



## ***Instrucciones para llenar la apelación de la determinación para recibir el Beneficio Adicional con los gastos del plan 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 su derecho a continuar el Beneficio Adicional de la Parte D de Medicare.

1. ***NOMBRE DEL SOLICITANTE:***

**Escriba su nombre tal como aparece en su tarjeta de Seguro Social.**

2. ***NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:***

**Escriba su número de Seguro Social tal como aparece en su tarjeta de Seguro Social.**

3. ***NÚMERO DE MEDICARE:***

**Escriba su número de Medicare tal como aparece en su tarjeta de Medicare**

4. ***NOMBRE DE SU CÓNYUGE:***

**Si no está casado o no vive con su cónyuge, pase a la pregunta 7. Si vive con su cónyuge, escriba el nombre de su cónyuge tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social de su cónyuge**

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

**Si está casado y vive con su cónyuge, escriba el número de seguro social de su cónyuge tal como aparece en la tarjeta de Seguro Social de su cónyuge**

6. ***NÚMERO DE MEDICARE DE S U CÓNYUGE.***

**Si está casado y vive con su cónyuge, escriba el número de Medicare de su cónyuge tal como aparece en la tarjeta de Medicare 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 a esta declaración adjuntando páginas adicionales**

8. ***TIENE 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 «SI», si usted quiere una audiencia por teléfono. Marque «NO» si usted no quiere una audiencia por teléfono. Si no quiere una audiencia, nosotros tomaremos una decisión basada en la información que tenemos disponible y cualquier información adicional provista. Llamaremos a esto una revisión de caso**

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

**Para darle tiempo a que se prepare para la audiencia, permitimos 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 «SI». 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 «SI» y especifique el idioma que prefiere y le proveeremos servicios de intérprete.  
Marque «NO» si no necesita un intérprete**

---

**12. ¿TIENE PROBLEMAS DE AUDICIÓN?**

**Marque «SI», si usted requiere el uso de un aparato de telecomunicaciones para sordos para poder comunicarse. Marque «NO» si usted no tiene problemas de audición**

---

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

**Marque «SI», si otras personas, además de usted, participarán en la conversación telefónica.**

**Marque «NO» si no tendrá a otras personas en la audiencia a lado del teléfono. En el caso que «SI», ¿necesitarán usted y las demás personas hablar con nosotros desde más de un número de teléfono? Marque «SI» 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**