Pangasiwaan ng Panlipunang Seguro Mahalagang Impormasyon

ANG PANIMULANG LIHAM NA ITO AY PARA SA IMPORMASYON LAMANG. HUWAG PUNUIN ANG MGA SUSUNOD NA PAHINA. ITO AY HINDI ISANG APLIKASYON.

Ikaw ay maaaring maging karapat-dapat na makakuha ng Karagdagang Tulong sa pagbabayad ng iyong mga de-resetang gamot.

Ang programa ng Medicare sa de-resetang gamot ay nagbibigay sa iyo ng isang pagpipilian ng mga de-resetang plano na naghahandog ng iba't ibang uri ng saklaw. Dagdag pa rito, ikaw ay maaaring makakuha ng Karagdagang Tulong para bayaran ang mga buwanang premium, taunang mga kinakaltas, at mga reseta sa co-payment kaugnay sa isang de-resetang gamot sa programang Medicare.

Subalit bago ka namin matulungan, d**apat mong punan ang aplikasyong ito, ilakip sa isang sobre at ipadala ito ngayon sa koreo**. O maaari mong kumpletuhin online ang aplikasyon sa **www.socialsecurity.gov**. Aming rerepasuhin ang iyong aplikasyon at magpapadala kami ng liham upang ipaalam sa iyo kung ikaw ay karapat-dapat para sa Karagdagang Tulong. Upang magamit ang Karagdagang Tulong, kailangan mong mag-enrol sa plano ng Medicare sa de-resetang gamot.

Kung kailangan mo ng tulong sa pagkumpleto ng aplikasyon, tumawag sa Social Security sa **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Maaari kang makahanap ng karagdagang impormasyon sa **www.socialsecurity.gov**.

Maaari ka ring makakuha ng tulong mula sa iyong Estado kaugnay sa ibang mga gastusin sa Medicare sa ilalim ng mga Medicare Savings Program. Sa pagkukumpleto ng form na ito, sisimulan mo ang proseso ng iyong aplikasyon para sa 'Medicare Savings Program'. Magpapadala kami ng impormasyon sa iyong Estado na siyang tatawag sa iyo upang tulungan kang mag-apply para sa isang Medicare Savings Program maliban lamang kung sasabihin mo sa amin na huwag kang padalhan sa pamamagitan ng pagsagot sa tanong 15 sa form na ito.

Kung kailangan mo ng impormasyon tungkol sa mga Medicare Savings Program, ang mga plano ng Medicare sa de-resetang gamot o kung paano mag-enrol sa isang plano, tumawag sa **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**; TTY **1-877-486-2048**) o bumisita sa **www.medicare.gov**. Maaari ka ring humiling ng impormasyon hinggil sa kung paano makikipag-ugnayan sa iyong State Health Insurance Counseling and Assistance Program (SHIP). Ang SHIP ay nag-aalok na tulungan ka sa iyong mga katanungang Medicare.

Mangyaring ipadala ngayon sa koreo ang iyong aplikasyon.

Michael J. Astrue

Komisyoner

Pangkalahatang Mga Tagubilin sa Pagkumpleto ng Aplikasyon para sa Karagdagang Tulong sa Gastusin sa Plano ng Medicare sa De-resetang Gamot

Kung Tinutulungan Mo Ang Ibang Tao sa Aplikasyong Ito

Sagutan ang lahat ng mga katanungan parang ikaw yung taong iyon na nagkukumpleto ng aplikasyon. Dapat alam mo ang numero ng Social Security ng taong iyon at impormasyong pampinansyal. Kumpletuhin na rin ang Seksyon B sa pahina 6.

Mayroon ka bang Medicare at Supplemental Security Income (SSI) o Medicare at Medicaid?

Kung ang sagot ay **OO, huwag kumpletuhin ang aplikasyong ito dahil awtomatiko kang makakakuha ng Karagdagang Tulong**.

Binabayaran ba ng iyong programang State Medicaid ang iyong mga premium sa Medicare dahil ikaw ay kasapi ng Medicare Savings Program?

