

Administração de Seguro Social

Informação Importante



ESTA CARTA DE APRESENTAÇÃO TEM FINS APENAS INFORMATIVOS. NÃO PREENCHA AS PÁGINAS SEGUINTES. ESTE DOCUMENTO NÃO É UMA SOLICITAÇÃO.

Você pode ser elegível para obter Ajuda Extra pagando por sua prescrição de medicamentos.

O programa de prescrição de medicamento de Medicare lhe dá uma opção de planos de prescrição que oferecem vários tipos de cobertura. Aliás, você pode obter Ajuda Extra para pagar os prêmios mensais, dedutíveis anuais, e co-pagamentos relacionados com o programa de prescrição de medicamento de Medicare.

Mas antes nós podemos ajudá-lo, **você deve preencher este pedido, colocá-lo no envelope incluído e enviá-lo hoje.** Ou você pode preencher um pedido on-line em www.socialsecurity.gov. Nós vamos rever seu pedido e lhe enviar uma carta lhe avisando se qualificou para Ajuda Extra. Para usar a Ajuda Extra, você deve se inscrever em um plano de prescrição de medicamento de Medicare.

Se você precisa de ajuda ao preencher o pedido, ligue para o Seguro Social **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Você pode encontrar mais informações em www.socialsecurity.gov.

Você também pode obter ajuda de seu Estado em outros custos de Medicare em Programas de Poupança de Medicare. Preenchendo este formulário, você iniciará seu processo de pedido para um Programa de Poupança de Medicare. Nós vamos enviar informações para seu Estado que irá entrar em contato com você para ajudá-lo a fazer o pedido para o Programa de Poupança de Medicare a menos que você nos diga que não respondendo à pergunta 15 neste formulário.

Se você precisa de informação sobre Programas de Poupança de Medicare, os planos de prescrição de medicamento de Medicare ou como se inscrever em um plano, ligue para **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**; TTY **1-877-486-2048**) ou acesse www.medicare.gov. Você também pode solicitar informação sobre como contatar seu Programa de Assistência e Aconselhamento de Seguro de Saúde do Estado (SHIP). O SHIP oferece ajuda em suas perguntas de Medicare.

Por favor, envie seu pedido hoje.

Social Security Administration



Instruções Gerais para Preencher o Pedido de Ajuda Extra em Custos do Plano de Prescrição de Medicamento de Medicare

Se Você Está Ajudando Alguém Com Este Pedido

Responda as perguntas como se essa pessoa estivesse preenchendo o pedido. Você deve saber a informação financeira e número de Seguro Social dessa pessoa. Preencha, também, a Seção B em página 6.

Você tem Medicare e Renda de Seguro Suplementar (SSI) ou Medicare e Medicaid?

Se a resposta é SIM, não preencha este pedido porque você vai obter Ajuda Extra automaticamente.

O programa de Medicaid de Estado paga seus prêmios de Medicare porque você pertence a um Programa de Poupança de Medicare?

Se a resposta é SIM, entre em contato com o escritório Medicaid de seu Estado para mais informações. Você poderia obter Ajuda Extra automaticamente e pode não precisar preencher este pedido.

Como Preencher Este Pedido

- Use apenas TINTA PRETA;
- Coloque seus números, cartas e dentro das caixas; use apenas letras MAIÚSCULAS;
- Não adicione comentários manuscritos no pedido;
- Não use signos de dólar quando escrever quantias de dinheiro; e
- Os centavos podem ser arredondados para a unidade de dólar mais próxima.

EXEMPLO

Coloque um X na caixa. NÃO preencha ou use marcas de verificação em caixas.

CORRETO

INCORRETO

EXEMPLO

Use letras maiúsculas quando escrever respostas

A B C D

Preenchendo Seu Pedido

Você pode preencher o pedido on-line em www.socialsecurity.gov ou usar o envelope selado pré-endereçado incluído para retornar sua pedido assinado e preenchido para:

Administração de Seguro Social
Wilkes-Barre Direct Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910

Retorne este pacote de pedido em um envelope incluído. Não inclua nada mais no envelope. Se precisarmos de mais informações, nós vamos contatá-lo.

NOTA: Para fazer o pedido, você deve morar em um dos 50 Estados ou o Distrito de Columbia.

Se Você Tiver Perguntas Ou Precisar de Ajuda Ao Preencher Este Pedido

Você pode ligar gratuitamente para 1-800-772-1213, ou se você é surdo ou deficiente auditivo, pode ligar para nosso número TTY, 1-800-325-0778.



Pedido de Ajuda Extra em Custos de Plano de Prescrição de Medicamentos de Medicare

ESTE É UM PEDIDO DE AJUDA EXTRA E NÃO O INSCREVE EM UM PLANO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE.

