



# اداره تامین اجتماعی اطلاعات مهم

## اریدعب تاحفص .دشاب یم علاطا یارب اهنت یششوپ همان نی تسین همان تساوخرد کی نیا .دینکن لیمکت

ممکن است شما واجد شرایط دریافت کمک اضافی جهت پرداخت هزینه داروهای تجویزی خود باشید.

برنامه داروهای تجویزی مدیکر به شما امکان می دهد از بین طرح های تجویزی که انواع گوناگونی از پوشش ها را ارائه می دهند، یکی را انتخاب کنید. به علاوه، ممکن است جهت پرداخت حق بیمه ماهانه، مبالغ کسورات سالانه، و مبالغ پرداخت مشترک که به برنامه داروهای تجویزی مدیکر مربوط می شوند، کمک اضافی دریافت کنید.

با این وجود قبل از اینکه بتوانیم به شما کمک کنیم، شما باید این تقاضانامه را تکمیل کنید، آن را داخل پاکت نامه ضمیمه قرار دهید و امروز برای ما ارسال کنید. یا می توانید به صورت آنلاین و در وب سایت [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) تقاضانامه را تکمیل کنید. ما تقاضانامه شما را بررسی کرده و نامه ای به شما ارسال می کنیم تا از صلاحیت یا عدم صلاحیت خود برای دریافت کمک اضافی مطلع شوید. برای استفاده از کمک اضافی، شما باید در یک طرح داروی تجویزی مدیکر ثبت نام کنید.

اگر در تکمیل تقاضانامه به کمک نیاز دارید، با تامین اجتماعی به شماره ۱-۸۰۰-۷۷۲-۱۲۱۳ (تلفن مخصوص ناشنویان ۱-۸۰۰-۳۲۵-۰۷۷۸) تماس بگیرید. جهت کسب اطلاعات بیشتر، می توانید به وب سایت [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) مراجعه کنید.

همچنین ممکن است بتوانید از طریق برنامه های صرفه جویی مدیکر، در پرداخت سایر هزینه های مدیکر از ایالت خود کمک بگیرید. از طریق تکمیل این فرم، روند تقاضای شما برای برنامه صرفه جویی های مدیکر آغاز خواهد شد. ما اطلاعات را به ایالت شما ارسال می کنیم و آنها با شما تماس خواهند گرفت تا در روند تقاضا برای برنامه صرفه جویی های مدیکر به شما کمک کنند، مگر اینکه شما از طریق پاسخ دادن به سوال شماره ۱۵ در این فرم به ما متذکر شوید که این کار انجام نشود.

اگر شما به اطلاعاتی درباره برنامه های صرفه جویی مدیکر، طرح های داروهای تجویزی مدیکر یا نحوه ثبت نام در یک طرح نیاز دارید، با شماره **MEDICARE** ۱-۸۰۰-۴۲۲۷-۶۳۳ (تلفن مخصوص ناشنویان ۱-۸۰۰-۴۸۶-۸۷۷) تماس بگیرید یا از وب سایت [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) دیدن فرمایید. همچنین می توانید جهت کسب اطلاعات درباره نحوه تماس با برنامه کمک و مشاوره بیمه سلامتی ایالت خود (SHIP) درخواست دهید. برنامه SHIP در رسیدن به پاسخ سوالات شما در خصوص مدیکر، به شما کمک می کند. لطفا تقاضانامه خود را امروز ارسال کنید.

*Social Security Administration*



# هماناضاقت لیمکت یار بی لک یاه لمعار و تسد یاه هنیزه ت خادر پ تهج ی فاضا کمک ت فایرد ر کیدم ی زیوجت ی اهوراد حرط

## در صورت کمک به فرد دیگر در تکمیل این تقاضانامه

طوری به سوالات پاسخ دهید که انگار آن شخص این تقاضانامه را تکمیل کرده است. باید از شماره تامین اجتماعی و اطلاعات مالی آن شخص اطلاع داشته باشید. همچنین، بخش B در صفحه ۶ را تکمیل کنید.