Kung ang sagot ay **OO, tawagan ang tanggapan ng Medicaid sa iyong Estado para sa karagdagang impormasyon. Maaari kang awtomatikong makakuha ng Karagdagang Tulong at maaaring hindi kailanganin pang kumpletuhin ang aplikasyong ito**.

Paano Kumpletuhin ang Aplikasyong Ito

- Gumamit ng **ITIM NA TINTA** lamang;
- **Panatilihing nasa loob ng kahon ang iyong mga numero, mga letra at mga ☒; gumamit ng MALALAKING TITIK lamang;**
- Huwag magdadagdag ng anumang sulat-kamay na mga komento sa aplikasyon;
- Huwag gumamit ng simbolo ng dolyar kapag nagpapasok ng halaga ng pera; at
- Ang sentimo (cents) ay maaaring i-roundoff sa pinakamalapit na dolyar.

HALIMBAWA

Maglagay ng X sa kahon HUWAG pupunan o gamitan ng tsek ang mga kahon.

X — WASTO

HINDI WASTO

HALIMBAWA

Gumamit ng malalaking titik o letra kapag pinapasok ang mga sagot

A	B	C	D

Pagkukumpleto ng Iyong Aplikasyon

Maaari mong kumpletuhin online ang aplikasyon sa **www.socialsecurity.gov** o gamitin ang nakalakip na sobre, na pre-addressed at nabayaran nang koreo, upang ibalik ang iyong nakumpleto at napirmahang aplikasyon sa:

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

Ibalik ang aplikasyong ito na nakalakip sa sobre o envelope. Huwag magsasama ng anupaman sa loob ng sobre o envelope. Kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon, tatawagan ka namin.

TANDAAN: Para mag-apply, dapat ikaw ay naninirahan sa isa sa mga 50 Estado o sa Distrito ng Columbia.

Kung Mayroon Kang Mga Katanungan O Kailangan Ng Tulong sa Pagkukumpleto ng Aplikasyong Ito

Maaari kang tumawag sa amin ng libre sa **1-800-772-1213**, o kung ikaw ay bingi o may kahirapan sa pandinig, maaari kang tumawag sa aming TTY na numero, sa **1-800-325-0778**.

Aplikasyon para sa Karagdagang Tulong sa Gastusin sa Plano ng Medicare sa De-Resetang Gamot

ITO AY ISANG APLIKASYON PARA SA KARAGDAGANG TULONG AT HINDI NAG-EENROL SA IYO SA PLANO NG MEDICARE SA DE-RESETANG GAMOT.

1. Pangalan ng Aplikante: I-print ang pangalan **kung ano ang nakalagay sa iyong tarheta/kard ng Social Security**. Gumamit ng isang kahon para sa bawat letra/titik.

PANGALAN **PANGGITNANG INISYAL**

APELYIDO **HULAPI (Jr., Sr., atbp.)**

— —

NUMERO NG SOCIAL SECURITY NG APLIKANTE

— —

PETSA NG KAPANGANAKAN NG APLIKANTE (MM-DD-YYYY)

2. Kung ikaw ay **kasal at kasalukuyang nagsasama ng iyong asawa**, mangyaring magbigay ng sumusunod na mga impormasyon **tulad ng nasa kard ng Social Security ng iyong asawa**. Kung ikaw ay hindi kasalukuyang kasal, hindi naninirahan sa iyong asawa o ay biyudo/biyuda, laktawan at pumunta sa tanong 3 at huwag isasama ang anumang impormasyon tungkol sa iyong asawa sa aplikasyong ito.

