Urząd Ubezpieczeń Społecznych
Ważne informacje

**NINIEJSZA ULOTKA MA CHARAKTER WYŁĄCZNIE INFORMACYJNY.
PROSZĘ NIE WYPEŁNIAĆ KOLEJNYCH STRON.
NINIEJSZY ARKUSZ NIE JEST WNIOSKIEM.**

Z naszych danych wynika, że może Panu/Pani przysługiwać dodatkowa pomoc finansowa przeznaczona na zakup leków na receptę.

Wkrótce wchodzi w życie nowy program Leki na Receptę ubezpieczenia Medicare. Nowy program daje możliwość wyboru planów pokrywających, w rożnych formach, koszty lekarstw z przepisu lekarza.

Istnieje również możliwość otrzymania dodatkowej pomocy finansowej, przeciętnie w wysokości 2100 USD, przeznaczonej na opłacenie rocznych kosztów udziału własnego, składek ubezpieczeniowych i dopłat związanych z nowym programem Leki na Receptę ubezpieczenia Medicare.

Aby otrzymać pomoc, **proszę wypełnić wniosek, włożyć go do załączonej koperty i wysłać już dzisiaj**. Począwszy od 1 lipca 2005 r. wniosek będzie można wypełnić na stronie internetowej **www.socialsecurity.gov**. Po rozpatrzeniu wniosku, wyślemy list z informacją czy przysługuje Panu/Pani dodatkowa pomoc. Prześlemy również informacje dotyczące nowego programu Leki na Receptę ubezpieczenia Medicare z instrukcją, jak należy dalej postępować.

Jeżeli potrzebna będzie Panu/Pani pomoc przy wypełnianiu wniosku, prosimy zadzwonić do Urzędu Ubezpieczeń Społecznych pod numer **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Dalsze informacje można znaleźć na stronie internetowej **www.socialsecurity.gov**.

Aby uzyskać informacje o programie Leki na Receptę ubezpieczenia Medicare, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-MEDICARE (**TTY **1-877-486-2048)** lub wejść na stronę internetową **www.medicare.gov**.

Wysłanie wniosku, jeszcze dzisiaj, pozwoli nam szybciej podjąć decyzję w sprawie przyznania Panu/Pani dodatkowej pomocy.

.

Jo Anne B. Barnhart
Commissioner

Ogólna instrukcja dotycząca wypełniania wniosków o pomoc w pokryciu kosztów przez plan Medicare Leki na Receptę

SPECJALNA WIADOMOŚĆ DLA OSÓB MÓWIĄCYCH JEDYNIE PO POLSKU

Ponieważ zależy nam na jak najszybszym i jak najsprawniejszym rozpatrzeniu wniosków, posługujemy się formularzami wniosków, które mogą zostać odczytane jedynie przez komputer. Niestety nasze komputery nie są w stanie odczytać języka polskiego i konieczne jest wypełnienie tego wniosku w wersji angielskiej lub hiszpańskiej.

Niniejsza ulotka z instrukcjami została przetłumaczona na język polski w celu służenia Panu/Pani pomocą w zrozumieniu wniosku. Do wypełnienia wniosku trzeba jednak użyć formularza w języku angielskim lub hiszpańskim i odpowiedzieć na wszystkie zawarte w nim pytania. Prosimy pamiętać o podpisaniu wypełnionego wniosku.

NINIEJSZA ULOTKA Z INSTRUKCJAMI NIE JEST FORMULARZEM WNIOSKU.

Czy Pan/Pani (lub osoba, której pomaga Pan/Pani w wypełnieniu wniosku) posiada ubezpieczenie Medicare, otrzymuje płatności Dodatkowej Zapomogi Rządowej (SSI) lub posiada, jednocześnie, ubezpieczenia Medicare i Medicaid, a stan płaci za Pana/Panią składki Medicare?

