

Social Security Administration

Σημαντικές πληροφορίες



**Η ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΑΥΤΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΧΕΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΜΟΝΟ.
ΜΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΣΕΛΙΔΕΣ.
ΑΥΤΟ ΤΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ.**

Μπορεί να δικαιούστε πρόσθετη βοήθεια για να πληρώσετε τα συνταγογραφημένα σας φάρμακα.

Το πρόγραμμα συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare ξεκίνησε την 1η Ιανουαρίου 2006. Το πρόγραμμα σας παρέχει επιλογή μεταξύ προγραμμάτων συνταγογραφημένων φαρμάκων που προσφέρουν διάφορους τύπους καλύψεων.

Μπορεί να είστε σε θέση να λάβετε επιπλέον βοήθεια για να πληρώσετε τα ετήσια εκπιπτόμενα ποσά, τα ασφάλιστρα και τα ποσά συμμετοχής που σχετίζονται με το πρόγραμμα συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare.

Αλλά πριν να είμαστε σε θέση να σας βοηθήσουμε, **πρέπει να συμπληρώσετε την αίτηση, να την εσωκλείσετε στον παρεχόμενο φάκελο και να την ταχυδρομήσετε σήμερα.** Ή μπορείτε να συμπληρώσετε online αίτηση στην ιστοσελίδα www.socialsecurity.gov. Θα εξετάσουμε την αίτησή σας και θα σας στείλουμε μια επιστολή για να σας γνωστοποιήσουμε εάν πιστοποιήσετε για πρόσθετη βοήθεια. Θα σας στείλουμε επίσης πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare. Για να χρησιμοποιήσετε την πρόσθετη βοήθεια, πρέπει να εγγραφείτε σε ένα πρόγραμμα συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare.

Εάν χρειάζεστε βοήθεια με τη συμπλήρωση της αίτησης, επικοινωνήστε με την υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης στον αριθμό **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**. Μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες στην ιστοσελίδα www.socialsecurity.gov.

Εάν χρειάζεστε πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare, καλέστε τον αριθμό **1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048)** ή επισκεφτείτε την ιστοσελίδα www.medicare.gov.

Ταχυδρομήστε την αίτησή σας σήμερα. Θα σας γνωστοποιήσουμε την απόφασή μας για το εάν πιστοποιήσετε για πρόσθετη βοήθεια.

Michael J. Astrue
Επίτροπος



Γενικές οδηγίες για τη συμπλήρωση της αίτησης για βοήθεια με το πρόγραμμα για το κόστος των συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare

Για την παροχή πρόσθετης βοήθειας για τα φαρμακευτικά σας έξοδα

Έχετε εσείς (ή το πρόσωπο που βοηθάτε να υποβάλει την αίτηση) Medicare και Συμπληρωματικό εισόδημα Κοινωνικής Ασφάλισης (Supplemental Security Income - SSI) ή Medicare και Medicaid, ή πληρώνει η πολιτεία σας τα ασφάλιστρά σας για το Medicare;

Εάν η απάντηση είναι **ΝΑΙ**, μη συμπληρώσετε αυτή την αίτηση γιατί θα λάβετε αυτόματα την πρόσθετη βοήθεια. Θα λάβετε μια άλλη επιστολή σχετικά με το πώς θα λάβετε την πρόσθετη βοήθεια. Εάν η απάντηση είναι **ΟΧΙ** ή **ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ (-Η)**, παρακαλούμε συμπληρώστε αυτή την αίτηση. Παρακαλούμε διαβάστε τις παρακάτω οδηγίες πριν συμπληρώσετε αυτή την αίτηση. Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις εκτός εάν αναφέρεται διαφορετικά.

Πώς να συμπληρώσετε αυτή την αίτηση

- Χρησιμοποιήστε **ΜΑΥΡΟ ΜΕΛΑΝΙ** ή **μολύβι αρ. 2**.
- Διατηρείτε τους αριθμούς, τα γράμματα και τα **X** μέσα στα τετραγωνάκια. Χρησιμοποιήστε μόνο **ΚΕΦΑΛΑΙΑ** γράμματα.
- Μη χρησιμοποιείτε σήματα δολαρίου όταν γράφετε χρηματικά ποσά. Το σήμα του δολαρίου είναι προεκτυπωμένο και.
- τα σεντς μπορείτε να τα στρογγυλοποιήσετε στην κοντινότερη αξία δολαρίου.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Σημειώστε ένα **X** στο τετραγωνάκι. ΜΗΝ γεμίζετε ή χρησιμοποιείτε μαρκαρίσματα στα τετραγωνάκια.