PANGALAN **PANGGITNANG INISYAL**

APELYIDO **HULAPI (Jr., Sr., atbp.)**

— —

NUMERO NG SOCIAL SECURITY NG IYONG ASAWA

— —

PETSA NG KAPANGANAKAN NG IYONG ASAWA (MM-DD-YYYY)

Kung ang iyong asawa ay mayroong Medicare, siya ba ay nais na mag-apply para sa Karagdagang Tulong? ☐ **OO** ☐ **HINDI**

3. Kung ikaw ay **kasal at kasalukuyang nagsasama ng iyong asawa**, mayroon ka bang mga naipon, mga puhunan o lupang pag-aari na nagkakahalaga ng mas mahigit $26,120? Kung ikaw ay hindi kasal o hindi kasalukuyang nagsasama ng iyong asawa, ang halaga ba ay mas mahigit $13,070? **HUWAG ibibilang ang iyong bahay, mga sasakyan, mga personal na pag-aari, seguro (life insurance), mga lupang paglilibingan, mga di-nababawing kontrata sa pagpapalibing o mga balik-bayad mula sa Social Security o SSI.**

☐ **OO** — **Kung ikaw ay maglalagay ng ☒ sa kahon ng OO, ikaw ay hindi karapat-dapat para sa Karagdagang Tulong.** Subalit, ang iyong Estado ay maaaring matulungan ka sa iyong mga gastusin sa Medicare sa pamamagitan ng mga Medicare Savings Program. Upang simulan ang proseso ng aplikasyon para sa mga Medicare Savings Program, pumunta sa sa pahina 6, lagdaan ang aplikasyong ito at ibalik ito sa amin. Kung ikaw ay hindi interesado sa mga Medicare Savings Program, pumunta sa tanong 15 sa pahina 5.

☐ **HINDI o HINDI TIYAK** — **Kung ikaw ay maglalagay ng ☒ sa kahon ng HINDI o HINDI TIYAK**, kumpletuhin ang buong aplikasyong ito ay ibalik ito sa amin.

Kung ikaw ay maglalagay ng ☒ sa kahon ng HINDI o HINDI TIYAK sa tanong 3, sagutan ang lahat ng sumusunod ng mga katanungan. Kung ikaw ay kasal at kasalukuyang nagsasama ng iyong asawa, kailangan mong sagutan ang lahat ng mga katanungan para sa inyong dalawa.

4. Ipasok sa ibaba ang mga halaga ng pera sa lahat ng mga account ng banko, mga puhunan o pera (cash) na iyong, ng iyong asawa, kung kasal at kasalukuyang nagsasama, o pareho ninyong pag-aari. Isama rin maging ang mga item na iyong pag-aari kasama ang ibang tao. Ilagay lamang ang mga bilang ng dolyar at hindi mga numero ng account. Kung ikaw o ang iyong asawa ay hindi nagmamay-ari ng anumang mga item na nakalista, nang mag-isa o kasama ang ibang tao, maglagay ng ☒ sa kahon ng **WALA. HUWAG** isasama ang balik-bayad mula sa Social Security o SSI na natanggap sa huling 10 buwan.

• Pinagsama-samang kabuuang halaga ng lahat ng mga account sa bangko (checking, savings at mga sertipikasyon ng deposito)	☐ **WALA**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Pinagsama-samang kabuuang halaga ng lahat ng mga sapi/stocks, mga bond, mga savings bond, mga mutual fund, mga individual retirement account (IRA), o ibang mga puhunan	☐ **WALA**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Anumang ibang pera sa bahay o sa kung saan man	☐ **WALA**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

5. Gagamitin ba ang ilang mga mapagkukunan na nakalista sa **tanong 4** para bayaran ang mga gastusin sa punerarya o pagpapalibing?

Kung OO, lumaktaw at pumunta sa tanong 6.

Kung **HINDI**, maglagay ng ☒ sa kahon ng **HINDI**, at pumunta sa tanong 6.

IKAW: ☐ **HINDI** **ASAWA:** ☐ **HINDI**

6. Maliban sa iyong bahay at lupa kung saan ito ay matatagpuan, ikaw ba o ang iyong asawa, kung kasal at kasalukuyang nagsasama, ay nagmamay-ari ang anumang lupa? Mga halimbawa ng ibang pag-aaring lupa ay mga bahay-bakasyunan, pinapaupahang bahay/lupa o nakatiwangwang na lupa na iyong pagmamay-ari na bukod sa iyong bahay.