Jeżeli odpowiedź brzmi **TAK, prosimy nie wypełniać wniosku, ponieważ dodatkowa pomoc zostanie przyznana automatycznie.** Wyślemy oddzielny list z informacjami, w jaki sposób otrzyma Pan/Pani dodatkową pomoc finansową. Jeżeli odpowiedź brzmi NIE lub TRUDNO POWIEDZIEĆ, prosimy wypełnić niniejszy wniosek. Przed przystąpieniem do wypełniania wniosku prosimy zapoznać się z poniższymi instrukcjami i wytycznymi. Prosimy odpowiedzieć na wszystkie pytania, chyba, że zaznaczono inaczej.

Jak wypełnić wniosek?

- Należy użyć **CZARNEGO TUSZU** lub **ołówka nr 2**;
- Cyfry, litery i znaki X należy wpisywać wewnątrz kratek;
- Przy wpisywaniu kwot pieniężnych nie należy używać znaku dolara. Znak dolara jest już wydrukowany;
- Centy można zaokrąglać do pełnych dolarów.

★ ***PRZYKŁAD:***

Wstawić X w kratce. NIE WYPEŁNIAĆ i nie zaznaczać kratek.

☒ ☑

PRAWIDŁOWO NIEPRAWIDŁOWO

Jeżeli pomaga Pan/Pani innej osobie w wypełnianiu tego wniosku

Prosimy odpowiadać na pytania tak, jakby ta osoba sama wypełniała wniosek. Konieczna będzie znajomość numeru ubezpieczenia społecznego oraz wiedza o finansach tej osoby. Prosimy również wypełnić część B na stronie 6.

Wypełnianie wniosku

Wniosek można wypełnić przez Internet na stronie **www.socialsecurity.gov** lub wysłać wypełniony i podpisany wniosek w załączonej, opłaconej kopercie z wydrukowanym adresem na adres:

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

Ogólna instrukcja dotycząca wypełniania wniosków o pomoc w pokryciu kosztów przez plan Medicare Leki na Receptę

Prosimy o odesłanie całego pakietu w załączonej kopercie, bez żadnych załączników. Jeżeli będą nam potrzebne dodatkowe informacje; np. zaświadczenia z instytucji finansowych, sami skontaktujemy się z Panem/Panią.

Aby uzyskać odpowiedzi na pytania lub otrzymać pomoc przy wypełnianiu tego wniosku
Może Pan/Pani zadzwonić pod bezpłatny numer **1-800-772-1213**. Osoby głuche lub słabo słyszące mogą dzwonić pod specjalny numer TTY, **1-800-325-0778**.

PROSIMY NIE WYPEŁNIAĆ. TO NIE JEST WNIOSEK.

Wniosek o pomoc w pokryciu kosztów przez program Leki na Receptę ubezpieczenia Medicare	
TEN FORMULARZ NIE JEST WPISEM DO PROGRAMU LEKI NA RECEPTĘ UBEZPIECZENIA MEDICARE.	

★ ***PRZYKŁAD:***
Wpisując odpowiedzi, proszę A | B | C | D **wielkich liter**

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami, wpisując każdą literę w oddzielnej kratce)

IMIĘ **1-SZA LITERA DRUGIEGO IMIENIA**

NAZWISKO **PRZYROSTEK (Jr, Sr, itp.)**

Numer ubezpieczenia społecznego wnioskodawcy

— —

★ *PRZYKŁAD NUMERU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH*

2. Jeżeli jest Pan/Pani kawalerem/panną, osobą rozwiedzioną, wdowcem/wdową lub Pana/Pani współmałżonka/k nie mieszka razem z Panem/Panią, prosimy pominąć to pytanie i przejść do pytania
Jeżeli jest Pan/Pani osobą żonatą/zamężną i mieszkacie Państwo razem, prosimy wstawić ☒ w odpowiedniej kratce w celu wyszczególnienia osób, składających wniosek:

Tylko Pan/Pani.