آیا شما از مدیکر و درآمد اضافی تامین اجتماعی (SSI) یا مدیکر و مدیک اید برخوردار هستید؟

اگر پاسخ شما مثبت است، این فرم را تکمیل نکنید زیرا به طور خودکار کمک اضافی دریافت خواهید کرد.

آیا برنامه مدیک اید ایالتی شما بدلیل اینکه شما از برنامه صرفه جویی های مدیکر بهره مند هستید، حق بیمه مدیکر شما را پرداخت می کند؟

اگر پاسخ شما مثبت است، برای کسب اطلاعات بیشتر با دفتر مدیک اید ایالت خود تماس بگیرید. شما می توانید به طور خودکار کمک اضافی دریافت کنید و به تکمیل این تقاضانامه نیاز ندارید.

## نحوه تکمیل این تقاضانامه

- فقط از خودکار مشکی استفاده کنید؛
- اعداد، حروف و علامت  را داخل مربع بنویسید؛ فقط از حروف بزرگ استفاده کنید؛
- هیچ گونه توضیحات دست نویس را به تقاضانامه اضافه نکنید؛
- هنگام وارد کردن مبالغ مالی از علامت دلار استفاده نکنید؛ و
- سنت را می توانید به نزدیکترین مقدار آن به دلار گرد کنید.

### مثال

یک  داخل مربع قرار دهید. مربع را پر نکنید یا از علامت تیک استفاده نکنید.



نادرست



درست

### مثال

هنگام وارد کردن پاسخ ها از حروف بزرگ استفاده کنید

A B C D

## تکمیل تقاضانامه

می توانید به صورت آنلاین و در وب سایت [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) تقاضانامه را تکمیل کنید یا از پاکت نامه نشانی دار و تمبر دار ضمیمه استفاده کنید و تقاضانامه تکمیل شده و امضادار خود را به نشانی ذیل بفرستید:

اداره تامین اجتماعی

Social Security Administration

Wilkes-Barre Direct Operations Center

۱۰۲۰ P.O. Box

۹۹۱۰-۱۸۷۶۷ Wilkes-Barre, PA

بسته تقاضانامه را در پاکت نامه ضمیمه قرار داده و بازگردانید. هیچ چیز دیگری را در این پاکت قرار ندهید. اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم، با شما تماس خواهیم گرفت. توجه: برای اینکه بتوانید تقاضا بدهید، باید در یکی از ۵۰ ایالت یا در منطقه کلمبیا زندگی کنید. در صورت داشتن سوال یا نیاز به کمک در تکمیل این تقاضانامه

شما می توانید به طور رایگان از طریق شماره ۱-۸۰۰-۷۷۲-۱۲۱۳ با ما تماس بگیرید، یا اگر ناشنوا یا کم شنوا هستید، می توانید با شماره مخصوص ناشنوايان ما به شماره ۱-۸۰۰-۳۲۵-۰۷۷۸ تماس بگیرید.

	<b>تقاضا برای دریافت کمک اضافی جهت پرداخت هزینه داروهای تجویزی مدیگر</b>
	<b>این یک تقاضانامه برای دریافت کمک اضافی است و تکمیل آن به منزله ثبت نام شما در طرح داروهای تجویزی مدیگر نخواهد بود.</b>

۱. نام متقاضی: نام خود را همانطور که در کارت تامین اجتماعی شما درج شده است، بنویسید. هر یک از حروف را در یک مربع قرار دهید.

نام میانی	نام
پسوند (پسر، پدر، غیره).	نام خانوادگی
تاریخ تولد متقاضی (ماه-روز-سال)	شماره تامین اجتماعی متقاضی

۲. اگر شما متاهل هستید و با همسر خود زندگی می کنید، لطفا اطلاعات ذیل را همانطور که در کارت تامین اجتماعی همسر شما درج شده است، تکمیل کنید. اگر در حال حاضر متاهل نیستید، با همسر خود زندگی نمی کنید یا همسر شما فوت کرده است، سوال ۳ را پاسخ ندهید و هیچ اطلاعاتی را درباره همسر خود در این تقاضانامه ذکر نکنید.

