

Սոցիալական ապահովության վարչություն Կարևոր տեղեկատվություն



ՍՈՒՅՆ ՈՒՂԵԿՑՈՂ ՆԱՄԱԿԸ ՄԻԱՅՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՄԱՐ Է: ՄԻ՝ ԼՐԱՑՐԵՔ ՀԵՏԵՎՅԱԼ ԷԶԵՐԸ: ՍԱ ԴԻՄՈՒՄ-
ՀԱՅՏԱՐԱՐԱԳԻՐ ՉԷ:

Դուք կարող եք իրավասու լինել ստանալու Հավելյալ օգնություն, որպեսզի վճարեք դեղատոմսով բաց թողնվող Ձեր դեղերի համար:

Medicare-ի՝ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ծրագիրը Ձեզ հնարավորություն է ընձեռում ընտրություն կատարել դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի վճարման մի շարք պլանների միջև՝ կախված դրանց ծածկույթի տեսակից: Բացի այդ, Դուք կարող եք հնարավորություն ունենալ ստանալու Հավելյալ օգնություն, որպեսզի վճարեք Medicare-ի՝ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ծրագրին առնչվող ամսական ապահովագրավճարները, տարեկան պահումներն ու համավճարները:

Սակայն, նախքան մենք կկարողանանք օգնել Ձեզ, **Դուք պետք է լրացնեք այս դիմումը, դնեք կից ծրարի մեջ և այսօր իսկ ուղարկեք այն:** Դիմումը կարող եք լրացնել նաև առցանց՝ www.socialsecurity.gov կայքում: Մենք կուսումնասիրենք այն և Ձեզ նամակով կտեղեկացնենք այն մասին, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք Հավելյալ օգնության պահանջներին: Հավելյալ օգնությունից օգտվելու համար Դուք պետք է ընդգրկված լինեք Medicare-ի՝ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի պլանում:

Եթե դիմումը լրացնելու հարցում օգնության կարիք ունեք, ապա զանգահարեք Սոցիալական ապահովություն՝ **1-800-772-1213** հեռախոսահամարով (TTY **1-800-325-0778**): Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.socialsecurity.gov:

Դուք կարող եք նաև հնարավորություն ունենալ Medicare-ին առնչվող Ձեր այլ ծախսերը հոգալու համար նահանգից օգնություն ստանալու՝ Medicare-ի խնայողական ծրագրերի ներքո: Լրացնելով դիմումի այս ձևաթուղթը՝ Դուք կսկսեք Medicare-ի խնայողական ծրագրի համար դիմումի գործընթացը: Մենք տվյալներ կուղարկենք Ձեր նահանգի կառավարությանը, որը կապ կհաստատի Ձեզ հետ և կօգնի դիմել Medicare-ի խնայողական ծրագրին, եթե Դուք սույն ձևի 15-րդ հարցի պատասխանում մեզ չի ներդրեք չուղարկել այդ տվյալները:

Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են տեղեկություններ Medicare-ի խնայողական ծրագրերի, Medicare-ի՝ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի պլանների կամ այն մասին, թե ինչպես ընդգրկվել որևէ պլանում, ապա զանգահարեք **1-800-Medicare (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048)** կամ այցելեք www.medicare.gov: Դուք կարող եք նաև Ձեր Նահանգի բժշկական ապահովագրության հարցերով խորհրդատվության և օգնության ծրագրի (SHIP) հետ կապ հաստատելու համար անհրաժեշտ տեղեկություններ պահանջել: SHIP-ը աջակցություն է ցուցաբերում Medicare-ին առնչվող Ձեր հարցերում:

Խնդրում ենք այսօր իսկ ուղարկել Ձեր դիմումը:

Social Security Administration



Ընդհանուր ցուցումներ՝ Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի պլանի ծախսերը հոգալու համար Հավելյալ օգնության դիմումը լրացնելու վերաբերյալ

Եթե Դուք օգնում եք որևէ մեկին լրացնել այս դիմումը

Պատասխանեք հարցերին այնպես, իբրև այդ անձն ինքն է լրացնում դիմումը: Դուք պետք է իմանաք տվյալ անձի սոցիալական ապահովության համարը և տեղեկություններ ունենաք նրա ֆինանսական վիճակի մասին: Լրացրեք նաև 6-րդ էջի B բաժինը:

Արդյո՞ք ունեք Medicare և լրացուցիչ սոցիալական եկամուտ (SSI) կամ Medicare և Medicaid:

Եթե ԱՅՈ, ապա մի լրացրեք այս դիմումը, քանի որ Դուք ինքնաբերաբար կստանաք Հավելյալ օգնությունը:

Արդյո՞ք Ձեր նահանգի Medicaid ծրագիրը վճարում է Ձեր Medicare-ի ապահովագրավճարներն այն պատճառով, որ Դուք ընդգրկված եք Medicare-ի խնայողական ծրագրում:

Եթե Այո, ապա դիմեք Ձեր նահանգի Medicaid-ի գրասենյակ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար: Հնարավոր է, որ Դուք ինքնաբերաբար ստանաք Հավելյալ օգնություն, և այս դիմումը լրացնելու անհրաժեշտություն չառաջանա:

Ինչպես լրացնել այս դիմումը.

- օգտագործեք միայն **ՄԵՎ ԹԱՆԱՔ**,
- **թվերը, տառերը և նշանները տեղավորեք վանդակների մեջ, օգտագործեք միայն ՄԵԾԱՏԱՌԵՐ**,
- դիմումի մեջ մի ավելացրեք որևէ ձեռագիր դիտողություն,
- դրամային գումարները մուտքագրելիս՝ դոլարի նշանը մի օգտագործեք և
- ցենտերը կարող եք կլորացնել մինչև մոտակա ամբողջական դոլարը:



ՕՐԻՆԱԿ

Դրեք նշանը վանդակում:
Վանդակները ՄԻ՝ լցրեք և ՄԻ՝
օգտագործեք եռանկյունանիշեր:



ՃԻՇՏ



ՄԻԱԼ



ՕՐԻՆԱԿ

Պատասխանները
մուտքագրելիս
օգտագործեք
մեծատառեր

A B C D

Ինչպես լրացնել դիմումը

Դիմումը կարող եք լրացնել առցանց՝ www.socialsecurity.gov կայքում, կամ օգտագործելով հետադարձ հասցե և նամականիշ պարունակող կից ծրարը՝ ուղարկել ստորև նշված հասցեով.

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

Վերադարձրեք դիմումի այս փաթեթը կից ծրարում: Ծրարի մեջ որևէ այլ բան մի դրեք: Լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունենալու դեպքում մենք կապ կհաստատենք Ձեզ հետ:

ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ. Դիմելու համար Դուք պետք է բնակվեք 50 նահանգներից մեկում կամ Կոլումբիայի շրջանում:

Այս դիմումի ձևը լրացնելիս հարցեր կամ օգնության կարիք ունենալու դեպքում

Կարող եք զանգահարել մեզ՝ **1-800-772-1213** անվճար հեռախոսահամարով կամ, եթե խուլ եք կամ թույլ լսողություն ունեք, կարող եք զանգահարել մեր հեռատիպի (TTY) համարով՝ **1-800-325-0778**:



Դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի Medicare-ի պլանի ծախսերը հոգալու համար Հավելյալ օգնություն ստանալու դիմում

ՍԱ ՀԱՎԵԼՅԱԼ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄ Է. ԱՅՍ ԴԻՄՈՒՄՈՎ ԴՈՒՔ ՉԵՔ ԸՆԴԳԻԿՎՈՒՄ ԴԵՂԱՏՈՄՍՈՎ ԲԱՅ ԹՈՂՆՎՈՂ ԴԵՂԵՐԻ Medicare-Ի ՊԼԱՆՈՒՄ:

1. Դիմողի անունն ու ազգանունը. մուտքագրեք տպատառ՝ ինչպես նշված է Ձեր սոցիալական ապահովության քարտի վրա: Յուրաքանչյուր տառի համար օգտագործեք մեկ վանդակ:

[Redacted name box]

[Redacted name box]

ԱՆՈՒՆ

ԵՐԿՐՈՐԴ ԱՆՈՒՆ

[Redacted name box]

[Redacted name box]

ԱԶԳԱՆՈՒՆ

ԱԾԱՆՅ (Կրտսեր, Ավագ և այլն)