☐ **OO** ☐ **HINDI**

7. Para sa katanungang ito, ang isang kamag-anak ay isang tao na may kaugnayan sa iyo sa dugo, sa pag-aampon, o sa kasal (ngunit hindi kabilang ang iyong asawa). Ilang mga kamag-anak ang kasalukuyang naninirahan sa iyo at umaasa sa iyo o sa iyong asawa **kahit man lamang kalahati** sa kanilang pinansiyal na suporta?

Mangyaring huwag isasama ang iyong sarili o ang iyong asawa sa numerong ipapasok mo. Kung ang iyong sambahayan ay kinabibilangan mo lamang o ikaw at ng iyong asawa, maglagay ng ☒ sa kahon na ZERO. Maglagay ng ☒ sa isang kahon lamang.

ZERO	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9 o higit pa**
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Kung ikaw o ang iyong asawa, kung kasal at kasalukuyang nagsasama, tumatanggap ng **kita (income)** mula sa alinmang mga mapagkukunan na nakalista sa ibaba, dapat mong sagutan ang lahat ng mga katanungan para sa inyong dalawa. Mangyaring ipasok ang kabuuang halaga na iyong natatanggap bawat buwan. **Kung ang halaga ay nagbabago sa buwan-buwan o ikaw ay hindi nakakatanggap nito bawat buwan, ipasok ang humigit-kumulang na kita (average income) sa bawat buwan para sa nakaraang taan sa bawat** naaangkop na mga kahon. Huwag ililista dito ang mga suweldo at sariling pagtatrabaho, kinikita mula sa interes, mga pampublikong tulong, mga pagsasauling medikal (medical reimbursement) o mga bayad sa pagtataguyod ng pangangalaga (foster care). Kung ikaw at ang iyong asawa ay hindi nakakatanggap ng kita (income) mula sa isang mapagkukunan na nakalista sa ibaba, maglagay ng ☒ sa kahon ng **WALA** para sa mapagkukunan na iyon.

		Buwanang Benepisyo
• Mga benepisyo ng Social Security **bago ang mga binawas**	☐ **WALA**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Mga benepisyo sa Railroad Retirement **bago ang mga binawas**	☐ **WALA**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Mga benepisyo ng Mga Beterano **bago ang mga binawas**	☐ **WALA**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Iba pang mga pensyon o mga taunang kinikita **bago ang mga binawas**. Huwag isasama ang pera na iyong tinatanggap mula sa alinmang item na iyong isinama sa tanong 4.	☐ **WALA**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Ang ibang mga kinikita na hindi nakalista sa itaas, kabilang na ang sustento (alimony), neto mula sa upa, bayad sa manggagawa, kawalan ng trabaho, mga bayad sa pagkabalda mula sa pribadong sektor o Estado, atbp. (Tukuyin):________________	☐ **WALA**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

9. Ang mga halaga ba na iyong isinama sa tanong 8 ay bumaba ba sa nakaraang dalawang taon?

☐ **OO** ☐ **HINDI**

Kung ikaw ay nagtrabaho sa nakaraang dalawang taon, kailangan mong sagutan ang tanong 10-14. Kung ikaw ay kasal at kasalukuyang nagsasama ng iyong asawa at maging ang isa sa inyo ay nagtrabaho sa nakalipas na dalawang taon, kailangan mong sagutan ang mga tanong sa 10-14. Kung hindi, laktawan at pumunta sa tanong 15.

10. Ano ang iyong inaasahan na kitain sa mga suweldo bago ang mga buwis at mga pagbabawas **ngayong taon**?

IKAW: ☐ **WALA** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

ASAWA: ☐ **WALA** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

11. Ano ang iyong inaasahan na neto (net earnings) mula sa pagtatrabaho ng sarili **ngayong taon**?
Lagyan ng ☒ sa kahon ng **WALA** kung ikaw ay hindi nagtatrabaho ng sarili at pumunta sa tanong 12.