1. Nome do Requerente: Coloque o nome **assim como aparece em seu cartão de Seguro Social**. Use uma caixa para cada letra.

NOME

MI

SOBRENOME

SUFIXO (Jr., Sr., etc.)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE REQUERENTE

DATA DE NASCIMENTO DE REQUERENTE (MÊS-DIA-ANO)

2. Se você é **casado é mora com sua esposa**, por favor, providencie as seguintes informações **assim como aparece no cartão de Seguro Social de sua esposa**. Se você não é casado atualmente, não mora com sua esposa ou é viúvo, pule a pergunta 3 e não inclua informações sobre sua esposa neste pedido.

NOME

MI

SOBRENOME

SUFIXO (Jr., Sr., etc.)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE ESPOSA

DATA DE NASCIMENTO DE ESPOSA (MÊS-DIA-ANO)

Se sua esposa tem Medicare, ela também deseja fazer o pedido de Ajuda Extra?

SIM

NÃO

3. Se você é **casado e mora com sua esposa**, você tem poupança, investimentos ou bem imóvel de mais de \$29,520? Se você é casado ou não mora com sua esposa, o valor é maior de \$14,790? **NÃO considere sua casa, veículos, bens pessoais, seguro de vida, terrenos de sepultamento, contratos irrevogáveis de sepultamento ou pagamentos atrasados do Seguro Social ou SSI.**

SIM Se você colocar um na caixa SIM, você não é elegível para a Ajuda Extra. Mas, seu Estado pode ajudá-lo em custos de Medicare através de seus Programas de Poupança de Medicare. Para iniciar o processo de pedido para Programas de Poupança de Medicare, pule para a página 6, assine este pedido e retorne-o para nós. Se você está interessado nos Programas de Poupança de Medicare, pule para a pergunta 15 na página 5.

NÃO ou NÃO SABE Se você coloca um na caixa NÃO ou NÃO SABE, preencha o resto deste pedido e retorne-o para nós.



Se você colocou um na caixa NÃO ou NÃO SABE na pergunta 3, responda todas as seguintes perguntas. Se você é casado e mora com sua esposa, deve responder todas as perguntas para os dois.

4. Insira a seguir quantias de dinheiro de todas as contas bancárias, investimentos ou dinheiro que você, sua esposa, se casado e morando junto, ou os dois possuem. Inclua também itens que qualquer um de vocês possui com outra pessoa. Inclua apenas números de dólar e não números de conta. Se você ou sua esposa não possui nenhum item listado, sozinho ou com outra pessoa, coloque um na caixa NENHUM. NÃO inclua um pagamento atrasado de Seguro Social ou SSI recebido nos últimos 10 meses.

• Total combinado de todas as contas de banco (cheques, poupança e certificados de depósito)	<input type="checkbox"/> NENHUM	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Total combinado de todas as ações, títulos, títulos de capitalização, fundos mútuos, Contas Individuais de Aposentadoria ou outros investimentos similares	<input type="checkbox"/> NENHUM	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Dinheiro em casa ou em qualquer outro lugar.	<input type="checkbox"/> NENHUM	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. O dinheiro das fontes listadas na pergunta 4 será usado para pagar gastos de funeral ou sepultamento?
Se SIM, pule para pergunta 6.

Se NÃO, coloque um na caixa NÃO, depois vá para a pergunta 6.

VOCÊ: NÃO

ESPOSA: NÃO

6. Além de sua casa e o terreno onde está, você ou sua esposa, se casado e morando juntos, possui algum bem imóvel? Exemplos de outros bens imóveis são casas de veraneio, propriedades de aluguel ou terreno não urbanizado que você possui e que está separado de sua casa.

SIM NÃO

7. Para esta pergunta, um parente é alguém relacionado a você por sangue, adoção, ou casamento (mas não incluindo sua esposa). Quantos parentes moram com você e dependem de você ou sua esposa para, pelo menos, a metade do apoio financeira deles?

Por favor, não se inclua nem inclua sua esposa no número que inserir. Se sua família consiste apenas em você ou você e sua esposa, coloque um na caixa ZERO. Coloque um em apenas uma caixa.

ZERO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ou mais



8. Se você ou sua esposa, se casado e morando junto, recebe **renda** de alguma das fontes listadas a seguir, você deve responder as perguntas para os dois. Por favor, insira a quantia total que você recebe cada mês. **Se a quantia muda todos os meses ou você não recebe todo mês, insira a renda mensal média do último ano para cada tipo** nas caixas apropriadas. Não liste salários e auto-emprego, juros, assistência pública, reembolsos médicos ou pagamentos de cuidados adotivos aqui. Se você ou sua esposa não recebe renda de uma fonte listada a seguir, coloque um na caixa **NENHUM** para esse fonte.