X
ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Χρησιμοποιήστε κεφαλαία όταν γράφετε απαντήσεις

A B C D

Εάν βοηθάτε κάποιον άλλο να συμπληρώσει αυτή την αίτηση

Απαντήστε στις ερωτήσεις με τον ίδιο τρόπο που θα απαντούσε το άτομο που βοηθάτε. Πρέπει να γνωρίζετε τον αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης (Social Security Number) του προσώπου αυτού, καθώς και τις οικονομικές του πληροφορίες. Επίσης, συμπληρώστε την ενότητα B στη σελίδα 6.

Συμπλήρωση της αίτησής σας

Μπορείτε να συμπληρώσετε την αίτηση online στην ιστοσελίδα www.socialsecurity.gov ή να χρησιμοποιήσετε τον παρεχόμενο φάκελο με προπληρωμένο γραμματόσημο και την υπογραμμένη αίτηση στη διεύθυνση:

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

Στείλτε ολόκληρο το πακέτο με τον παρεχόμενο φάκελο. Μη συμπεριλαμβάνετε οποιαδήποτε προσαρτήματα. Εάν χρειάζομαστε περισσότερες πληροφορίες, όπως καταστάσεις λογαριασμών από χρηματοοικονομικά ιδρύματα, θα επικοινωνήσουμε μαζί σας.

Εάν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις ή χρειάζεστε βοήθεια με τη συμπλήρωση αυτής της αίτησης

Μπορείτε να μας καλέσετε στον ατελή αριθμό **1-800-772-1213**, ή εάν πάσχετε από κώφωση ή έχετε δυσκολίες ακοής, μπορείτε να καλέσετε τον αριθμό TTY, **1-800-325-0778**.

**ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΓΓΥΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΣΑΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΜΕΝΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΤΗΣ MEDICARE.**

1. Όνομα αιτούντος (Γράψτε καθαρά κάθε γράμμα σε ξεχωριστό τετραγωνάκι.)

KYPIO ONOMA **MI**

ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΗ (JR., SR., ΚΑΠ)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ (ΜΜ-ΗΗ-ΕΕΕΕ)

2. Εάν είστε παντρεμένος (-η) και διαμένετε με τον/την σύζυγό σας, παρακαλούμε να γράψετε τις κάτωθι πληροφορίες για τον/την σύζυγό σας. Εάν δεν είστε παντρεμένος (-η) προς το παρόν ή δεν ζείτε με τον/την σύζυγό σας, συνεχίστε στην ερώτηση 3.

ΚΥΡΙΟ ΟΝΟΜΑ	ΜΙ
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΗ (JR., SR., ΚΑΠ)
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ (ΜΜ-ΗΗ-ΕΕΕΕ)

Εάν ο/η σύζυγός σας έχει Medicare, θέλει να υποβάλει αίτηση για την πρόσθετη βοήθεια; ☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

3. Εάν είστε άγαμος (-η), χήρος (-α) ή ο/η σύζυγός σας δεν μένει μαζί σας, έχουν οι αποταμιεύσεις σας, οι επενδύσεις και τα ακίνητά σας (εκτός από την κατοικία σας) αξία μεγαλύτερη από 11.710 δολάρια; Εάν είστε παντρεμένος (-η) και ζείτε μαζί, έχουν αξία μεγαλύτερη από 23.410; Συμπεριλάβετε τα αντικείμενα που ανήκουν μόνο σε σας, ή που κατέχετε με τον/την σύζυγό σας ή με κάποιον άλλο. **Μην συμπεριλάβετε το σπίτι σας, οχήματα, χώρους ταφής ή προσωπικά αντικείμενα.**

 **ΝΑΙ** Εάν βάλατε ένα **X** στο τετραγωνάκι **ΝΑΙ**, τότε **ΣΤΑΜΑΤΗΣΤΕ**. Δεν πιστοποιήστε για την πρόσθετη βοήθεια και δεν χρειάζεται να μας στείλετε αυτή την αίτηση. Εάν χρειάζεστε μια επιστολή με την εν λόγω απόφαση, υπογράψτε την αίτηση στη σελίδα 6 και στείλτε την σε μας.