IKAW: ☐ **WALA** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

ASAWA: ☐ **WALA** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

Lagyan ng ☒ ang (mga) kahon kung ikaw o iyong asawa ay umaasa ng pagkalugi. → **IKAW:** ☐ **ASAWA:** ☐

12. Ang mga halaga ba na iyong isinama sa tanong 10 o 11 ay bumaba ba sa nakaraang dalawang taon?

☐ **OO** ☐ **HINDI**

13. Kung ikaw o ang iyong asawa ay huminto sa pagtatrabaho noong 2011 o 2012, o may planong huminto sa pagtatrabaho sa 2012 o 2013, ipasok ang buwan at taon.

HALIMBAWA

Para sa Enero – Setyembre, maglagay ng zero (0) sa unang kahon. Ang Mayo 2012 ay dapat basahin ng: 0 5 (MM) 2 0 1 2 (YYYY)

IKAW: ☐☐ (MM) 2 0 ☐☐ (YYYY)

ASAWA: ☐☐ (MM) 2 0 ☐☐ (YYYY)

Kung ikaw ay mas bata kaysa edad 65, sagutin ang tanong 14. Kung ikaw ay kasal at kasalukuyang nagsasama ng iyong asawa at maging ang isa sa inyo ay mas bata kaysa edad 65, magpatuloy sa tanong 14. Kung hindi, laktawan at pumunta sa tanong 15.

14. Ikaw ba o ang iyong asawa ay nagbabayad para sa mga bagay na kailangan ninyo upang makapagtrabaho? Bibilangin lang namin ang bahagi ng iyong mga kita hanggang sa hangganan ng kinikita kung ikaw ay nagtatrabaho at tumatanggap ng mga benepisyo sa Social Security batay sa isang kapansanan (disability) o pagkabulag at ikaw ay mayroong mga nagastos na kaugnay sa trabaho na hindi pa sa iyo nababayaran. Ang mga halimbawa ng tulad nitong mga gastos ay: ang halaga ng medikal na paggamot at mga gamot para sa AIDS, kanser, depresyon o epilepsy; wheelchair; serbisyo ng personal na tagapangalaga; mga pagbabago ng sasakyan, tulong sa pagmamaneho o ibang mga espesyal na pangangailangang pang-transportasyon na kaugnay sa trabaho; mga tulong pang-teknolohiya na kaugnay sa trabaho; gastos sa asong gumagabay (guide dog); mga tulong sa paningin at pakiramdam; at mga pagsasalin sa Braille.

IKAW: ☐ **OO** ☐ **HINDI** **ASAWA:** ☐ **OO** ☐ **HINDI**

15. Impormasyon Tungkol sa mga 'Medicare Savings Program': Maaari ka ring makakuha ng tulong mula sa iyong Estado kaugnay sa iyong mga gastusin sa Medicare sa ilalim ng mga Medicare Savings Program. Upang simulan ang proseso ng iyong aplikasyon para sa mga Medicare Savings Program, magpapadala ng impormasyon ang Social Security mula sa form na ito papunta sa iyong Estado maliban lamang kung sabihin mo sa amin na huwag ipadala. **Kung nais mong makakuha ng tulong mula sa mga Medicare Savings Program, huwag kumpletuhin ang katanungang ito. Lagdaan lamang at lagyan ng petsa ang aplikasyon at ikaw ay tatawagan ng iyong Estado.**

Kung ikaw ay **hindi** interesado sa pagpa-file para sa mga Medicare Savings Program, maglagay ng ☒ sa kahon sa ibaba.

☐ **Hindi, huwag ipapadala ang impormasyon sa Estado.**

HUWAG KUMPLETUHIN. ITO AY HINDI ISANG APLIKASYON.