Pan/Pani oraz Pana/Pani współmałżonek jesteście oboje uczestnikami programu Medicare i oboje składacie ten wniosek.

W przypadku, gdy mieszkacie Państwo razem, a współmałżonka/k nie składają wniosku, należy nadal udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania i razem podpisać wniosek.

Imię i nazwisko współmałżonka (jeżeli jesteście Państwo małżeństwem i mieszkacie razem)

IMIĘ **1-SZA LITERA DRUGIEGO IMIENIA**

NAZWISKO **PRZYROSTEK (Jr, Sr, itp.)**

Numer ubezpieczenia społecznego współmałżonka

— —

3 Jeżeli jest Pan/Pani kawalerem/panną, wdowcem/wdową lub Pana/Pani współmałżonka/k nie mieszka razem z Panem/Panią — czy wartość Pana/Pani oszczędności, inwestycji i nieruchomości (z wyjątkiem domu) przekracza kwotę 11 500 USD? Jeżeli jesteście Państwo małżeństwem i mieszkacie razem — czy wartość tych zasobów przekracza sumę 23 000 USD? (Podane limity ulegną zwiększeniu po roku 2006.). Prosimy uwzględnić rzeczy będące Pana/Pani wyłączną własnością, własnością wspólną ze współmałżonką/m lub wspólną z inną osobą. **Prosimy o nie wyszczególnianie domu, w którym Państwo mieszkacie, używanych przez Państwa pojazdów, działek cmentarnych ani przedmiotów osobistego użytku.**

TAK **NIE** **TRUDNO POWIEDZIEĆ**

Jeżeli wstawił(a) Pan/Pani ☒ w kratce **TAK**, nie przysługuje Panu/Pani dodatkowa pomoc i nie musi Pan/Pani wypełniać dalszej części tego wniosku. Nadal jednak może Panu/Pani przysługiwać pomoc ze stanowej agencji Medicaid. Jeżeli jednak zależy Panu/Pani na otrzymaniu decyzji, prosimy wstawić ☒ w kratce **TRUDNO POWIEDZIEĆ**. Jeżeli wstawił(a) Pan/Pani ☒ w kratce **NIE** lub **TRUDNO POWIEDZIEĆ**, prosimy wypełnić wniosek do końca.

4. Prosimy, o wyszczególnienie w poniższych kratkach kwot pieniężnych posiadanych przez Pana/Panią lub wspólnie, (jeżeli jesteście Państwo mieszkającym razem małżeństwem), na kontach bankowych, w postaci inwestycji lub gotówki. Prosimy również wyszczególnić zasoby posiadane do spółki z inną osobą. (Prosimy podać kwoty w dolarach, bez numeru kont.) Jeżeli jesteście Państwo wspólnie zamieszkującym małżeństwem i nie posiadacie żadnej z wymienionych pozycji, indywidualnie, wspólnie lub do spółki z inną osobą — prosimy wstawić ☒ w kratce **BRAK** w odpowiednim wierszu.

• Konta bankowe (czekowe, oszczędnościowe oraz świadectwa lokaty terminowej – (CD))	☐ **BRAK**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Akcje, obligacje, bony oszczędnościowe, udziały w funduszach inwestycyjnych, indywidualne konta emerytalne lub inne podobne inwestycje	☐ **BRAK**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Gotówka przechowywana w domu lub w innym miejscu	☐ **BRAK**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

5. Czy Pan/Pani (lub Pana/Pani współmałżonka(k), jeżeli jesteście Państwo wspólnie zamieszkującym małżeństwem) posiada polisy ubezpieczeniowe na życie o łącznej wartości nominalnej 1500 USD lub więcej? Prosimy odpowiedzieć za siebie i za współmałżonkę(a), jeżeli mieszkacie Państwo razem. W przypadku odpowiedzi **NIE** zarówno za siebie, jak i za współmałżonkę(a), prosimy przejść do pytania 6.