		Benefício Mensal
• Benefícios de Seguro Social antes de deduções	<input type="checkbox"/> NENHUM	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Benefícios de Aposentadoria Ferroviária antes de deduções	<input type="checkbox"/> NENHUM	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Benefícios de veteranos antes de deduções	<input type="checkbox"/> NENHUM	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Outras pensões ou anuidades antes de deduções . Não incluir dinheiro que você recebe de qualquer item que incluiu em pergunta 4	<input type="checkbox"/> NENHUM	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Outra renda não listada acima, incluindo pensão de alimentos, renda líquida, compensação de trabalhadores, desemprego, pensão de deficiência de Estado ou privada, etc. (Especificar): _____	<input type="checkbox"/> NENHUM	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. Alguma das quantias que você inseriu na pergunta 8 diminuiu durante os últimos dois anos?

SIM **NÃO**

Se você trabalhou nos últimos dois anos, precisa responder perguntas 10-14. Se você é casado e mora com sua esposa e qualquer um de vocês trabalhou nos últimos dois anos, precisa responder as perguntas 10-14. Caso contrário, pule para a pergunta 15

10. Quanto você espera receber em salário antes de impostos e deduções **neste ano**?

VOCÊ: **NENHUM** \$, .

ESPOSA: **NENHUM** \$, .



11. Quanto você espera que seu lucro líquido de auto-emprego seja **neste ano**?

Coloque um na caixa **NENHUM** se você não trabalha por conta própria e vá à pergunta 12.

VOCÊ: NENHUM \$, .

ESPOSA: NENHUM \$, .

Coloque um na caixa(s) se você ou sua esposa pensa que terão uma perda líquida.



VOCÊ: ESPOSA:

12. As quantias que você incluiu nas perguntas 10 ou 11 diminuiram nos últimos dois anos?

SIM NÃO

13. Se você ou sua esposa, parou de trabalhar em 2020 ou 2021, ou planeja parar de trabalhar em 2021 ou 2022, insira o mês e ano.



EXEMPLO

Para janeiro – setembro, coloque um zero (0) na primeira caixa. Maio de 2021 deveria se ler:

0 5 2 0 2 1
M Ê S A N O

VOCÊ: 2 0
M Ê S A N O

ESPOSA: 2 0
M Ê S A N O

Se você tem menos de 65 anos, responda a pergunta 14. Se você é casado e mora com sua esposa e qualquer um de vocês tem menos de 65 anos, continue para pergunta 14. Caso contrário, pule para a pergunta 15.

14. Você ou sua esposa tem que pagar coisas para poder trabalhar? Nós vamos considerar apenas uma parte de seu lucro para o limite de renda se você trabalha e recebe benefícios de Seguro Social baseados em uma deficiência ou cegueira e você tem despesas relacionadas com o trabalho que não são reembolsadas. Exemplos de tais despesas são: o custo de tratamento médico e medicamentos para AIDS, câncer, depressão ou epilepsia; uma cadeira de rodas; serviços pessoais de atendimento; modificações de veículo, assistência ao motorista ou outras necessidades especiais de locomoção relacionadas com o trabalho; tecnologia de assistência relacionada com o trabalho; despesas de cão-guia; ajudas sensoriais e visuais; e traduções de Braille.

VOCÊ: SIM NÃO

ESPOSA: SIM NÃO

15. **Informação sobre Programas de Poupança de Medicare:** Você também pode obter ajuda de seu Estado em outros custos de Medicare em Programas de Poupança de Medicare. Para iniciar o processo de seu pedido para os Programas de Poupança de Medicare, o Seguro Social vai enviar informação deste formulário para seu Estado a menos que você nos disser que não. **Se você quer obter ajuda dos Programas de Poupança de Medicare, não preencha esta pergunta. Apenas assine e date o pedido e seu Estado vai entrar em contato com você.**

Se você **não** tem interesse em fazer o pedido para Programas de Poupança de Medicare, coloque um na seguinte caixa.

Não, não enviar a informação para o Estado.



Assinaturas

INFORMAÇÃO IMPORTANTE – POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO

Eu/Nós entendemos que a Administração de Seguro Social (SSA) vai verificar minhas/nossas declarações e comparar os registros com registros de agências de governos local, estadual e federal, incluindo a Secretaria da Receita Federal (IRS) para se certificar de que a determinação seja correta.

Enviando este pedido, eu estou/nós estamos autorizando a SSA a obter e divulgar informação relacionada com minha/nossa renda, recursos, e ativos, externos e internos, de acordo com as leis de privacidade aplicáveis. Essa informação pode incluir, mas sem se limitar a isso, informação sobre meus/nossos salários, saldos de contas, investimentos, benefícios, e pensões.