[Redacted SSN box]

[Redacted SSN box]

ԴԻՄՈՂԻ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԸ

ԴԻՄՈՂԻ ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎԸ (ԱԱ-00-SSSS)

2. Եթե Դուք ամուսնացած եք և ապրում եք Ձեր կնոջ/ամուսնու հետ, ապա ներկայացրեք հետևյալ տվյալները այնպես, ինչպես դրանք նշված են Ձեր կնոջ/ամուսնու սոցիալական ապահովության քարտի վրա: Եթե Դուք ներկայումս ամուսնացած չեք, չեք ապրում Ձեր կնոջ/ամուսնու հետ կամ այրիացած եք, ապա անցեք 3-րդ հարցին և դիմումի մեջ Ձեր կնոջ/ամուսնու մասին տվյալներ մի ընդգրկեք:

[Redacted name box]

[Redacted name box]

ԱՆՈՒՆ

ԵՐԿՐՈՐԴ ԱՆՈՒՆ

[Redacted name box]

[Redacted name box]

ԱԶԳԱՆՈՒՆ

ԱԾԱՆՅ (Կրտսեր, Ավագ և այլն)

[Redacted SSN box]

ԿՆՈՋ/ԱՄՈՒՄՆՈՒ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԸ

[Redacted SSN box]

ԿՆՈՋ/ԱՄՈՒՄՆՈՒ ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎԸ (ԱԱ-00-SSSS)

Եթե Ձեր կինը/ամուսինը Medicare ունի, արդյո՞ք նա ցանկանում է դիմել նաև Հավելյալ օգնություն ստանալու համար:

ԱՅՈ [Redacted]

ՈՉ [Redacted]

3. Եթե Դուք ամուսնացած եք և ապրում եք Ձեր կնոջ/ամուսնու հետ, արդյո՞ք ունեք խնայողություններ, ներդրումներ կամ անշարժ գույք, որոնց ընդհանուր արժեքը գերազանցում է 34,360 դոլարը: Եթե ամուսնացած չեք կամ չեք ապրում Ձեր կնոջ/ամուսնու հետ, արդյո՞ք դրանց արժեքը գերազանցում է 17,220 դոլարը: ՄԻ հաշվեք Ձեր տունը, փոխադրամիջոցները, անձնական ունեցվածքը, կյանքի ապահովագրերը, գերեզմանատեղերը, թաղման ետ չկանչվող պայմանագրերը, սոցիալական ապահովության և լրացուցիչ սոցիալական եկամուտի (SSI) վճարված պարտքերը:

[Redacted] ԱՅՈ Եթե Դուք [X] նշան եք դրել ԱՅՈ-ի վանդակում, ապա Դուք իրավասու չեք Հավելյալ օգնություն ստանալու: Այնուամենայնիվ, Ձեր նահանգի կառավարությունը կարող է հնարավորություն ունենալ՝ օգնելու Ձեզ Medicare-ի ծախսերը հոգալու հարցում՝ իր Medicare-ի խնայողական ծրագրերի միջոցով: Medicare-ի խնայողական ծրագրերին դիմելու գործընթացն սկսելու համար անցեք 6-րդ էջին, ստորագրեք դիմումը և ուղարկեք մեզ: Եթե Դուք հետաքրքրված չեք Medicare-ի խնայողական ծրագրերով, ապա անցեք 5-րդ էջի 15-րդ հարցին:

[Redacted] ՈՉ կամ ՀԱՄՈՋՎԱԾ ՉԵՄ Եթե Դուք [X] նշան եք դրել Ոչ կամ ՀԱՄՈՋՎԱԾ ՉԵՄ վանդակում, լրացրեք դիմումի մնացած մասը և ուղարկեք մեզ:



Եթե 3-րդ հարցին պատասխանելիս՝ նշանը դրել եք ՈՉ կամ ՀԱՄՈԶՎԱԾ ՉԵՄ վանդակում, պատասխանեք հետևյալ բոլոր հարցերին: Եթե Դուք ամուսնացած եք և ապրում եք Ձեր կնոջ/ամուսնու հետ, ապա պետք է պատասխանեք բոլոր հարցերին երկուսիդ համար:

4. Ստորև նշեք Ձեր կամ, եթե ամուսնացած եք և ապրում եք համատեղ, ապա նաև Ձեր կնոջ/ամուսնու բոլոր բանկային հաշիվների, ներդրումների և կանխիկ դրամական գումարները: Նշեք նաև այն իրերը, որոնց սեփականատերն է ձեզանից որևէ մեկը՝ այլ անձի հետ համատեղ: Նշեք միայն դոլարային արժեքները և ոչ բանկային հաշվեհամարները: Եթե Դուք կամ Ձեր կինը/ամուսինը ստորև նշված իրերից որևէ մեկի սեփականատերը չէ՝ ոչ անձամբ, ոչ էլ որևէ այլ անձի հետ համատեղ, ապա տեղադրեք նշանը **ՉԿԱ** վանդակում: **ՄԻ** ներառեք վերջին 10 ամիսների ընթացքում սոցիալական ապահովությունից կամ SSI-ից ստացած վճարումները:

| | | |
|--|---------------------------------|---|
| • Բոլոր բանկային հաշիվներին (հաշվարկային, խնայողական, ավանդային վկայագրեր) ունեցած ընդհանուր գումարը | ՉԿԱ <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| • Բոլոր բաժնետոմսերի, պարտատոմսերի, խնայողական պարտատոմսերի, փոխադարձ օգտագործման միջոցների, անհատական կենսաթոշակային հաշիվների (IRA) և այլ նմանատիպ ներդրումների ընդհանուր արժեքը | ՉԿԱ <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| • Տանը կամ այլուր պահվող որևէ այլ կանխիկ միջոցներ | ՉԿԱ <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/> |

5. Արդյո՞ք 4-րդ հարցում նշված աղբյուրներից որևէ միջոցներ օգտագործվելու են հուղարկավորության կամ թաղման ծախսերի համար:

Եթե ԱՅՈ, անցեք 6-րդ հարցին:

Եթե ՈՉ, նշանը դրեք ՈՉ-ի վանդակում և ապա անցեք 6-րդ հարցին:

ԴՈՒՔ՝ ՈՉ

ԿԻՆԸ/ԱՄՈՒՄԻՆԸ՝ ՈՉ

6. Եթե Դուք ամուսնացած եք և ապրում եք Ձեր կնոջ/ամուսնու հետ, արդյո՞ք Դուք կամ Ձեր կինը/ամուսինը սեփականատեր է որևէ անշարժ գույքի բացի Ձեր տնից և այն հողատարածքից, որի վրա գտնվում է տունը: Այլ անշարժ գույքի օրինակներ են ամառանոցները, վարձակալության տրվող գույքը կամ չկառուցապատված հողատարածքը, որը գտնվում է Ձեր տնից առանձին:

ԱՅՈ

ՈՉ

7. Այս հարցում նշված ազգականը այն անձն է, ով Ձեզ հետ կապված է արյամբ, որդեգրմամբ կամ ամուսնությամբ (բացի Ձեր կնոջից/ամուսնուց): Զանի՝ ազգական է ապրում Ձեզ հետ և իր ֆինանսական աջակցության առնվազն կեսը ստանում Ձեզնից կամ Ձեր կնոջից/ամուսնուց:

Ձեր նշած թիվը չպետք է ներառի Ձեզ և Ձեր կնոջը/ամուսնուն: Եթե Ձեր տնային տնտեսությունը բաղկացած է միայն Ձեզնից կամ Ձեզնից և Ձեր կնոջից/ամուսնուց, ապա նշանը դրեք ԶՐՈ-ի վանդակում: Դրեք նշանը միայն մեկ վանդակում:

ԶՐՈ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 և ավելի



8. Եթե Դուք ամուսնացած եք և ապրում եք միասին, և Դուք կամ Ձեր կինը/ամուսինը **եկամուտ** է ստանում ստորև նշված որևէ աղբյուրից, Դուք պետք է պատասխանեք այս հարցերին՝ երկուսիդ համար: Խնդրում ենք նշել ընդհանուր գումարը, որը Դուք ստանում եք ամեն ամիս: **Եթե այդ գումարը ամսից ամիս փոփոխվում է, կամ Դուք այն չեք ստանում ամեն ամիս, եկամտի յուրաքանչյուր տեսակի համար** համապատասխան վանդակներում **նշեք վերջին տարվա ընթացքում ստացած միջին ամսական եկամուտը**: Այս աղյուսակում մի նշեք աշխատավարձերը, ինքնազբաղվածությունից, տոկոսադրույքից առաջացած եկամուտը, պետական օգնությունը, բժշկական փոխհատուցումները կամ որդեգրված երեխայի խնամքի վճարումները: Եթե Դուք կամ Ձեր կինը/ամուսինը ստորև նշված որևէ աղբյուրից եկամուտ չեք ստանում, դրեք նշանը **ՉԿԱ** վանդակում:

| | | Ամսական եկամուտ |
|--|-------------------------------------|---|
| • Սոցիալական ապահովության նպաստ՝ առանց պահումների | <input type="checkbox"/> ՉԿԱ | \$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| • Երկաթուղայինների կենսաթոշակային նպաստ՝ առանց պահումների | <input type="checkbox"/> ՉԿԱ | \$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| • Վետերանների նպաստ՝ առանց պահումների | <input type="checkbox"/> ՉԿԱ | \$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| • Այլ կենսաթոշակներ կամ ամենամյա վճարումներ՝ առանց պահումների : Մի նշեք 4-րդ հարցում ընդգրկված որևէ աղբյուրից ստացած միջոցները: | <input type="checkbox"/> ՉԿԱ | \$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| • Վերը չնշված այլ եկամուտ՝ ներառյալ ալիմենտները, վարձակալությունից ստացված զուտ եկամուտը, աշխատողների փոխհատուցումը, գործազրկության նպաստը, մասնավոր աղբյուրից կամ նահանգի կողմից վճարվող անաշխատունակության նպաստը և այլն (նշեք)_____ | <input type="checkbox"/> ՉԿԱ | \$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/> |

9. Արդյո՞ք 8-րդ հարցում նշված գումարներից որևէ մեկը նվազել է վերջին երկու տարվա ընթացքում:

ԱՅՈ

ՈՉ

Եթե Դուք աշխատել եք վերջին երկու տարվա ընթացքում, ապա պետք է պատասխանեք 10-14 հարցերին: Եթե ամուսնացած եք և ապրում եք Ձեր կնոջ/ամուսնու հետ, և ձեզանից որևէ մեկն աշխատել է վերջին երկու տարվա ընթացքում, պետք է պատասխանեք 10-14 հարցերին: Այլապես՝ անցեք 15-րդ հարցին:

10. Որքա՞ն եք ակնկալում վաստակել աշխատավարձի տեսքով այս օրացուցային տարում՝ առանց հարկերի և պահումների:

ԴՈՒՔ՝ **ՈՉԻՆՉ**

\$, .

ԿԻՆԸ/ԱՄՈՒՄԻՆԸ՝ **ՈՉԻՆՉ**

\$, .



11. Ինչքան գուտ եկամուտ եք ակնկալում ունենալ ինքնազբաղվածությունից այս օրացուցային տարում: Դրեք նշանը **ՈՉԻՆՉ**-ի վանդակում, եթե անհատ ձեռներեց չեք, և անցեք 12-րդ հարցին:

ԴՈՒՔ՝ **ՈՉԻՆՉ** \$, .

ԿԻՆԸ/ԱՄՈՒՄԻՆԸ՝ **ՈՉԻՆՉ** \$, .

Դրեք նշանը ստորև բերված վանդակ(ներ)ում, եթե Դուք կամ Ձեր կինը/ամուսինը գուտ կորուստ է ակնկալում: **ԴՈՒՔ՝** **ԿԻՆԸ/ԱՄՈՒՄԻՆԸ՝**

12. Արդյո՞ք 10-րդ և 11-րդ հարցերում Ձեր նշած գումարները նվազել են վերջին երկու տարվա ընթացքում:

ԱՅՈ **ՈՉ**

13. Եթե Դուք կամ Ձեր կինը/ամուսինը դադարել է աշխատել 2023 կամ 2024 թվականին կամ մտադիր է դադարել աշխատել 2024 կամ 2025 թվականին, ապա նշեք համապատասխան ամիսն ու տարեթիվը:

ՕՐԻՆԱԿ
Նունվարից մինչև սեպտեմբեր ամիսների համար առաջին վանդակում մուտքագրեք զրո (0): 2024թ. մայիսը պետք է ունենա հետևյալ տեսքը.

| | | | | | |
|-----|---|---------|---|---|---|
| 0 | 5 | 2 | 0 | 2 | 4 |
| Ա Ա | | Տ Տ Տ Տ | | | |

ԴՈՒՔ՝ 2 0
Ա Ա Տ Տ Տ Տ
ԿԻՆԸ/ԱՄՈՒՄԻՆԸ՝ 2 0
Ա Ա Տ Տ Տ Տ

Եթե Ձեր տարիքը 65-ից ցածր է, պատասխանեք 14-րդ հարցին: Եթե Դուք ամուսնացած եք և ապրում եք Ձեր կնոջ/ամուսնու հետ, և ձեզնից որևէ մեկի տարիքը 65-ից ցածր է, ապա պատասխանեք 14-րդ հարցին: Այլապես՝ անցեք 15-րդ հարցին:

14. Արդյո՞ք Դուք կամ Ձեր կինը/ամուսինը ստիպված է վճարել Ձեր աշխատունակությունն ապահովող իրերի համար: Այն դեպքում, եթե Դուք աշխատում եք և ստանում եք հաշմանդամության կամ կուրության հետ կապված սոցիալական ապահովության նպաստ և ունեք աշխատանքին առնչվող ծախսեր, որոնք Ձեզ չեն փոխհատուցվում, ապա եկամուտի սահմանը որոշելիս մենք հաշվի կառնենք Ձեր հասույթի միայն որոշ մասը: Այդպիսի ծախսերի օրինակներ են՝ ՉԻԱՏ-ի, քաղցկեղի, դեպրեսիայի կամ էպիլեպսիայի բուժման և դեղերի ծախսերը, հաշմանդամի սայլակը, անձնական խնամողի ծառայությունները, ավտոմեքենայի ձևափոխումները, վարորդի օգնությունը կամ աշխատանքին առնչվող փոխադրման այլ կարիքները, աշխատանքին առնչվող օժանդակ սարքերը, ուղեկցող շան հետ կապված ծախսերը, զգայական և տեսողական օժանդակ միջոցները և Բրեյլի թարգմանությունները:

ԴՈՒՔ՝ ԱՅՈ **ՈՉ** **ԿԻՆԸ/ԱՄՈՒՄԻՆԸ՝** ԱՅՈ **ՈՉ**

15. **Տեղեկատվություն Medicare-ի խնայողական ծրագրերի մասին.** Դուք կարող եք հնարավորություն ունենալ Medicare-ի Ձեր այլ ծախսերը հոգալու համար Ձեր նահանգի կառավարությունից օգնություն ստանալու՝ Medicare-ի խնայողական ծրագրերի ներքո: Medicare-ի խնայողական ծրագրերին Ձեր դիմումի գործընթացն սկսելու համար Սոցիալական ապահովության վարչությունն այս ձևում տրամադրված որոշ տվյալներ կուղարկի Ձեր նահանգի կառավարությանը, եթե Դուք չիմդրեք, որ այդ տվյալները չուղարկվեն: **Եթե Դուք ցանկանում եք օգնություն ստանալ Medicare-ի խնայողական ծրագրերից, ապա մի լրացրեք այս կետը: Պարզապես ստորագրեք դիմումը, նշեք ամսաթիվը, և Ձեր նահանգի կառավարությունը կապ կհաստատի Ձեզ հետ:**

Եթե Դուք չեք ցանկանում դիմել Medicare-ի խնայողական ծրագրերին, դրեք նշանը ստորև բերված վանդակում:

Ոչ, մի ուղարկեք տվյալները նահանգի կառավարությանը:



Ստորագրություններ

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ. ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՈՒՇԱԴԻՐ ԿԱՐԴԱԼ