PAN/PANI: ☐ **TAK** ☐ **NIE**

WSPÓŁMAŁŻONKA (K) (jeżeli mieszka z Panem/Panią): ☐ **TAK** ☐ **NIE**

Jeżeli odpowiedź udzielona za siebie lub za współmałżonkę(a) brzmi **TAK**, jaka jest wartość gotówkowa polisy ubezpieczeniowej? (Wartość ta różni się od wartości nominalnej i udzielenie odpowiedzi na to pytanie może wymagać skontaktowania się z firmą ubezpieczeniową.) Prosimy o wpisanie kwoty.

$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

6. Czy zamierza Pan/Pani przeznaczyć środki pochodzące z któregokolwiek ze źródeł, wymienionych w pytaniach 4 lub 5, na opłacenie kosztów swojego pogrzebu lub współmałżonki(a) (jeżeli jesteście Państwo małżeństwem i mieszkacie razem)?

PAN/PANI: ☐ **TAK** ☐ **NIE**

WSPÓŁMAŁŻONKA (K) (jeżeli mieszka z Panem/Panią): ☐ **TAK** ☐ **NIE**

7. Czy poza domem i działką, na której dom jest usytuowany, posiada Pan/Pani lub współmałżonka(k) jakieś inne nieruchomości? (Jeżeli jesteście Państwo małżeństwem i mieszkacie razem.)

☐ **TAK** ☐ **NIE**

8. Pana/Pani sytuacja życiowa może mieć wpływ na wysokość przysługującej Panu/Pani pomocy. Prosimy o podanie liczby krewnych zamieszkujących wspólnie z Państwem, (jeżeli jesteście Państwo razem mieszkającym małżeństwem), będących na Państwa utrzymaniu, których koszty utrzymania ponoszone przez Państwa wynoszą co najmniej połowę kosztów, które sami by musieli ponieść. Za krewnych uważane są osoby powiązane węzłami krwi, spokrewnione przez małżeństwo lub adopcję.
Ilu krewnym, mieszkającym wspólnie z Państwem, zapewniacie Państwo utrzymanie w wysokości co najmniej połowy kosztów, które by musieli ponieść sami? **Proszę nie wliczać siebie ani swojego współmałżonka(i).**
(Proszę wstawić znak ☒ tylko w jednej kratce.)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
BRAK	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9 lub więcej**

9. Jeżeli otrzymuje Pan/Pani (lub Pana/Pani współmałżonka(k)), dochody z niżej wymienionych źródeł, prosimy wpisać, w odpowiedniej rubryce, **łączny dochód miesięczny**. **Jeżeli dochód jest inny każdego miesiąca, prosimy wpisać średni miesięczny dochód z ostatniego roku**. Prosimy nie wymieniać zarobków, dochodów z pracy na własny rachunek, dochodów z odsetek, zasiłków społecznych, zwrotów kosztów leczenia ani płatności za opiekę w rodzinie zastępczej. Jeśli Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonka(k) nie otrzymujecie dochodów z danego źródła, prosimy wstawić ☒ w kratce **BRAK** w odpowiednim wierszu.

• Ubezpieczenie Społeczne	Użyjemy kwoty figurującej w naszych danych.	
• Emerytura kolejowa	☐ **BRAK**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Świadczenia weteranów	☐ **BRAK**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Inne emerytury lub renty (Prosimy nie wpisywać żadnego ze źródeł dochodów wymienionych w pytaniu nr 4.)	☐ **BRAK**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
Inny dochód nie wymieniony powyżej; w tym alimenty, dochody netto z wynajmu lokali, odszkodowania pracownicze (proszę wpisać): _____	☐ **BRAK**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