OXI Ή ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ (-Η) Εάν γράψατε Χ στο τετραγωνάκι **OXI Ή ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ (-Η)**, συμπληρώστε το υπόλοιπο της αίτησης και ταχυδρομήστε την σε μας.



Εάν γράψατε ένα **X** στο τετραγωνάκι **ΟΧΙ** ή **ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ (-Η)** στην ερώτηση 3, απαντήστε σε όλες τις υπόλοιπες ερωτήσεις. Εάν είστε παντρεμένος και ζείτε με τον/την σύζυγό σας, πρέπει να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις και για τους δύο σας.

4. Παρακαλούμε εισάγετε τα χρηματικά ποσά τραπεζικών λογαριασμών, επενδύσεων ή μετρητών που κατέχετε εσείς, ο/η σύζυγός σας (εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί), ή και οι δύο σας από κοινού στα παρακάτω τετράγωνα. Συμπεριλάβετε αντικείμενα που κατέχετε με κάποιο άλλο άτομο. (Συμπεριλάβετε μόνο ποσά σε δολάρια, όχι τον αριθμό λογαριασμού). Εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας (εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί) δεν κατέχετε ένα από τα αντικείμενα που αναφέρονται, είτε ανεξάρτητα ή από κοινού, ή με άλλο πρόσωπο, γράψτε ένα **X** στο τετραγωνάκι **ΤΙΠΟΤΑ**.

• Λογαριασμοί τραπεζών (επιταγών, αποταμιεύσεων και πιστοποιητικά καταθέσεων)	☐ ΤΙΠΟΤΑ	\$, .
• Μετοχές, ομόλογα, αποταμιευτικά ομόλογα, αμοιβαία κεφάλαια, ατομικοί συνταξιοδοτικοί λογαριασμοί ή άλλες παρόμοιες επενδύσεις	☐ ΤΙΠΟΤΑ	\$, .
• Οποιαδήποτε μετρητά στο σπίτι ή οπουδήποτε αλλού	☐ ΤΙΠΟΤΑ	\$, .

5. Κατέχετε ασφαλιστήρια συμβόλαια ζωής με συνολικό ασφαλισμένο ποσό μεγαλύτερο από 1.500 δολάρια; Απαντήστε για σας και τον/την σύζυγό σας εάν μένει μαζί σας. Εάν απαντήσατε **ΟΧΙ** για εσάς και τον/την σύζυγό σας, μεταβείτε στην ερώτηση 6.

ΕΣΕΙΣ: ☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

ΣΥΖΥΓΟΣ (ΕΑΝ ΖΕΙΤΕ ΜΑΖΙ): ☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

Εάν απαντήσατε **ΝΑΙ** για οποιονδήποτε από σας, πόσα χρήματα θα λαμβάνατε εάν εξαργυρώνατε τα ασφαλιστήρια συμβολαία σας; Γράψτε το ποσό. Εάν απαντήσατε **ΝΑΙ** για σας και τον/την σύζυγό σας, γράψτε το συνδυασμένο ποσό (άθροισμα). (Αυτή δεν είναι η αξία ασφαλιστικής κάλυψης των συμβολαίων σας. Μπορεί να χρειαστεί να καλέσετε την ασφαλιστική σας εταιρία για βοήθεια μ' αυτή την ερώτηση).

\$, .

6. Αναμένετε να χρησιμοποιήσετε χρήματα απ' οποιεσδήποτε από τις πηγές που αναφέρονται στις ερωτήσεις 4 ή 5 για να πληρώσετε για έξοδα κηδείας;

ΕΣΕΙΣ: ☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

ΣΥΖΥΓΟΣ (ΕΑΝ ΖΕΙΤΕ ΜΑΖΙ): ☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

7. Εκτός από το σπίτι σας και το οικόπεδο στο οποίο βρίσκεται, κατέχετε εσείς (ή ο/η σύζυγός σας, εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί) οποιαδήποτε άλλη ακίνητη περιουσία;

☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**



8. Το μέγεθος του νοικοκυριού σας μπορεί να επηρεάζει το ποσό βοήθειας που μπορεί να λάβετε. Συνεπώς, πρέπει να γνωρίζουμε πόσοι συγγενείς από αυτούς που μένουν μαζί σας (και ο/η σύζυγός σας, εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί) εξαρτώνται από εσάς ή τον/την σύζυγό σας για την παροχή τουλάχιστον της μισής οικονομικής τους υποστήριξης. Οι συγγενείς μπορεί να περιλαμβάνουν οποιονδήποτε έχει συγγένεια αίματος με σας, ή συγγένεια γάμου ή υιοθεσίας.

