Administração da Segurança Social
Informações Importantes

ESSA FOLHA DE ROSTO É APENAS INFORMATIVO.
NÃO PREENCHA AS SEGUINTES PÁGINAS.
ISTO NÃO É UM REQUERIMENTO.

Nossos registros mostram que você poderá qualificar para obter ajuda adicional para pagamento dos seus medicamentos com receita médica.

Em breve, entrará em vigor um novo programa do Medicare para Custeio de Medicamentos com Receita Médica. O novo programa proporcionará a você uma opção de planos para receitas médicas que oferecem vários tipos de cobertura.

Você poderá obter auxílio adicional para pagar a franquia anual, os prêmios e *copayments* (pagamentos suplementares ao seguro de saúde) relativos ao novo programa Medicare para Custeio de Medicamentos com Receita Médica — cerca de US$2.100 em auxílio adicional em média.

Mas para que possamos ajudá-lo, **você deve preencher o formulário de requerimento, colocá-lo no envelope anexo e enviá-lo hoje pelo correio**. Ou pode preencher o formulário de requerimento on-line no site **www.socialsecurity.gov** a partir de 1º. de julho de 2005. Analisaremos seu requerimento e lhe enviaremos uma carta informando se você está qualificado para receber auxílio adicional. Enviaremos também informações sobre o programa Medicare para Custeio de Medicamentos com Receita Médica e lhe informaremos o que você deverá fazer em seguida.

Se precisar de ajuda para preencher o formulário de requerimento, entre em contato com a Segurança Social pelo telefone **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Você encontrará mais informações no site **www.socialsecurity.gov**.

Se precisar de informações sobre o novo programa Medicare para Custeio de Medicamentos com Receita Médica, ligue para 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048) ou visite o site **www.medicare.gov**.

Quanto mais rápido você enviar seu formulário de requerimento pelo correio, mais rápido informaremos se você está qualificado para receber o auxílio adicional.

Jo Anne B. Barnhart
Commissioner

Instruções Gerais para o Preenchimento do Requerimento de Auxílio do Medicare para Custeio de Medicamentos com Receita Médica

Para Fornecer Auxílio Adicional para as suas Despesas com Medicamentos

UM AVISO ESPECIAL AOS REQUERENTES QUE FALAM O IDIOMA (informar idioma do requerente)

Para que possamos processar os formulários de requerimento da maneira mais rápida e eficiente possível, estamos usando formulários de requerimento que podem ser processados por computadores. Infelizmente, nosso programa não reconhece o idioma português, portanto você precisará preencher uma versão do formulário de requerimento em inglês ou em espanhol.

Este formulário foi traduzido para o português para facilitar sua compreensão. Contudo, você necessitará digitar suas respostas para cada pergunta em um formulário de requerimento em inglês ou em espanhol. Não se esqueça de assinar o formulário de requerimento preenchido por você.

ESTA FOLHA DE INSTRUÇÕES NÃO É UM FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO.

Você, requerente (ou a pessoa que está lhe auxiliando no requerimento), possui Medicare e Supplemental Security Income (SSI - Seguro Suplementar para a Segurança Social)? Ou Medicare e Medicaid? Ou seu estado paga seus prêmios Medicare?

Se a resposta for **SIM, não preencha este formulário de requerimento, pois você receberá automaticamente o auxílio adicional**. Você receberá uma outra carta explicando como obterá o auxílio adicional. Se a resposta for NÃO ou NÃO TENHO CERTEZA, favor preencher este requerimento. Por gentileza, leia as seguintes instruções e diretivas antes de preencher este requerimento. Responda a todas as perguntas a menos que seja indicado o contrário.

Como preencher este requerimento

- Use **CANETA PRETA** ou **lápis nº. 2**;
- Mantenha os seus números, letras e Xs dentro dos quadrinhos;
- Não use o símbolo monetário do dólar ao digitar quantias em dinheiro.
  O símbolo monetário do dólar é pré-impresso; e
- Os centavos podem ser arredondados para o valor inteiro de dólar mais próximo.

★ *EXEMPLO :*

Marque um X no quadrinho. NÃO preencha nem tique os quadrinhos.