10. Czy któraś z sum wymienionych w pytaniu nr 9 uległa zmniejszeniu w ciągu ostatnich dwóch lat?

☐ **TAK** ☐ **NIE**

11. Czy ktokolwiek pomaga Panu/Pani (lub Pana/Pani współmałżonce(wi), jeżeli jesteście Państwo małżeństwem i mieszkacie razem) w pokrywaniu kosztów utrzymania domu, takich jak: wydatki na żywność, spłaty pożyczki na dom; opłaty czynszowe, opłaty za gaz, ogrzewanie, elektryczność, wodę lub podatki od nieruchomości? (Prosimy nie wymieniać bonów żywnościowych, kosztów napraw domowych, pomocy finansowej z agencji mieszkaniowej, z programu Pomocy Energetycznej, posiłków z programu Żywność na Kółkach ani pomocy w kosztach leczenia i zakupu leków.)

☐ **TAK** ☐ **NIE**

Jeżeli wstawił(a) Pan/Pani **x** w kratce **TAK**, proszę podać miesięczną kwotę. Jeżeli kwota zmienia się każdego miesiąca, proszę podać średnią kwotę miesięczną z ostatniego roku.

$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

- **Jeżeli jest Pan/Pani osobą samotną, rozwiedzioną, żyjącą w separacji lub wdowcem/wdową i nie pracował(a) Pan/Pani przez ostatnie dwa lata, prosimy o pominięcie pytań od 12 - 16 i przejście do strony 6.**
- **Jeżeli jest Pan/Pani osobą żonatą/zamężną, mieszka Pan/Pani ze współmałżonką(m) i żadne z Państwa nie pracowało w ciągu ostatnich dwóch lat, prosimy pominąć pytania od 12 – 16 i przejść do strony 6.**

12. Jakich zarobków przed opodatkowaniem spodziewa się Pan/Pani **w tym roku**?

PAN/PANI: ☐ **BRAK** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

WSPÓŁMAŁŻONKA (K) (jeżeli mieszkają Państwo razem): ☐ **BRAK** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

13. Jeżeli pracuje Pan/Pani na własny rachunek, jakich zysków lub strat netto spodziewa się Pan/Pani **w tym roku?**

PAN/PANI: ☐ **BRAK** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

WSPÓŁMAŁŻONKA (K) (jeżeli mieszkają Państwo razem): ☐ **BRAK** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

Proszę wstawić znak ☒ w tym miejscu, jeżeli Pan/Pani lub współmałżonka/k spodziewa się strat netto. **PAN/PANI:** ☐ **WSPÓŁMAŁŻONKA/K:** ☐ **(Jeżeli mieszkacie Państwo razem)**

14. Czy sumy podane w pytaniach 12 i 13 uległy zmniejszeniu w ciągu ostatnich dwóch lat?

☐ **TAK** ☐ **NIE**

15. Jeśli Pan/Pani (lub Pana/Pani współmałżonka/k, jeśli są Państwo małżeństwem i mieszkacie razem) przestał(a) ostatnio pracować lub zamierza przestać pracować, prosimy podać miesiąc i rok.

★ PRZYKŁAD:

Od stycznia do września wstawić zero (0) w pierwszej kratce. Maj 2006 powinien wyglądać

0 5 - 2 0 0 6
MM RRRR

WSPÓŁMAŁŻONKA (K): ☐☐ (MM) 2 0 ☐☐ (RRRR)
(jeżeli mieszkają Państwo razem) ☐☐ (MM) 2 0 ☐☐ (RRRR)

- **Jeżeli jest Pan/Pani osobą samotną, rozwiedzioną, żyjącą w separacji lub wdowcem/wdową, ma Pan/Pani 65 lat lub więcej, prosimy pominąć pytanie 16 i przejść do strony 6.**
- **Jeżeli jest Pan/Pani osobą żonatą/zamężną, mieszka Pan/Pani ze swoją współmałżonką/m i każde z Państwa ma 65 lat lub więcej, prosimy pominąć pytanie 16 i przejść do strony 6.**