نام میانی	نام
پسوند (پسر، پدر، غیره).	نام خانوادگی
تاریخ تولد همسر (ماه-روز-سال)	شماره تامین اجتماعی همسر

اگر همسر شما از مدیگر برخوردار است، آیا او نیز می خواهد برای دریافت کمک اضافی تقاضا بدهد؟  بلی  خیر

۳. اگر شما متاهل هستید و با همسر خود زندگی می کنید، آیا پس انداز، سرمایه یا ملکی دارید که ارزش آن بیشتر از \$ ۲۴۰,۳۲۰ باشد؟ اگر متاهل نیستید یا با همسر خود زندگی نمی کنید، آیا ارزش دارایی شما بیشتر از \$ ۱۶,۶۶۰ است؟ خانه، خودروها، اموال شخصی، بیمه عمر، قبرها، قراردادهای غیر قابل فسخ تدفین یا بازپرداخت های تامین اجتماعی یا SSI را جزء دارایی خود به شمار نیاورید. بلی

اگر پاسخ شما مثبت باشد، واجد شرایط دریافت کمک اضافی نخواهید بود. اما، ممکن است ایالت شما بتواند از طریق برنامه های صرفه جویی مدیگر در پرداخت هزینه های مدیگر به شما کمک کند. برای شروع روند تقاضای برای برنامه های صرفه جویی مدیگر، به صفحه ۶ بروید، این تقاضانامه را امضا کنید و به ما بازگردانید. اگر تمایلی به استفاده از برنامه های صرفه جویی مدیگر ندارید، به سوال ۱۵ در صفحه ۵ بروید.

خیر یا مطمئن نیستم  اگر پاسخ شما خیر یا مطمئن نیستم باشد، سایر قسمت های این تقاضانامه را پر کنید و به ما بازگردانید.

اگر در خصوص سوال ۳ پاسخ شما خیر یا مطمئن نیستم باشد، باید تمام سوالات ذیل را پاسخ دهید. اگر متاهل هستید و با همسر خود زندگی می کنید، شما باید به تمام سوالات همسران نیز پاسخ دهید.

۴. مقادیر مالی موجود در تمام حساب های بانکی، سرمایه گذاری ها یا پول نقدی که متعلق به شما، و در صورت تاهل و زندگی با همسر، متعلق به همسران، یا هر دوی شما است را در زیر وارد کنید. همچنین مواردی را که هر یک از شما با فرد دیگری شریک هستید، قید کنید. فقط مقادیر مالی را به دلار بنویسید و شماره حساب ها را ذکر نکنید. اگر شما یا همسران، به تنهایی یا به صورت شراکت با فرد دیگر، صاحب هیچ یک از موارد فهرست شده نباشید، علامت  را در مربع هیچ یک قرار دهید. بازپرداخت تامین اجتماعی یا SSI را که در ۱۰ ماه گذشته دریافت کرده اید، ذکر نکنید.

<input type="checkbox"/> هیچ یک \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> هیچ یک	<ul style="list-style-type: none"> <li>مجموع تمام حساب های بانکی (جاری، پس انداز و گواهی های سپرده)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> هیچ یک \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> هیچ یک	<ul style="list-style-type: none"> <li>مجموع تمام سهام ها، اوراق قرضه، اوراق قرضه پس انداز، صندوق های سرمایه گذاری مشترک، حساب های بازنشستگی شخصی، یا سایر سرمایه گذاری های مشابه</li> </ul>
<input type="checkbox"/> هیچ یک \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> هیچ یک	<ul style="list-style-type: none"> <li>هرگونه پول نقد در خانه یا محل دیگر</li> </ul>

۵. آیا بخشی از پول دارایی هایی که در سوال ۴ ذکر شده اند، برای پرداخت مخارج کفن و دفن استفاده خواهد شد؟

اگر پاسخ شما بلی است، به سوال ۶ بروید.