Ես/Մենք հասկանում եմ/ենք, որ Սոցիալական ապահովության վարչությունը (SSA), ճիշտ որոշում կայացնելու նպատակով, ստուգելու է իմ/մեր հայտարարությունները և համեմատելու է իր մոտ եղած տեղեկությունները դաշնային, նահանգային և տեղական կառավարական գործակալություններում, այդ թվում՝ Ներքին եկամուտների ծառայությունում (IRS) պահվող տեղեկությունների հետ:

Ներկայացնելով այս դիմումը՝ ես/մենք լիազորում եմ/ենք SSA-ին ստանալ և բացահայտել տեղեկություններ՝ կապված երկրի ներսում և արտերկրում գտնվող իմ/մեր եկամուտի, միջոցների և գույքի հետ՝ մասնավոր կյանքի անձեռնմխելիությանը վերաբերող կիրառելի օրերքների համաձայն: Այդ տեղեկությունները կարող են ներառել իմ/մեր աշխատավարձերը, հաշվեկշիռները, ներդրումները, նպաստներն ու կենսաթոշակները, բայց չսահմանափակվել դրանցով:

Եթե ես/մենք 15-րդ հարցին չեմ/չենք պատասխանել «Ոչ», ապա ես/մենք լիազորում եմ/ենք SSA-ին՝ Medicare-ի խնայողական ծրագրերին դիմելու գործընթացն սկսելու համար բացահայտել վերը նշված ֆինանսական տեղեկությունները կամ իմ/մեր գործում պարունակվող՝ անձը նույնականացնող այլ տեղեկություններ, ինչպիսիք են, օրինակ՝ իմ/մեր անուն(ներ)ը, ծննդյան ամսաթիվը (ամսաթվերը), սեռը և սոցիալական ապահովության համար(ներ)ը:

Ես/Մենք հայտարարում եմ/ենք՝ կեղծ վկայություն տալու պատժի ներքո, որ ստուգել եմ/ենք սույն ձևաթղթում պարունակվող ողջ տեղեկատվությունը և որ, ըստ իմ/մեր տեղեկությունների, այն ճշմարիտ է և ճշգրիտ:

Խնդրում ենք լրացնել A բաժինը: Եթե չեք կարող ստորագրել, Ձեր փոխարեն կարող է ստորագրել ներկայացուցիչը: Եթե Ձեզ որևէ մեկն օգնել է, լրացրեք նաև B բաժինը:

Բաժին A

| | | |
|--------------------------------|-----------|------------------|
| Ձեր ստորագրությունը՝ | Ամսաթիվը՝ | Նշանախոսահամարը՝ |
| Կնոջ/ամուսնու ստորագրությունը՝ | Ամսաթիվ՝ | |
| Ձեր փոստային հասցեն՝ | | Բն. թիվ՝ |
| Քաղաքը՝ | Նահանգը՝ | Փոստային դասիչը՝ |

Եթե վերջին երեք ամսում փոխել եք Ձեր փոստային հասցեն, դրեք նշանը այստեղ՝ []

Եթե նախընտրում եք, որ մենք լրացուցիչ հարցեր ունենալու դեպքում կապվենք այլ անձի հետ, նշեք այդ անձի անունը, ազգանունը և ցերեկային հեռախոսահամարը:

| | | |
|----------------|-------------------|------------------|
| Անունը տպատառ՝ | Ազգանունը տպատառ՝ | Նշանախոսահամարը՝ |
|----------------|-------------------|------------------|

Բաժին B

Եթե Ձեզ որևէ մեկն օգնել է, դրեք նշանը այն վանդակում, որտեղ նկարագրվում է այդ անձը, և լրացրեք ստորև պահանջվող մնացած տվյալները:

- Ընտանիքի անդամ
 Փաստաբան
 Այլ հավատարմատար
 Այլ (նշեք՝)
- Ընկեր
 Գործակալություն
 Սոցիալական ոլորտի աշխատող

| | | |
|----------------|-------------------|------------------|
| Անունը տպատառ՝ | Ազգանունը տպատառ՝ | Նշանախոսահամարը՝ |
| Նախնունը՝ | | Բն. թիվ՝ |
| Քաղաքը՝ | Նահանգը՝ | Փոստային դասիչը՝ |



