

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, **dapat 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.

Social Security Administration



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. Kumpletuhan 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 kumpletuhan 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 kumpletuhan ang aplikasyong ito.

Paano Kumpletuhan ang Aplikasyong Ito

- Gumamit ng ITIM NA TINTA lamang;
- Panatiliing 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.

 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 kumpletuhan 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 Direct 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 OO HINDI sa Karagdagang Tulong?

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 \$29,160? Kung ikaw ay hindi kasal o hindi kasalukuyang nagsasama ng iyong asawa, ang halaga ba ay mas mahigit \$14,160? **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.

<ul style="list-style-type: none"> Pinagsama-samang kabuuang halaga ng lahat ng mga account sa bangko (checking, savings at mga sertipikasyon ng deposito) 	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> Anumang ibang pera sa bahay o sa kung saan man 	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

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-bakasyon, 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	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Mga benepisyo sa Railroad Retirement bago ang mga binawas	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Mga benepisyo ng Mga Beterano bago ang mga binawas	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 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.	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 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): _____	<input type="checkbox"/> WALA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

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 2019 o 2020, o may planong huminto sa pagtatrabaho sa 2020 o 2021, ipasok ang buwan at taon.



HALIMBAWA

Para sa Enero –
Setyembre, maglagay ng
zero (0) sa unang kahon.
Ang Mayo 2013 ay dapat
basahin ng:

MM Y Y Y Y

IKAW:
MM Y Y Y Y

ASAWA:
MM Y Y Y Y

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 ipadala ang impormasyon sa Estado.



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.

<input type="checkbox"/> Miyembro ng Pamilya	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Ibang Tagapagtanggol	<input type="checkbox"/> Kung Iba, Tukuyin: _____
<input type="checkbox"/> Kaibigan	<input type="checkbox"/> Ahensya	<input type="checkbox"/> 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 Nagbibigay-daan sa amin ang Seksyon 1860 D-14 ng Batas sa Social Security, gaya ng inamyendahan, na kolektahin ang impormasyong ito. Ang pagbibigay sa amin ng impormasyong ito ay boluntaryo. Gayunpaman, maaaring hindi kami makapagpasya ukol sa pagiging kwalipikado mo para sa subsidiya sa Medicare Part D kapag hindi mo naibigay ang lahat o ang isang bahagi ng impormasyon.

Gagamitin namin ang impormasyon upang makakuha ng impormasyon tungkol sa kita at pinagkukunan upang pagpasyahan kung kwalipikado ka para sa subsidiya sa Medicare Part D. Maaari din naming ibahagi ang iyong impormasyon para sa mga sumusunod na layuning tinatawag na regular na paggamit:

1. Sa mga aplikante, claimant, posibleng aplikante o claimant (maliban sa mga taong tinatalakay sa data at ang kanilang mga awtorisadong kinatawan) hanggang sa saklaw na kinakailangan para magkaroon ng Medicare Part D at karapatang magbigyan ng subsidiya o mga karapatan sa pag-apela sa Part D; at
2. Sa mga Pederal na ahensya, ahensya ng Estado, o lokal na ahensya (o mga ahente sa ngalan ng mga ito) para sa pagkakaloob ng mga programa sa pagmementena ng kita o pagmementena ng kalusugan (kabilang ang mga programa sa ilalim ng Batas sa Social Security).

Bilang karagdagan, maaaring ibahagi namin ang impormasyong ito alinsunod sa Batas sa Privacy at iba pang Pederal na batas. Halimbawa, kapag pinahintulutan, maaari naming gamitin at ihayag ang impormasyong ito sa mga programa ng pagtutugma sa computer, kung saan ang aming mga tala ay ikinukumpara sa iba pang tala upang itakda o i-verify ang pagiging kwalipikado ng isang tao para sa mga Pederal na programa ng benepisyo at para sa pagbabayad ng mga mali o napabayaang utang sa ilalim ng mga programang ito.

May listahan ng mga karagdagang regular na paggamit na makikita sa aming Privacy Act System of Records Notice (SORN) 60-0090, na may pamagat na Master Beneficiary Record; at 60-0321, na may pamagat na Medicare Database File. May karagdagang impormasyon at kumpletong listahan ng lahat ng aming SORNs na makikita sa aming website sa <http://www.ssa.gov/privacy/sorn.html>.

Pahayag ng Batas sa Pagbabawas ng Paperwork - Ang pangongolektang ito ng impormasyon ay nakakatugon sa mga kinakailangan sa 44 U.S.C. § 3507, gaya ng inaamyendahan ng seksyon 2 ng Paperwork Reduction Act of 1995. Hindi mo kailangang sagutin ang mga tanong na ito maliban na lang kung may ipapakita kaming valid na control number mula sa Office of Management and Budget (OMB). Ang OMB control number para sa pagkolektang ito ay 0960-0696. Tinatantiya naming aabutin nang 30 minuto ang pagbasa sa mga tagubilin, pagkalap ng impormasyon, at pagsagot sa mga tanong. Magpadala lang ng mga komentong nauugnay sa aming tinantiyang oras sa itaas sa: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.

IPADALA ANG SINAGUTANG FORM SA AMIN SA ADDRESS NA NAKALAGAY SA KALAKIP NA SOBRENG MAY ADDRESS NA AT BAYAD NA ANG POSTAGE:

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