Πόσοι συγγενείς που μένουν με σας και τον/την σύζυγό σας εξαρτώνται από εσάς ή τον/την σύζυγό σας για τουλάχιστον μισή από την οικονομική τους υποστήριξη; **Μην συμπεριλάβετε τον εαυτό σας ή τον/την σύζυγό σας σ' αυτό το ποσό.** (Γράψτε ένα X σε ένα μόνο τετραγωνάκι).

☐ ΤΙΠΟΤΑ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ

9. Εάν εσείς (ή ο/η σύζυγός σας, εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί) λαμβάνετε εισόδημα από οποιαδήποτε από τις πηγές που αναφέρονται παρακάτω, παρακαλούμε γράψτε το **συνολικό ΜΗΝΙΑΙΟ εισόδημα**. Εάν το ποσό αλλάζει από μήνα σε μήνα ή εάν δεν το λαμβάνετε κάθε μήνα, γράψτε το μέσο μηνιαίο εισόδημα για τον περασμένο χρόνο για κάθε τύπο στα κατάλληλα τετραγωνάκια. Μην αναφέρετε εδώ μισθούς και εισόδημα από ελεύθερη απασχόληση, από τόκους, δημόσια αρωγή, επιστροφές χρημάτων από ιατρικές υπηρεσίες ή πληρωμές ή φροντίδα θετών τέκνων. Εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας δεν λαμβάνετε εισόδημα από οποιαδήποτε από τις παρακάτω πηγές, γράψτε ένα X στον τετραγωνάκι ΤΙΠΟΤΑ.

		Μηνιαία παροχή
• Παροχές Κοινωνικής Ασφάλισης (προ των εκπιπτόμενων ποσών)	☐ ΤΙΠΟΤΑ	\$, .
• Παροχές συνταξιοδότησης υπαλλήλων σιδηροδρόμων (προ των εκπιπτόμενων ποσών)	☐ ΤΙΠΟΤΑ	\$, .
• Παροχές βετεράνων πολέμου (προ των εκπιπτόμενων ποσών)	☐ ΤΙΠΟΤΑ	\$, .
• Άλλες συντάξεις ή μηνιαία εισοδήματα (μη συμπεριλάβετε χρήματα που λαμβάνετε απ' οποιαδήποτε πηγή που αναφέρεται στην ερώτηση 4).	☐ ΤΙΠΟΤΑ	\$, .
• Άλλο εισόδημα που δεν αναφέρεται παραπάνω, συμπεριλαμβανομένης διατροφής, καθαρού εισοδήματος από ενοίκια, αποζημίωσης εργαζομένων (workers' compensation) κλπ (Καθορίστε): _____	☐ ΤΙΠΟΤΑ	\$, .

10. Έχουν μειωθεί οποιαδήποτε από τα ποσά που συμπεριλάβατε στην ερώτηση 9 κατά τα τελευταία δύο έτη;

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

11. Σας βοηθάει οποιοσδήποτε άλλος (ή ο/η σύζυγός σας εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί) να πληρώσετε οποιαδήποτε από τα κάτωθι έξοδα νοικοκυριού—τρόφιμα, υποθήκη, ενοίκιο, καύσιμα ή γκάζι θέρμανσης, νερό και φόρους ακίνητης περιουσίας; (**ΜΗΝ συμπεριλάβετε** κουπόνια τροφίμων, επισκευές οικίας, βοήθεια από πρακτορείο στέγασης, πρόγραμμα υποβοήθησης κόστους ενέργειας, Meals on Wheels ή βοήθεια με ιατρική θεραπεία και ναρκωτικά).

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Εάν γράψατε ένα X στο τετραγωνάκι ΝΑΙ, γράψτε το μηνιαίο ποσό ή, εάν το ποσό αλλάζει από μήνα σε μήνα, γράψτε το μέσο μηνιαίο ποσό για τον περασμένο χρόνο.