Mga Lagda

MAHALAGANG IMPORMASYON – MANGYARING BASAHIN NG MABUTI

Nauunawaan ko/namin na ang Social Security Administration (SSA) ay titingnan ang aking/aming mga paglalahad/ statement at ihahambing ang mga talaan nito sa mga rekord mula sa Pederal, Estado at lokal na ahensya ng gobyerno, kabilang na ang Internal Revenue Service (IRS) upang matiyak na ang paglalahad ay wasto.

Sa pamamagitan ng pagsusumite ng aplikasyong ito, ako/kami ay nagbibigay awtorisasyon sa SSA na kunin at ipahayag ang impormasyon kaugnay sa aking/aming kinikita, mga mapagkukunan, mga pag-aari may propyedad (assets), maging sa loob at labas ng bansa, alinsunod sa naaangkop na mga batas sa pagkapribado. Ang impormasyong ito ay maaaring kabilangan, ngunit hindi limitado sa, impormasyon tungkol sa aking/aming mga sahod, mga balanse sa account, mga puhunan, mga benepisyo, at mga pensyon.

Maliban lamang kung ako/kami ay sumagot ng "Hindi" sa Tanong 15, ako/kami ay nagbibigay awtorisasyon sa SSA na ipahayag sa Estado ang impormasyong pampinansyal na nakalista sa itaas at ibang mga paisa-isang matutukoy na impormasyon mula sa aking/aming file, tulad ng aking/aming (mga) pangalan, petsa ng kapanganakan, kasarian at (mga) numero ng Social Security upang simulan ang proseso ng aplikasyon para sa mga Medicare Savings Program.

Aking/Aming idinedeklara sa ilalim ng kaparusahan ng perjury na aking/aming nasiyasa't nasuri ang lahat ng impormasyon sa form na ito at ito ay totoo at wasto sa abot ng aking/aming kaalaman.

Mangyaring kumpletuhin ang Seksyon A. Kung hindi ka makakapaglagda, isang kinatawan ang maaaring maglagda para sa iyo. Kung mayroong tumulong sa iyo, kumpletuhin maging ang Seksyon B.

Seksyon A

Iyong Lagda:	Petsa:	Numero ng Telepono: ( ) —
Lagda ng Asawa:	Petsa:	

Address na Padadalhan ng Koreo:	Apt. #:

Lungsod:	Estado:	Zip Code:

Kung lumipat o nagpalit kayo ng address sa loob ng nakaraang tatlong buwan, maglagay ng ☒ dito: ☐

Kung nais mo na kami ang siyang tumawag ng iba tao kung mayroon kaming karagdagang mga katanungan, mangyaring magbigay ng pangalan ng taong iyon at numerong matatawagan sa araw.

I-print ang Pangalan:	I-print ang Apelyido:	Numero ng Telepono: ( ) —

Seksyon B

Kung mayroong tumulong sa iyo, maglagay ng isang ☒ sa kahon na naglalarawan sa taong iyon at magbigay ng ibang impormasyon na hinihingi sa ibaba.

☐ Miyembro ng Pamilya ☐ Abogado ☐ Ibang Tagapagtanggol ☐ Kung Iba, Tukuyin: ____________

☐ Kaibigan ☐ Ahensya ☐ Social Worker

I-print ang Pangalan:	I-print ang Apelyido:	Numero ng Telepono: ( ) —

Address:	Apt. #:

Lungsod:	Estado:	Zip Code:

Batas sa Pagkapribado / Pabatid sa Pagbabawas ng Gawaing Isinusulat

Ang Section 1860 D-14 ng *Social Security Act*, ayon sa pag-amyenda, ay nagbibigay sa amin ng awtorisasyon na magkolekta nitong impormasyon. Gagamitin namin ang impormasyon na iyong ibinigay upang tukuyin kung ikaw ay karapat-dapat para sa tulong sa pagbabayad ng iyong bahagi ng gastusin sa plano ng Medicare sa de-resetang gamot.

Ang pagbibigay sa amin ng impormasyong ito ay sadyang boluntaryo. Gayunpaman, ang hindi pagbibigay sa amin ng lahat o bahagi ng impormasyon ay maaaring makapigil sa amin na sa pagpapatibay ng isang tumpak at napapanahong desisyon sa iyong aplikasyon.