☒ ☑

CORRECTO INCORRECTO

Caso Você Esteja Ajudando Alguém a Preencher Este Requerimento

Responda às perguntas como se essa pessoa estivesse preenchendo o requerimento. Você deverá obter o número da Segurança Social além de informações financeiras dessa pessoa. Preencha também a Seção B na página 6.

Preenchendo Seu Requerimento

Você poderá preencher o requerimento on-line no site **www.socialsecurity.gov** ou usar o envelope selado e endereçado que segue anexo para enviar seu requerimento preenchido e assinado à:

Social Security Administration (Administração da Segurança Social)
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910

Devolva o pacote completo no envelope anexo. Não anexe quaisquer documentos ao requerimento. Se precisarmos de mais informações, como declarações de instituições financeiras, entraremos em contato com você.

Se Você Tiver Dúvidas Ou Precisar De Ajuda Para Preencher Este Requerimento

Entre em contato conosco gratuitamente pelo número **1-800-772-1213**, ou, caso você seja deficiente auditivo, ligue para nosso número TTY, **1-800-325-0778**.

NÃO PREENCHA. ISTO NÃO É UM REQUERIMENTO.

Requerimento de Auxílio Medicare para Custeio de Medicamentos com Receita Médica

ESSE DOCUMENTO NÃO IRÁ INCLUÍ-LO NO PROGRAMA MEDICARE PARA CUSTEIO DE MEDICAMENTOS COM RECEITA MÉDICA.

1. Nome do requerente
(Escreva em letras de imprensa cada letra em uma caixa separada.)

PRIMEIRO NOME **INICIAL(IS) DO NOME DO MEIO**

SOBRENOME **SUFIXO (Jr., Sr., etc.)**

Número do Seguro Social do Requerente

— —

★ *EXEMPLO:*
Usa letras maiúsculas **A|B|C|D** ao escrever as respostas

★ *EXEMPLE DO NÚMERO DE SEGURO SOCIAL*

— —

2. Se for solteiro(a), divorciado(a), viúvo(a) ou se o seu cônjuge não morar com si, pule para a pergunta 3. Se você for casado e morar com seu cônjuge, indique em uma das caixas abaixo quem está requerendo o auxílio:

☐ Apenas você está requerendo.

☐ Você e seu cônjuge possuem Medicare e\ ambos estão requerendo o auxílio neste requerimento.

Mesmo que seu cônjuge não esteja requerendo o auxílio, solicitamos que você responda a todas as perguntas e forneça ambas as assinaturas, se morarem na mesma residência.

Nome do cônjuge (se for casado e morarem juntos)

PRIMEIRO NOME **INICIAL(IS) DO NOME DO MEIO**

SOBRENOME **SUFIXO (Jr., Sr., etc.)**

Número do Seguro Social do Cônjuge

— —

3 Caso você seja solteiro(a), viúvo(a), ou se seu cônjuge não mora com você, suas economias, investimentos e imóveis (exceto sua residência) somam mais de US$ 11.500? Se você for casado e morar com seu cônjuge, seus bens valem mais de US$ 23.000? (Esses limites serão mais altos a partir de 2006.) Inclua seus bens individuais, bens compartilhados com seu cônjuge ou outra pessoa. **Não inclua a residência em que vive, veículos, terrenos em cemitérios ou pertences pessoais.**

☐ **SIM** ☐ **NÃO** ☐ **NÃO TENHO CERTEZA**

Se você marcar o quadro **SIM,** não poderá ser incluído no programa de auxílio adicional e não deverá preencher o restante do requerimento. Você ainda pode tentar obter o auxílio através da sua agência estadual Medicaid.

Contudo, para submeter-se a uma decisão, marque com um ☒ na caixa **NÃO TENHO CERTEZA.** Se você marcar com um ☒ a caixa **NÃO** ou **NÃO TENHO CERTEZA**, preencha o resto deste requerimento.