A menos que eu/nós tenhamos respondido “Não” à Pergunta 15, eu estou/nós estamos autorizando a SSA a divulgar ao Estado a informação financeira listada acima e outras informações de identificação individual de meu/nosso pedido, como meu/nosso nome(s), data de nascimento, sexo e número(s) de Seguro Social para iniciar o processo de pedido para Programas de Poupança de Medicare.

Eu/Nós declaramos, sob pena de perjúrio que eu/nós examinamos todas as informações deste formulário e é verdadeiro e correto para o melhor de meu/nosso conhecimento.

Por favor, preencha a Seção A. Se você não pode assinar, um representante pode assinar por você. Se alguém o ajudou, preencha a Seção B também.

Seção A

Sua Assinatura:	Data:	Número de Telefone: () —
Assinatura de Esposa:	Data:	
Seu Endereço Para Correspondência:		Ap. #:
Cidade:	Estado:	Código Postal:

Se você mudou seu endereço de correspondência nos últimos três meses, coloque um aqui:

Se você preferir que nós entremos em contato com outra pessoa caso tenhamos outras perguntas, por favor, providencie o nome da pessoa e o número de telefone do horário diurno.

Escreva Nome:	Escreva Sobrenome:	Número de Telefone: () —
---------------	--------------------	------------------------------

Seção B

Se alguém o ajudou, coloque um na caixa que descreve essa pessoa e providencie o resto das informações solicitadas a seguir.

<input type="checkbox"/> Membro da Família	<input type="checkbox"/> Advogado	<input type="checkbox"/> Outro Defensor	<input type="checkbox"/> Outro Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agência	<input type="checkbox"/> Assistente Social	_____

Escreva Nome:	Escreva Sobrenome:	Número de Telefone: () —
Endereço:		Ap. #:
Cidade:	Estado:	Código Postal:



Aviso de Redução de Burocracia / Lei de Privacidade

As seções 1860 D-14 da Lei do Social Security (Seguro Social), conforme alterada, nos permitem coletar essas informações. Fornecer-nos tais informações é um ato voluntário. No entanto, deixar de fornecer todas as (ou parte das) informações pode nos impedir de tomar uma decisão sobre sua elegibilidade para um subsídio do Medicare Part D.

Usaremos as informações para obter dados sobre renda e recursos para determinar se você é elegível para o subsídio do Medicare Part D. Também podemos compartilhar suas informações para os seguintes fins, chamados usos de rotina:

1. A solicitantes, demandantes, potenciais solicitantes ou demandantes (para além dos titulares dos dados e seus representantes autorizados) na medida do necessário para efeitos de obtenção dos direitos ao subsídio ou direitos de recurso do Medicare Part D e Part D; e
2. A agências federais, estaduais ou locais (ou agentes em seu nome) para administrar programas de manutenção de renda ou manutenção da saúde (incluindo programas sob a Lei do Social Security – Seguro Social).

Além disso, podemos compartilhar essas informações de acordo com a Lei de Privacidade e outras leis federais. Por exemplo, quando autorizados, podemos usar e divulgar essas informações em programas de correspondência de computador, nos quais nossos registros são comparados a outros registros para estabelecer ou verificar a elegibilidade de uma pessoa para programas de benefícios federais e para o reembolso de dívidas incorretas ou inadimplentes sob esses programas.

Uma lista de usos adicionais de rotina está disponível em nosso Privacy Act System of Records Notice (SORN) – Aviso do Sistema de Registros da Lei de Privacidade – 60-0090, intitulado Master Beneficiary Record (Registro de Beneficiário Principal); e 60-0321, intitulado Medicare Database File (Arquivo de banco de dados do Medicare). Informações adicionais e uma lista completa de todos os nossos SORNs estão disponíveis em nosso site em <http://www.ssa.gov/privacy/sorn.html>.

Declaração da Lei de Redução da Burocracia – Esta coleta de informações atende às exigências do título 44 do U.S.C. (Código dos Estados Unidos), parágrafo 3507, conforme alterado pela seção 2 da Paperwork Reduction Act of 1995 (Lei de Redução da Burocracia de 1995). Você não precisa responder a estas perguntas, a menos que mostremos um número de controle válido do Office of Management and Budget – OMB (Escritório de Administração e Orçamento). O número de controle do OMB para esta coleção é 0960-0696. Estimamos que ler as instruções, coletar os dados e responder às perguntas levará 30 minutos. Envie apenas comentários relacionados à nossa estimativa de tempo acima para: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.

ENVIE-NOS O FORMULÁRIO PREENCHIDO PARA O ENDEREÇO MOSTRADO NO ENVELOPE PRÉ-ENDEREÇADO E COM POSTAGEM PRÉ-PAGA ANEXO:

**Administração de Seguro Social
Wilkes-Barre Direct Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**