16. Czy Pan/Pani (lub Pana/Pani współmałżonka/k, jeśli są Państwo małżeństwem i mieszkają razem) ma wydatki związane z umożliwieniem wykonywania pracy? Jeżeli Pan/Pani pracuje, jednocześnie pobierając świadczenia z Ubezpieczeń Społecznych z powodu niesprawności lub utraty wzroku i ma Pan/Pani nierefundowane wydatki związane z pracą, przy obliczaniu Pana/Pani dochodu tylko część, objętych limitem, zarobków będzie brana pod uwagę. Przykładami takich wydatków są: koszty leczenia oraz leków na AIDS, na raka, depresję lub padaczkę, koszty zakupu wózka inwalidzkiego, usług opieki osobistej, modyfikacji pojazdu, koszty wynajęcia kierowcy lub innych specjalnych potrzeb transportowych związanych z pracą, technologii pomagającej w wykonywaniu pracy, wydatków na psa-przewodnika, na pomoce w wyrabianiu zmysłu i wzroku oraz koszty tłumaczeń na język Braille'a.

PAN/PANI: ☐ **TAK** ☐ **NIE** **WSPÓŁMAŁŻONKA (K) (jeżeli mieszkają Państwo razem):** ☐ **TAK** ☐ **NIE**

PROSIMY NIE WYPEŁNIAĆ. TO NIE JEST WNIOSEK.

Podpisy

Niniejszym oświadczam/oświadczamy, w pełni świadom(a)/świadomi odpowiedzialności karnej za krzywoprzysięstwo, że wszystkie informacje zawarte w tym wniosku zostały przeze mnie/nas sprawdzone i, o ile mi/nam wiadomo, są zgodne z prawdą. Jestem/jesteśmy w pełni świadom(a)/świadomi, że każdy, kto celowo podaje fałszywe lub wprowadzające w błąd, istotne dla tego wniosku informacje; albo nakłania do tego inną osobę, popełnia przestępstwo i może podlegać karze pozbawienia wolności, nałożenia grzywny lub obydwom. Zdaję/zdajemy sobie sprawę, że Urząd Ubezpieczeń Społecznych sprawdzi podane przeze mnie/nas informacje i porówna je z informacjami będącymi w posiadaniu innych Agencji Rządu Federalnego, Stanowego i Miejscowego, łącznie z Urzędem Podatkowym, w celu podjęcia prawidłowej decyzji. Składając niniejszy wniosek, upoważniam/upoważniamy Urząd Ubezpieczeń Społecznych do pozyskania i ujawnienia informacji dotyczących mojego/naszych dochodu, innych zasobów finansowych, majątku krajowego i za granicą, zgodnie z obowiązującym prawem o ochronie prywatności. Informacje te mogą i nie tylko dotyczyć moich/naszych zarobków, stanu na kontach bankowych, inwestycji, polis ubezpieczeniowych, świadczeń i emerytur. **Proszę wypełnić część A. Jeżeli nie może Pan/Pani złożyć swojego podpisu, może to zrobić Pana/Pani przedstawiciel. Jeżeli inna osoba pomagała Panu/Pani w wypełnieniu tego wniosku, proszę również wypełnić część B.**

CZĘŚĆ A

Pana/Pani podpis:	Podpis współmałżonka:	Numer telefonu: (____) _____ - _____

Ulica:		Nr mieszkania:
Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:
Ulica: – do korespondencji, (jeżeli różni się od adresu domowego)		Nr mieszkania:
Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:

Jeżeli ostatnio zmieniał(a) Pan/Pani adres, proszę wstawić X:

Jeżeli woli Pan/Pani, abyśmy kontaktowali się z kimś innym w Pana/Pani imieniu, w razie dodatkowych pytań z naszej strony, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu, pod którym można ją zastać w ciągu dnia:

Imię (pismem drukowanym):	Nazwisko (pismem drukowanym):	Numer telefonu: (____) _____ - _____

CZĘŚĆ B

Jeżeli pomaga Pan/Pani innej osobie w wypełnieniu tego wniosku, prosimy o wstawienie ☒ w kratce informującej o tym, kim Pan/Pani jest, a także o podanie swojego adresu oraz numeru telefonu, pod którym można Pana/Panią zastać w ciągu dnia.