اگر پاسخ شما خیر است، علامت  را در مربع خیر قرار دهید، سپس به سوال ۶ پاسخ دهید.

شما:  خیر      همسر:  خیر

۶. به غیر از خانه و ملکی که خانه شما در آن واقع شده است، آیا شما یا، در صورت تاهل و زندگی با همسر، همسر شما ملک دیگری دارید؟ نمونه هایی از سایر املاک عبارتند از خانه های تاپستانی، املاک اجاره ای یا زمین ساخته نشده ای که از خانه شما جدا است و شما مالک آن هستید.

بلی       خیر

۷. در این سوال، خویشاوند به فردی گفته می شود که بواسطه خون، فرزندخواندگی، یا ازدواج با شما خویشاوند باشد (اما همسر شما در این دسته بندی قرار نمی گیرد). چه تعداد از خویشاوندان شما با شما زندگی می کنند که برای تامین حداقل نیمی از مخارج خود به شما یا همسر شما وابسته اند؟

لطفا خود و همسر خود را جزء تعداد نفراتی که ذکر می کنید، محاسبه نکنید. اگر تنها نفرات خانواده، خود شما یا شما و همسران هستید، علامت  را در مربع صفر قرار دهید. فقط در یک مربع علامت  را قرار دهید.

صفر  ۱  ۲  ۳  ۴  ۵  ۶  ۷  ۸  ۹ یا بیشتر

۸. اگر شما و همسرتان، در صورتیکه متاهل هستید و با یکدیگر زندگی می کنید، از هر یک از دارایی های ذکر شده در ذیل درآمد کسب می کنید، باید سوالات مربوط به خودتان و همسرتان را پاسخ دهید. لطفا مبلغ کلی که هر ماه دریافت می کنید را بنویسید. اگر این مبلغ هر ماه تغییر می کند یا آن را هر ماه دریافت نمی کنید، میانگین درآمد ماهانه خود در سال گذشته برای هر یک را در مربع های مناسب ذکر کنید. دستمزد و درآمد خوداشتغالی، درآمد حاصل از سود بانکی، کمک های عمومی، بازپرداخت های پزشکی یا پرداخت های مربوط به مراقبت از کودکان را در اینجا ذکر نکنید. اگر شما یا همسر شما از طریق یک منبع فهرست شده در ذیل درآمد کسب نمی کنید، در مربع هیچ یک برای آن منبع علامت  را قرار دهید.

مزایای ماهانه		
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	هیچ یک <input type="checkbox"/>	• مزایای تامین اجتماعی قبل از کسورات
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	هیچ یک <input type="checkbox"/>	• مزایای بازنشستگی در راه آهن قبل از کسورات
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	هیچ یک <input type="checkbox"/>	• مزایای نظامیان سابق قبل از کسورات
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	هیچ یک <input type="checkbox"/>	• سایر حقوق یا مقرری های سالانه بازنشستگان قبل از کسورات. مبالغی را که از طریق موارد ذکر شده در سوال ۴ بدست می آورید، در اینجا قید نکنید.
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	هیچ یک <input type="checkbox"/>	• سایر درآمدهایی که در بالا ذکر نشده اند، از جمله نفقه، درآمد خالص اجاره، پاداش کارگران، حقوق بیکاری، پرداخت های خصوصی یا دولتی از کار افتادگی، غیره (ذکر کنید): _____

۹. آیا هیچ یک از مبالغی که شما در سوال ۸ ذکر کرده اید، در طی دو سال گذشته کاهش پیدا کرده اند؟

بله  خیر

اگر در دو سال گذشته مشغول به کار بوده اید، باید به سوالات ۱۰-۱۴ پاسخ دهید. اگر متاهل هستید و با همسر خود زندگی می کنید و یکی از شما در دو سال گذشته مشغول به کار بوده است، باید به سوالات ۱۰-۱۴ پاسخ دهید. در غیر این صورت، به سوال ۱۵ بروید.