Գաղտնիության մասին օրենք/Թղթաբանության կրճատման վերաբերյալ ծանուցում

Social Security օրենքի Բաժիններ 1860 D-14, ըստ ձևափոխված տարբերակի, լիազորում են մեզ հավաքագրել այս տեղեկությունները: Այս տեղեկությունների տրամադրումը կամրնտիր է: Այնուամենայնիվ, տեղեկություններն ամբողջությամբ կամ դրանց մի մասը չտրամադրելը կարող է խոչընդոտել Ձեր Medicare Part D սուբսիդավորման համար Ձեր իրավունակության վերաբերյալ մեր կողմից որոշումների կայացմանը:

Մենք կօգտագործենք եկամտի և ռեսուրսների մասին տվյալները տեղեկություններ ստանալու համար, որպեսզի որոշենք, թե արդյոք Դուք իրավունակ եք Medicare Part D սուբսիդիայի համար: Մենք կարող ենք նաև կիսել Ձեր տեղեկությունները հետևյալ նպատակներով, որը կոչվում է սովորական օգտագործումներ:

1. Մասնակիցների, հայցվորների, հեռանկարային հայտատուների կամ հայցվորների հետ (բացառությամբ տվյալների առարկաների և նրանց լիազորված ներկայացուցիչների), անհրաժեշտության դեպքում, Medicare Part D և Part D սուբսիդավորման իրավունքի կամ բողոքարկման իրավունքների հետապնդման նպատակով, և
2. Դաշնային, նահանգային կամ տեղական գործակալությունների հետ (կամ իրենց անունից հանդես եկող գործակալների հետ)՝ եկամտի պահպանման կամ առողջապահական պահպանման ծրագրերի իրականացման նպատակով (ներառյալ ծրագրեր Social Security մասին օրենքի ներքո):

Բացի այդ, մենք կարող ենք կիսել այս տեղեկությունները՝ համաձայն Գաղտնիության մասին օրենքի և այլ դաշնային օրենքների: Օրինակ՝ լիազորված լինելու դեպքում, մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել այս տեղեկությունները համակարգչային համապատասխանացման ծրագրերում, որտեղ մեր գրառումները համեմատվում են այլ գրառումների հետ՝ հաստատելու կամ ստուգելու համար անձի իրավունակությունը Դաշնային նպաստի ծրագրերին, ինչպես նաև այս ծրագրերի ներքո սխալ կամ չվճարված պարտքերը փոխհատուցելու համար:

Սովորական օգտագործման լրացուցիչ ցանկը հասանելի է մեր Privacy Act System of Records Notice (SORN) 60-0090, որը կոչվում է Master Beneficiary Record, և 60-0321, որը կոչվում է Medicare տվյալների բազայի ֆայլ: Լրացուցիչ տեղեկությունները և մեր SORNs-ների ամբողջական ցանկը հասանելի են մեր կայքում՝ <http://www.ssa.gov/privacy/sorn.html> հասցեով:

Թղթաբանության կրճատման մասին օրենքի հայտարարություն. տեղեկությունների այս հավաքագրումը համապատասխանում է 44 U.S.C. §3507 պահանջներին, ինչպես ձևափոխվել է 1995թ. Թղթաբանության կրճատման մասին օրենքի Բաժին 2-ով: Կարիք չկա պատասխանելու այս հարցերին, եթե մենք չենք ցուցադրել վավեր Office of Management and Budget (OMB) վերահսկման համարը: Այս հավաքագրման OMB վերահսկման համարն է՝ 0960-0696: Մեր հաշվարկներով Ձեզանից կպահանջվի մոտ 30 րոպե հրահանգները կարդալու, տեղեկություններ հավաքելու և հարցերին պատասխանելու համար: Միայն մեր հաշվարկային ժամանակի վերաբերյալ Ձեր մեկնաբանություններն ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝ SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401:

ԼՐԱՑՎԱԾ ՉԵՎՆ ՈՒՂԱՐԿԵՔ ՄԵՁ ԿՑՎԱԾ, ՆԱԽԱՊԵՍ ՀԱՍՑԵԱԳՐՎԱԾ ԵՎ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԾԱԽՍԵՐԸ ՎՃԱՐՎԱԾ ԾՐԱՐԻ ՎՐԱ ՆՇՎԱԾ ՀԱՍՑԵՈՎ

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