\$, .

Page 5



Υπογραφές

Εγώ (εμείς), κατανοώ (κατανοούμε) ότι με την υποβολή αυτής της αίτησης εγώ (εμείς) δηλώνω (δηλώνουμε) εν γνώσει των συνεπειών ψευδορκίας ότι εγώ / εμείς, έχουμε εξετάσει όλες τις πληροφορίες του παρόντος εντύπου και ότι είναι αληθείς και ορθές σύμφωνα με τα όσα γνωρίζω (γνωρίζουμε). Εγώ (εμείς) κατανοώ (κατανοούμε) ότι οποιοσδήποτε πραγματοποιεί ψευδή ή παραπλανητική δήλωση εν γνώση του σχετικά με σημαντικά γεγονότα στις παρούσες πληροφορίες, ή προκαλεί κάποιον άλλο να το κάνει αυτό, πραγματοποιεί έγκλημα και μπορεί να φυλακιστεί ή να υποβληθεί σε άλλες ποινές, ή και τα δύο. Εγώ (εμείς) κατανοώ (κατανοούμε) ότι η υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης (Social Security Administration - SSA) θα ελέγξει τις δηλώσεις μου (μας) και θα συγκρίνει τα στοιχεία με Ομοσπονδιακές, Πολιτειακές και τοπικές κρατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της Υπηρεσίας Δημοσίων Εσόδων (Internal Revenue Service) για να βεβαιωθεί ότι ο καθορισμός είναι ακριβής. Με την υποβολή αυτής της αίτησης, εγώ (εμείς) εξουσιοδοτώ (εξουσιοδοτούμε) την υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης (SSA) να λάβει και αποκαλύψει πληροφορίες σχετικά με το εισόδημα, τις πηγές και τα περιουσιακά στοιχεία μου (μας) στο εσωτερικό και εξωτερικό, σε συμφωνία με τους ισχύοντες νόμους περί προσωπικού απορρήτου. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να συμπεριλαμβάνουν, χωρίς περιορισμό, πληροφορίες σχετικά με τους μισθούς μου (μας), τα υπόλοιπα λογαριασμών, τις επενδύσεις, τα ασφαλιστήρια συμβόλαια, τις παροχές και συντάξεις μου (μας). **Παρακαλούμε συμπληρώστε την Ενότητα Α. Εάν δεν μπορείτε να υπογράψετε, μπορεί να υπογράψει για σας ένας εκπρόσωπός σας. Εάν σας βοήθησε κάποιος άλλος να συμπληρώσετε την αίτηση, τότε συμπληρώστε και την Ενότητα Β.**

ΕΝΟΤΗΤΑ Α

Η υπογραφή σας:	Ημερομηνία:	Αρ. τηλεφώνου: () —
Υπογραφή συζύγου:	Ημερομηνία:	
Ταχυδρομική διεύθυνση:	Αρ. διαμερίσματος:	
Πόλη:	Πολιτεία:	Ταχ. κώδικας:

Εάν έχετε αλλάξει την ταχυδρομική σας διεύθυνση εντός των τελευταίων τριών μηνών, γράψτε ένα **X** εδώ: ☐

Εάν θα προτιμούσατε να επικοινωνήσουμε με κάποιον άλλο σε περίπτωση που έχουμε επιπλέον ερωτήσεις, παρακαλούμε γράψτε το όνομα του προσώπου αυτού και τον αριθμό τηλεφώνου του (της).

Κύριο όνομα:	Επώνυμο:	Αρ. τηλεφώνου: () —
--------------	----------	---------------------------------

ΕΝΟΤΗΤΑ Β

Εάν βοηθήσατε κάποιον άλλο να συμπληρώσει αυτή την αίτηση, γράψτε ένα **X** στο τετραγωνάκι που περιγράφει ποιος (ποια), όπως και τον αριθμό τηλεφώνου και τη διεύθυνσή σας.