۱۰. انتظار دارید در سال جاری و قبل از مالیات و کسورات، درآمد شما چه مقدار باشد؟

شما:  هیچ یک  \$   ,    .

همسر:  هیچ یک  \$   ,    .



## امضاها

## اطلاعات مهم - لطفا بدقت بخوانید

من/ما می دانم/می دانیم که اداره تامین اجتماعی (SSA) اظهارات من/ما را بررسی کرده و گزارشات خود را با گزارشات فدرال، ایالت، و سازمان های دولتی محلی، از جمله خدمات درآمد داخلی (IRS) مقایسه خواهد کرد تا مطمئن شود تصمیم به درستی گرفته شده است.

من/ما، از طریق ارائه این تقاضا، به SSA اجازه می دهیم/می دهیم که اطلاعات مربوط به درآمد، دارایی، سرمایه های من/ما، اعم از خارجی و داخلی، را مطابق با قوانین قابل اجرای حفظ اسرار دریافت کند و در اختیار دیگران قرار دهد. ممکن است این اطلاعات شامل اطلاعاتی درباره دستمزد، موجودی حساب ها، سرمایه گذاری ها، مزایا، و حقوق بازنشستگی من/ما شود، اما به این اطلاعات محدود نمی شود.

من/ما به SSA اجازه می دهیم/می دهیم تا اطلاعات مالی ذکر شده در بالا و سایر اطلاعات پرونده من/ما را که به طور جداگانه قابل شناسایی هستند، از قبیل نام(ها)، تاریخ تولد، جنسیت و شماره (های) تامین اجتماعی، جهت آغاز روند تقاضا برای برنامه های صرفه جویی مدیگر در اختیار ایالت قرار دهد، مگر اینکه پاسخ من/ما به سوال ۱۵ "خیر" باشد.

با توجه به مجازات شهادت دروغ، من/ما اعلام می کنم/می کنیم که من/ما تمام اطلاعات این فرم را بررسی کرده ام/ایم و تا آنجا که اطلاع دارم/داریم این اطلاعات صحیح هستند.

لطفا بخش A را تکمیل کنید. اگر نمی توانید امضا کنید، فردی به نمایندگی شما می تواند این قسمت را امضا کند. اگر فردی در تکمیل تقاضانامه به شما کمک کرده است، بخش B را نیز تکمیل کنید.

## بخش A

امضای شما:	تاریخ:	شماره تلفن:
امضای همسر:	تاریخ:	
نشانی پستی شما:	آپارتمان #:	
شهر:	ایالت:	کد پستی:

در صورتی که نشانی پستی خود را در سه ماه گذشته تغییر داده اید، در این قسمت علامت  را قرار دهید:

اگر مایل هستید زمانی که ما سوالات بیشتری داریم، با فرد دیگری تماس بگیریم، لطفا نام آن شخص و شماره تلفن روزانه وی را ذکر کنید.

نام با حروف خوانا:	نام خانوادگی با حروف خوانا:	شماره تلفن:
--------------------	-----------------------------	-------------

## بخش B

اگر فردی در تکمیل تقاضانامه به شما کمک کرده است، در مربعی که مشخصات آن شخص را نشان می دهد، علامت  را قرار داده و سایر اطلاعات خواسته شده در زیر را ارائه دهید.