Bibihira kaming gumamit ng impormasyon na iyong ibinibigay para sa anumang layunin maliban sa pagtukoy ng iyong pagiging karapat-dapat para sa Karagdagang Tulong sa Gastusin sa Plano ng Medicare sa De-Resetang Gamot. Maaari din namin ipaalam o ihayag ang impormasyon sa ibang tao o sa ibang ahensya ayon sa aprubadong nakaugaliang mga paggamit, kabilang na ngunit hindi limitado sa mga sumusunod:

1. Upang makayanan ng isang ikatlong partido o isang ahensya na matulungan ang Social Security na makapagtatag ng mga karapatan sa mga benepisyo at/o saklaw sa Social Security;
2. Upang tumalima sa mga batas Pederal na nag-aatas sa pagpapalabas ng impormasyon mula sa mga talaan ng Social Security (hal. sa Government Accountability Office at sa Department of Veterans' Affairs);
3. Upang makagawa ng mga pagpapasya sa pagiging karapat-dapat sa parehong mga programa sa pagpapanatili sa kalusugan at kinikita sa Pederal, Estado, at lokal na antas; at,
4. Upang tulungan na padaliin ang estatistikong pananaliksik, pagkukwenta (audit), o mga gawaing pagsisiyasat na kinakailangan upang tiyakin ang integridad at pagbuti ng mga programa sa Social Security (hal. sa Bureau of Census at sa mga pribadong alalahanin sa ilalim ng kontrata ng Social Security).

Maaari din namin gamitin ang impormasyong iyong ibinigay sa mga programang tinutugma ng computer. Ang mga programang pantugma (matching programs) ay naghahambing sa aming mga talaan sa mga rekord na tinatago ng ibang mga Pederal, Estado, o lokal na ahensya ng gobyerno. Ang impormasyon mula sa mga programang pantugma ay maaaring gamitin upang makapagtatag o magpatunay sa pagiging karapat-dapat sa pinondohan o pinangasiwaang programang Pederal na kapakipakinabang, at para sa pagbabayad-utang o dilenkwenteng/ napabayaang mga utang sa ilalim ng mga programang ito.

Isang kumpletong lista ng mga nakagawiang paggamit sa impormasyong ito ay makikita sa 'Systems of Records Notices' na pinamagatang, "Master Beneficiary Record, 60-0090", at ang "Medicare Database File, 60-0321". Ang mga pabatid na ito, mga karagdagang impormasyon hinggil sa form na ito, at impormasyon tungkol sa aming mga programa at sistema, ay makikita on-line sa **www.socialsecurity.gov** o sa iyong lokal na tanggapan ng Social Security.

Ang Pahayag sa *Batas sa Pagbabawas sa Gawaing Isinusulat (Paperwork Reduction Act Statement)* - Ang pagkokolekta ng impormasyong ito ay tumutugon sa mga rekesitos at pangangailangan ng 4 U.S.C § 3507, ayon sa pag-amyenda sa seksyon 2 ng Batas sa Pagbabawas sa Gawaing Isinusulat ng 1995. Hindi mo kailangang sagutan ang lahat ng mga katanungang ito maliban lamang kung aming ipapakita ang isang balido na control number mula sa Office of Management and Budget (OMB). Ang OMB control number para sa koleksyong ito ay 0960-0696. Tinatantiya namin na aabutin ng 30 minuto para basahin ang mga tagubilin, ipunin ang mga patotoo't katibayan, at sagutan ang mga katanungan. **Ipadala lamang ang mga komento kaugnay sa aming tinatantiyang oras sa itaas sa: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.**

IPADALA ANG NAKUMPLETONG FORM SA AMIN SA ADDRESS NA NAKALAGAY SA NAKALAKIP NA 'PRE-ADDRESSED' NA ENVELOPE, AT BINAYARAN NANG SOBRE NG KOREO.

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