- ☐ Członek rodziny
- ☐ Prawnik
- ☐ Inny pełnomocnik
- ☐ Inny Podać:_____
- ☐ Przyjaciel _____
- ☐ Agencja
- ☐ Prac. Opieki Społecznej

Imię (pismem drukowanym):	Nazwisko (pismem drukowanym):	Numer telefonu: (____) _____ - _____
Ulica:		Nr mieszkania:

Miejscowość	Stan:	Kod pocztowy:

Prawo do zachowania prywatności / Ustawa dot. Ograniczenia Użytku Papierowych Formularzy

Artykuł 1860 D-14 Ustawy o Ubezpieczeniach Społecznych upoważnia do zebrania informacji zawartych w niniejszym wniosku. Podane informacje zostaną wykorzystane przez Urząd Ubezpieczeń Społecznych do orzeczenia, czy przysługuje Panu/Pani pomoc, w opłacaniu kosztów własnych, planu Medicare Lekarstwa na Receptę. Udzielenie tych informacji nie jest obowiązkowe. Jeżeli jednak nie otrzymamy od Pana/Pani wymaganych informacji, nie będziemy w stanie podjąć, prawidłowej i w terminie, decyzji w sprawie Pana/Pani wniosku. Informacje zebrane w tym wniosku mogą zostać przekazane innym agencjom rządowym, Rządu Federalnego, Stanowego czy Urzędu Miejskiego celem ustalenia, czy przysługuje Panu/Pani dodatkowa pomoc, lub, jeżeli jest to wymagane przez Prawo Federalne.

Udzielone informacje mogą również zostać wykorzystane do porównania danych za pomocą komputera. Komputerowe programy porównawcze pozwalają nam na porównanie danych będących w naszym posiadaniu z danymi będącymi w posiadaniu innych agencji rządu Federalnego, Stanowego i Urzędów Miejskich. Wiele agencji może wykorzystać programy porównawcze w celu stwierdzenia i udowodnienia, że dana osoba kwalifikuje się do płatności Rządu Federalnego. Prawo zezwala nam na podejmowanie tego typu działań nawet, jeżeli Pan/Pani nie wyraża na to zgody. Wyjaśnienia dotyczące tych i innych powodów, w których udzielone przez Pana/Panią informacje mogą zostać porównane i przekazane dalej, można uzyskać w biurach Urzędu Ubezpieczeń Społecznych. W celu uzyskania dokładniejszych informacji na ten temat, prosimy o skontaktowanie się z dowolnym biurem Urzędu Ubezpieczeń Społecznych.

Ustawa dot. Ograniczenia Użytku Papierowych Formularzy do przyjmowania wniosków spełnia wymagania ustawy 44 U.S.C. § 3507, łącznie z naniesioną poprawką, w artykule 2 Ustawy z 1995 Ograniczenia Użytku Papierowych Formularzy do przyjmowania wniosków. O ile nie wyświetli się ważny numer kontrolny Urzędu Zarządzania i Budżetu, nie ma Pan/Pani obowiązku udzielania odpowiedzi na pytania. Według naszych szacunkowych obliczeń, przeczytanie instrukcji, zebranie danych i udzielenie odpowiedzi na pytania powinno zająć około 35 minut. Uwagi dotyczące szacunkowych obliczeń czasowych można wysyłać na adres: Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. **Na ten adres prosimy wysyłać wyłącznie uwagi dotyczące szacunkowych obliczeń czasu, a nie wypełnione wnioski.**

WYPEŁNIONY WNIOSEK PROSIMY WYSŁAĆ NA ADRES UMIESZCZONY NA ZAŁĄCZONEJ KOPERCIE:

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