عضو خانواده  وکیل  وکیل مدافع دیگر  سایر، مشخص کنید:

دوست  سازمان دولتی  مددکار اجتماعی

نام با حروف خوانا:	نام خانوادگی با حروف خوانا:	شماره تلفن:
نشانی:	آپارتمان #:	
شهر:	ایالت:	کد پستی:



## قانون حفظ اسرار / کاهش تشریفات اداری

بخش‌های ۱۴-D ۱۸۶۰ قانون Social Security (اصلاح شده) به ما اجازه می‌دهد این اطلاعات را جمع‌آوری کنیم. ارائه این اطلاعات به ما اختیاری است. با این حال، ممکن است عدم ارائه هر بخش یا تمامی این اطلاعات باعث شود نتوانیم در خصوص واجد شرایط بودن شما برای یارانه Medicare Part D تصمیم‌گیری کنیم. ما از این اطلاعات برای به‌دست آوردن اطلاعات مربوط به درآمد و منبع به منظور تعیین اینکه آیا واجد شرایط یارانه Medicare Part D هستید یا خیر استفاده می‌کنیم. همچنین اطلاعات شما را برای اهداف زیر که به آنها کاربردهای متداول گفته می‌شود، به اشتراک خواهیم گذاشت:

۱. متقاضیان، مدعیان و متقاضیان یا مدعیان بالقوه (بجز افراد مشمول جمع‌آوری اطلاعات و نمایندگان مجاز آنها) تا حد لازم برای اهداف پیگیری مشمول بودن جهت یارانه Medicare Part D و Part D یا حقوق درخواست تجدید نظر؛ و نو سازمان‌های فدرال، ایالتی یا محلی (یا نمایندگان آنها) به منظور مدیریت برنامه‌های حفظ درآمد یا حفظ سلامت (شامل برنامه‌های مربوط به قانون Social Security).

به‌علاوه ممکن است این اطلاعات را مطابق با قانون حریم خصوصی یا سایر قوانین فدرال به اشتراک بگذاریم. به‌عنوان مثال، در صورت وجود اجازه، ممکن است این اطلاعات را در برنامه‌های تطابق کامپیوتری مورد استفاده قرار داده و افشا کنیم که به منظور تأیید واجد شرایط بودن شخص برای برنامه‌های مزایای فدرال و بازپرداخت بدهی‌های نادرست یا وصول نشده بر اساس این برنامه‌ها، با استفاده از آن برنامه‌ها سوابق خود را با سوابق دیگر مقایسه نماییم.

فهرست کاربردهای متداول در Privacy Act System of Records Notice (SORN) ۶۰-۰۰۹۰-۰۰۹۰ ما با عنوان Master Beneficiary Record؛ و ۶۰-۰۳۲۱، با عنوان فایل پایگاه داده Medicare در دسترس قرار دارد. اطلاعات اضافی و فهرست کامل تمام موارد SORNs در وبسایت ما به آدرس زیر در دسترس است: <http://www.ssa.gov/privacy/sorn.html>

بیانیه قانون کاهش کاغذبازی - این جمع‌آوری اطلاعات، الزامات ۴۴ U.S.C. § ۳۵۰۷، اصلاح شده توسط بخش ۲ از قانون کاهش کاغذبازی ۱۹۹۵ را برآورده می‌سازد. نیازی به پاسخ دادن به این سؤالات ندارید مگر اینکه یک شماره کنترل معتبر Office of Management and Budget (OMB) را به شما نمایش دهیم. شماره کنترل OMB این جمع‌آوری اطلاعات ۶۰-۰۹۶۶-۰۹۶۶ است. برآورد می‌کنیم که خواندن دستورالعمل‌ها، جمع‌آوری واقعیت‌ها، و پاسخ به سؤالات ۳۰ دقیقه طول بکشد. فقط نظرات مربوط به برآورد زمانی ما در بالا را به این آدرس بفرستید:

SSA, ۶۴۰۱ Security Blvd, Baltimore, MD ۲۱۲۳۵-۶۴۰۱.

فرم تکمیل شده را به آدرس ذکر شده بر روی پاکت پستی پیوست که دارای آدرس و تمبر است ارسال کنید:

Social Security Administration  
Wilkes-Barre Direct Operations Center

۱۰۲۰ P.O. Box

۹۹۱۰-۱۸۷۶۷ Wilkes-Barre, PA