con nuestra decisión:

---

---

8. ¿Tiene información adicional que le ayude a afirmar su apelación?

**SÍ** Envíe la información adicional junto con este formulario a la dirección indicada al final de la página 2.

**NO**

9. ¿Quiere una audiencia? Si se realiza una audiencia, ésta será por teléfono.

**SÍ** Usted recibirá un aviso con la fecha y la hora de su audiencia. Por favor conteste las preguntas 10 a la 13.

**NO** Usted recibirá una decisión basada en la información disponible y cualquier otra información adicional que provea.



---

10. Para darle tiempo a prepararse para la audiencia, debemos permitir por lo menos 20 días entre la fecha de su petición y la fecha en que programemos la audiencia. ¿Le interesaría adelantar la fecha de la audiencia si la agenda lo permite?

SÍ

NO

---

11. ¿Necesita un intérprete?

SÍ (Especifique el idioma): \_\_\_\_\_

NO

---

12. ¿Tiene problemas de audición?

SÍ

NO

---

13. ¿Tendrá otras personas consigo durante la audiencia?

SÍ

NO

Si contestó SÍ, ¿necesitarán usted y las otras personas hablarnos desde más de un número de teléfono?

SÍ

NO

Si contestó SÍ, llamamos a esto una conferencia telefónica. Cuando le enviemos el aviso con la fecha de la audiencia, le daremos un número de teléfono a usarse para esta conferencia telefónica e instrucciones adicionales para hacer esta llamada.

---

**Por favor devuelva su formulario de apelación lleno, inclusive 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**



# Firmas

Yo declaro bajo pena de perjurio que examiné toda la información en este formulario, y en cualquier formulario o declaración adjunta, y es cierta y correcta según mi mejor entender. Yo entiendo que hacer una declaración falsa es un crimen punible bajo la ley federal. Al presentar esta apelación, estoy autorizando a la Administración del Seguro Social a obtener y divulgar información relacionada a mi ingreso, recursos y bienes, extranjeros y domésticos, consistente con las leyes de confidencialidad que aplican. Esta información puede incluir, pero no está limitada a, información sobre mis salarios, balances de cuentas, inversiones, beneficios y pensiones. Por favor llene la Sección A. Si no puede firmar, un representante puede firmar por usted. Si usted está ayudando a alguien a llenar este formulario, también llene la Sección B.

## SECCIÓN A

Su firma:		Número de teléfono: (      )      —
Su dirección residencial:		Núm. de apt:
Ciudad:	Estado:	Zona postal:
Su dirección postal (si es diferente a su dirección residencial):		Núm. de apt:
Ciudad:	Estado:	Zona postal:

Si cambió su dirección recientemente, ponga una  aquí

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

Escriba el primer nombre en letra de molde:	Escriba el apellido en letra de molde:	Número de teléfono: (      )      —
---	--	--

## SECCIÓN B

Si está ayudando a otra persona, ponga una  en el encasillado que describe quien es usted y provea su dirección y número de teléfono diurno.

<input type="checkbox"/> Pariente	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Otro procurador	<input type="checkbox"/> Otro especifique: _____
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agencia	<input type="checkbox"/> Trabajador Social	_____

Escriba su nombre en letra de molde:	Escriba su apellido en letra de molde:	Número de teléfono: (      )      —
Dirección:		Núm. de apt:
Ciudad:	Estado:	Zona postal:



# Aviso de la ley de confidencialidad/ Ley de Reducción de Trámites

---

La Sección 1860 D-14 de la *Ley del Seguro Social*, según enmendada, nos autoriza a recopilar esta información. La información que nos presente se utilizará para determinar su derecho a recibir ayuda para pagar la parte que le corresponde de los costos de un plan de medicamentos recetados de Medicare.

La información que proporcione en este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no provee la información que solicitamos podría causar que no se pueda procesar su apelación en una forma correcta y a tiempo.

Raramente usamos la información provista en este formulario para algún otro propósito que no sea por las razones de determinar si continúa teniendo derecho a beneficios. No obstante, es posible que la usemos para administrar y para mantener la integridad de los programas del Seguro Social. También es posible que divulguemos esta información a alguna otra persona o agencia de acuerdo con los usos rutinarios aprobados, que incluyen, pero no están limitados a lo siguiente:

1. Para facilitar que un tercer partido o agencia ayuden al Seguro Social en establecer si tiene derecho a beneficios y cobertura del Seguro Social;
2. Para cumplir con las leyes federales que requieren la divulgación de la información contenida en los registros del Seguro Social (por ejemplo, a la Oficina de Responsabilidad Fiscal y al Departamento de Asunto para los Veteranos);
3. Para tomar decisiones de su derecho a programas de salud y mantenimiento a nivel federal, estatal y municipal; y
4. Para facilitar investigaciones estadísticas, auditorias o actividades necesarias para asegurar la integridad de los programas administrados por el Seguro Social (por ejemplo, el Departamento del Censo y asuntos privados bajo contrato para el Seguro Social).

También podemos utilizar la información que provee para cotejar registros por computadora. Los programas de cotejo comparan nuestros registros con los de otras agencias gubernamentales federales, estatales o municipales. La información de estos programas de cotejo se puede utilizar para establecer o verificar el derecho de una persona a programas de beneficios administrados o financiados por el gobierno federal y para el cobro de deudas delincuentes bajo estos programas.

Una lista completa de los usos rutinarios de esta información está disponible en nuestro Sistema de Registro de Avisos titulado, Medicare Database (60-0321). Esta información adicional referente a este formulario e información referente a nuestros programas y sistemas están a su disposición por Internet en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov) o su oficina local del Seguro Social.

**Declaración de la Ley de Reducción de Trámites – La recopilación de esta información cumple con los requisitos estipulados por 44 U.S.C. § 3507, según enmendado por la sección 2 de *La Ley de Reducción de Trámites del 1995*. No se le requiere contestar ninguna de estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido expedido por la Oficina de Gerencia y Presupuesto. En nuestra estimación, le tomará aproximadamente 10 minutos para leer las instrucciones, recopilar la información necesaria y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios concernientes a la estimación de tiempo antes mencionada a: Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. **Envíe a esta dirección solo comentarios relacionados con nuestra estimación de tiempo que le tomaría en llenar el formulario, no el formulario lleno.****