4. Por gentileza, digite as quantias em dinheiro das contas bancárias, investimento ou dinheiro em espécie tanto seu, do seu cônjuge (se casado ou se estiver vivendo junto) ou de ambos nas caixas abaixo. Inclua itens que você ou seu cônjuge possua com uma outra pessoa. (Inclua apenas os valores em dólares, não o número da conta.) Se você ou seu cônjuge (se forem casados e morarem juntos) não possuírem um item listado, seja separado ou conjuntamente ou com outra pessoa, marque com um ☒ a caixa NENHUM.

• Contas bancárias (conta comum, poupança e certificados de depósito)	☐ **NENHUM**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Ações, títulos, carteiras de poupança, fundos mútuos, contas de aposentadoria ou outros investimentos similares	☐ **NENHUM**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Qualquer outro dinheiro em espécie em casa ou em qualquer lugar	☐ **NENHUM**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

5. Você (ou seu cônjuge, se forem casados e morarem juntos), possui apólices de seguro de vida com um valor nominal total de US$ 1.500 ou mais? Responda por você e por seu cônjuge, se seu cônjuge morar com você. Se você respondeu **NÃO** tanto para você quanto para seu cônjuge, prossiga para a pergunta 6.

VOCÊ: ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

CÔNJUGE (se morarem juntos): ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Se a resposta tanto sua como de seu cônjuge for **SIM**, quanto você obteria em dinheiro se convertesse em espécie as apólices de seguro agora? (Este não é o valor nominal de suas apólices. Talvez você precise telefonar para a sua companhia de seguros para responder a essa pergunta.) Indica o valor.

$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

6. Você espera usar dinheiro de alguma das fontes listadas nas perguntas 4 ou 5 para pagar despesas de seu próprio funeral e enterro (ou de seu cônjuge, se forem casados e morarem juntos)?

VOCÊ: ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

CÔNJUGE (se morarem juntos): ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

7. Com exceção de sua casa e do terreno no qual ela está localizada, você (ou seu cônjuge, se forem casados e morarem juntos) possui algum imóvel próprio?

☐ **SIM** ☐ **NÃO**

8. Sua situação financeira pode afetar o valor do auxílio obtido. Portanto, precisamos saber, entre os parentes que moram com você (e seu cônjuge, se forem casados e morarem juntos), quantos dependem de você ou de seu cônjuge para fornecer pelo menos metade de seu suporte financeiro. Parentes incluem qualquer pessoa relacionada a você por consangüinidade, casamento ou adoção.

Quantos parentes que vivem com você e seu cônjuge dependem de você ou de sua esposa para fornecer pelo menos metade do seu suporte financeiro? **Não inclua a si mesmo ou seu cônjuge nesta conta.** (Marque um ☒ em apenas uma caixa.)

☐ **NENHUM** ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9 ou mais**

9. Se você (ou seu cônjuge, se forem casados e morarem juntos) obtiver renda de quaisquer das fontes listadas abaixo, informe a **renda mensal total. Se houver variação mensal na quantia, informe a renda mensal média do último ano de cada tipo nas** devidas caixas. Não inclua na lista salários e pró-labores de emprego como autônomo, receita de juros, assistência pública, reembolsos médicos ou pagamentos de assistência adoção aqui. Se você ou seu cônjuge não recebem renda de quaisquer das fontes listadas abaixo, marque um ☒ na caixa **NENHUM.**

• Segurança Social	Usaremos a quantia em nossos registros.	
• Aposentadoria da Setor Ferroviário	☐ **NENHUM**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Veteranos	☐ **NENHUM**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Outras pensões ou anuidades (Não inclua dinheiro que recebe de qualquer item incluído na pergunta 4.)	☐ **NENHUM**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Outra renda não listada acima, incluindo pensão alimentícia, renda líquida de aluguel, indenização trabalhista (Especifique):_____ _____	☐ **NENHUM**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

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

☐ **SIM** ☐ **NÃO**

11. Alguém paga ou ajuda você a pagar (ou seu cônjuge, se casado e vivendo junto) qualquer das seguintes despesas domésticas na sua casa — alimentação, financiamento da casa própria, aluguel, combustível ou gás para aquecimento, eletricidade, água e impostos territoriais sobre a propriedade? (Não inclua tíquetes-refeição, reparos domésticos, ajuda de uma agência de moradia ou programa de assistência de energia, programas de auxílio alimentício como o *Meals on Wheels* (Refeições sobre Rodas), ou auxílio com tratamento médico e medicamentos.)

☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Se marcou um ☒ na caixa **SIM**, digite a quantia mensal ou se a quantia muda mensalmente, digite a média mensal durante o ano anterior. $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

NÃO PREENCHA. ISTO NÃO É UM REQUERIMENTO.

- **Se for solteiro, divorciado, separado ou viúvo(a) e não trabalhou nos últimos dois anos, pule as perguntas 12 – 16 e prossiga para a página 6.**
- **Se for casado e morando com seu cônjuge e nenhum de vocês trabalhou nos últimos dois anos, pule as perguntas 12 – 16 e prossiga para a página 6.**

12. Quanto você espera ganhar como salário líquido antes dos impostos **neste ano?**

VOCÊ: ☐ **NENHUM** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

CÔNJUGE (se morarem juntos): ☐ **NENHUM** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

13. Se for autônomo, quanto você acredita que serão seus ganhos ou lucro líquido **neste ano**?

VOCÊ: ☐ **NENHUM** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

CÔNJUGE (se morarem juntos): ☐ **NENHUM** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

Marque um ☒ aqui, caso você ou seu cônjuge contem com uma perda líquida.

VOCÊ: ☐ **CÔNJUGE (se morarem juntos):** ☐

14. As quantias que você incluiu nas perguntas 12 ou 13 diminuiram nos dois últimos anos?

☐ **SIM** ☐ **NÃO**

15. Se você (ou seu cônjuge, se forem casados e morarem juntos), parou recentemente de trabalhar ou planeja parar de trabalhar, digite o mês e ano.

★ *EXEMPLO:*

De Janeiro – Setembro, coloque um zero (0) no primeiro quadrinho. Maio de 2006 deve estar marcado assim: 0 5 - 2 0 0 6 (MM AAAA)

VOCÊ: ☐☐ (MM) 2 0 ☐☐ (AAAA)

CÔNJUGE: ☐☐ (MM) 2 0 ☐☐ (AAAA)

(se morarem juntos)

- **Se você for solteiro(a), divorciado(a), separado(a) ou viúvo(a) e tiver 65 anos ou mais, pule a pergunta 16 e vá para a página 6.**
- **Se você for casado e morar com seu cônjuge e os dois tiverem 65 anos ou mais, pule a pergunta 16 e vá para a página 6.**

16. Você (ou seu cônjuge, se forem casados e morarem juntos), precisa financiar itens para viabilizar seu trabalho? Consideraremos apenas uma parte de seus ganhos até o limite de renda, caso você trabalhe e receba benefícios da Segurança Social relacionados à incapacidade ou cegueira e tenha despesas relacionadas ao trabalho pelas quais não é reembolsado. Exemplos desses tipos de despesas: custo com tratamento médico e remédios para AIDS, câncer, depressão ou epilepsia; cadeira de rodas, serviços de assistentes diretos; modificações em veículos, assistência direcionada ou outras necessidades de transporte relacionadas ao trabalho; tecnologia assistida relacionada ao trabalho, despesas para guia de cães e recursos sensores e visuais; e traduções em Braille.

VOCÊ: ☐ **SIM** ☐ **NÃO** **CÔNJUGE (se morarem juntos):** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

NÃO PREENCHA. ISTO NÃO É UM REQUERIMENTO.

Assinaturas

Eu(Nós) entendo que ao enviar este requerimento estou(estamos) declarando sob pena de perjúrio que eu(nós) examinei (examinamos) todas as informações sobre este formulário e é verdade e correto para o melhor de meu(nosso) conhecimento. Eu(Nós) entendo (entendemos) que qualquer um que forneça intencionalmente uma declaração falsa ou confusa sobre um fato material desta informação ou leve alguém a fazê-lo, está cometendo um crime e pode ser enviado para a prisão ou pode enfrentar outros tipos de punições, ou ambos. Eu(Nós) entendo (entendemos) que a Administração da Segurança Social (SSA) verificará minha (nossas) declarações e comparará seus registros com os de órgãos governamentais locais, incluindo a Secretaria da Receita Federal, para certificar-se de que a determinação esteja correta. Ao enviar este requerimento, eu (nós) estamos autorizando a SSA a obter e divulgar informações relacionadas à minha (nossa) renda, recursos e ativos, estrangeiros e domésticos, consistentes com a leis privadas aplicáveis. Essas informações podem incluir, entre outras, dados sobre meu (nosso) salário, saldos bancários, investimentos, apólices de seguro, benefícios e pensões.
Preencha a Seção A. Caso você não possa assinar, um representante pode assinar por você. Se alguém o ajudou, preencha a Seção B também.