☐ Μέλος της οικογενείας	☐ Δικηγόρος	☐ Άλλος εκπρόσωπος	☐ Άλλο - Καθορίστε: _____
☐ Φίλος	☐ Υπηρεσία	☐ Κοινωνικός λειτουργός	_____

Κύριο όνομα:	Επώνυμο:	Αρ. τηλεφώνου: () —
Διεύθυνση:	Αρ. διαμερίσματος:	
Πόλη:	Πολιτεία	Ταχ. κώδικας:



Πράξη περί προσωπικού απορρήτου / Σημείωση περιορισμού γραφειοκρατίας

Η ενότητα 1860 D-14 της *Πράξης Κοινωνικής Ασφάλισης* εξουσιοδοτεί τη συλλογή πληροφοριών που αιτούνται μ' αυτό το έντυπο. Οι πληροφορίες που παρέχετε θα χρησιμοποιηθούν για να δώσουν τη δυνατότητα στην υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης να καθορίσει το εάν πιστοποιήστε για βοήθεια στην πληρωμή της συμμετοχής σας στο κόστος ενός προγράμματος συνταγογραφημένων φαρμάκων της Medicare. Δεν είναι υποχρεωτικό να μας παρέχετε τις αιτούμενες πληροφορίες. Ωστόσο, εάν δεν μας παρέχετε τις πληροφορίες, δεν θα είμαστε σε θέση να λάβουμε ακριβή και έγκαιρη απόφαση για την αίτησή σας. Μπορεί να παρέχουμε πληροφορίες που συλλέγονται μ' αυτό το έντυπο σε άλλη Ομοσπονδιακή, Πολιτειακή ή τοπική κρατική υπηρεσία για να μας βοηθήσει στον καθορισμό της πιστοποίησής σας για την πρόσθετη βοήθεια ή στην περίπτωση που ένας Ομοσπονδιακός νόμος απαιτεί την αποκάλυψη των εν λόγω πληροφοριών.

Μπορούμε επίσης να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες που μας παρέχετε για να συγκρίνουμε στοιχεία με τη χρήση υπολογιστή. Τα προγράμματα σύγκρισης θα συγκρίνουν τα στοιχεία μας με αυτά των Ομοσπονδιακών, Πολιτειακών, ή τοπικών κρατικών υπηρεσιών. Πολλές υπηρεσίες μπορεί να χρησιμοποιούν προγράμματα σύγκρισης για να διαπιστώσουν ή αποδείξουν ότι ένα πρόσωπο πιστοποιείται για παροχές που καταβάλλονται από την Ομοσπονδιακή κυβέρνηση. Ο νόμος μάς επιτρέπει να το κάνουμε αυτό ακόμα κι αν δεν συμφωνείτε. Εξηγήσεις σχετικά με αυτούς και άλλους λόγους για τους οποίους οι πληροφορίες που μας παρέχετε μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να παρασχεθούν, διατίθενται σε γραφεία της υπηρεσίας Κοινωνικής Ασφάλισης. Εάν επιθυμείτε να μάθετε περισσότερα γι' αυτό, επικοινωνήστε με οποιοδήποτε γραφείο της υπηρεσίας Κοινωνικής Ασφάλισης.

Δήλωση πράξης περιορισμού γραφειοκρατίας – Αυτή η συλλογή πληροφοριών ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του κώδικα 44 U.S.C. § 3507, όπως έχει τροποποιηθεί από την ενότητα 2 της *Πράξης περιορισμού γραφειοκρατίας του 1995*. Δεν χρειάζεται να απαντήσετε σ' αυτές τις ερωτήσεις εκτός εάν σας επιδείξουμε έγκυρο αριθμό ελέγχου του Γραφείου Διαχείρισης και Προϋπολογισμού (Office of Management and Budget). Υπολογίζουμε ότι θα χρειαστείτε περίπου 35 λεπτά για να διαβάσετε τις οδηγίες, να συλλέξετε τα δεδομένα και να απαντήσετε στις ερωτήσεις. Μπορείτε να μας στείλετε τα σχόλιά σας σχετικά με τον παραπάνω υπολογισμό χρόνου συμπλήρωσης της αίτησης στη διεύθυνση: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Στείλτε μόνο σχόλια που σχετίζονται με το χρόνο που υπολογίσαμε, σ' αυτή τη διεύθυνση και όχι το συμπληρωμένο έντυπο.**

**ΣΤΕΙΛΤΕ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΕ ΜΑΣ ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΥ
ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΟΝ ΠΡΟΕΚΤΥΠΩΜΕΝΟ ΦΑΚΕΛΟ:**

Social Security Administration

Wilkes-Barre Data Operations Center

P.O. Box 1020

Wilkes-Barre, PA 18767-9910