SEÇÃO A

Sua assinatura:	Assinatura de seu cônjuge:	Número do telefone: (____) _____ - _____
Endereço (rua, avenida):		Apto. #:
Cidade:	Estado:	CEP:
Endereço para correspondência (Se for diferente do endereço residencial):		Apto. #:
Cidade:	Estado:	CEP:

Caso tenha mudado recentemente de endereço, marque um ☒ aqui: ☐

Se você preferir que contatemos outra pessoa para tirar eventuais dúvidas, forneça o nome da pessoa e o número do telefone durante o dia.

Primeiro Nome:	Sobrenome:	Número do telefone: (____) _____ - _____

SEÇÃO B

Se estiver ajudando alguém mais, coloque um ☒ na caixa que descreve quem você é e forneça seu número telefônico durante o dia e seu endereço.

☐ Membro da família ☐ Procurador ☐ Advogado ☐ Outro Especifique:_____ _____

☐ Amigo ☐ Representante ☐ Assistente social

Primeiro Nome:	Sobrenome:	Número do telefone: (____) _____ - _____
Endereço (rua, avenida):		Apto. #:
Cidade:	Estado:	CEP:

Lei da Privacidade / Aviso de Redução de Documentação

A Seção 1860 D-14 da *Legislação da Segurança Social* autoriza a coleta de informações solicitadas neste formulário. As informações fornecidas serão usadas de modo que a Administração da Segurança Social possa determinar se você está qualificado para ajudar a pagar sua parte nos custos de um Plano de Medicamentos com Receita Médica do Medicare. Você não é obrigado a nos fornecer as informações solicitadas. Contudo, se não fornecê-las, não teremos como fazer uma avaliação precisa e adequada de seu requerimento. É possível que forneçamos as informações coletadas neste formulário para outros órgãos do governo federal, estadual ou municipal para que nos ajudem a avaliar a sua qualificação para a obtenção de auxílio adicional ou se uma legislação federal exigir a liberação das informações.

Podemos também usar as informações fornecidas durante a comparação de registros no computador. Programas compatíveis comparam nossos registros com aqueles dos órgãos do governo federal, estadual ou municipal. Muitos órgãos usam programas compatíveis para descobrir ou provar se uma pessoa está qualificada para receber benefícios pagos pelo governo federal. A legislação nos autoriza a fazer isso mesmo que o requerente não esteja de acordo. As explicações sobre esses e outros motivos pelos quais as informações fornecidas pelo requerente podem ser usadas ou distribuídas podem ser encontradas nos escritórios da Segurança Social. Para obter mais informações sobre essa questão, entre em contato com um posto da Segurança Social.

Declaração da Lei de Redução da Burocracia — Essa coleta de informações atende aos requisitos da lei 44 U.S.C. § 3507, de acordo com a emenda da Seção 2 da *Lei de Redução da Burocracia de 1995 (*"Paperwork Reduction Act of 1995"). Você não precisa responder a essas perguntas, a menos que apresentemos um número de controle da Secretaria de Administração e Orçamento. Estimamos que você irá gastar cerca de 35 minutos para ler as instruções, reunir os fatos e responder às perguntas. Você pode enviar comentários sobre essa estimativa de tempo acima mencionada para: Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. **Para esse endereço SOMENTE deverão ser enviados comentários sobre nossa estimativa de tempo. Favor NÃO enviar o formulário preenchido.**

ENVIAR O FORMULÁRIO PREENCHIDO PARA O ENDEREÇO APRESENTADO NO ENVELOPE PRÉ-ENDEREÇADO ANEXO:

Social Security Administration (Administração da Segurança Social)
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910