

사회보장국 중요 정보



이 표지 서신은 안내만을 목적으로 합니다. 아래 페이지들을 작성하지 마십시오. 이것은 신청서가 아닙니다.

귀하는 처방약 구입에 대한 추가 지원을 받으실 수도 있습니다.

메디케어 처방약품(Medicare Prescription Drug) 프로그램으로 귀하는 다양한 보장을 제공하는 처방약 플랜들을 선택하실 수 있게 되었습니다. 또, 귀하는 메디케어 처방약품 프로그램과 관련해 지불해야 할 월보험료, 연간 세금 공제 및 본인부담금에 대해 추가 지원을 받으실 수 있습니다.

그러나 저희가 귀하를 도와 드리려면, 귀하께서 오늘 바로 신청서를 작성하여 동봉된 봉투에 넣어 우편으로 보내 주셔야 합니다. 또는 www.socialsecurity.gov 에서 온라인 신청서를 작성하셔도 됩니다. 저희가 귀하의 신청서를 검토하여 귀하께 추가 지원의 자격 여부를 알려 드리는 편지를 보내드릴 것입니다. 추가 지원을 받으시려면, 반드시 메디케어 처방약 플랜에 가입해야 합니다.

신청서 작성에 관해 도움이 필요하시면, 1-800-772-1213 (청각장애인 전화 1-800-325-0778)번으로 사회보장국에 전화를 주십시오. www.socialsecurity.gov 에서 보다 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

또 귀하는 메디케어 절약 프로그램(Medicare Savings Program)에 따른 기타 메디케어 비용을 거주하시는 주 당국에서 지원받을 수 있습니다. 이 양식을 작성하시면, 귀하는 메디케어 절약 프로그램 신청과정을 시작하게 됩니다. 귀하께서 본 양식의 질문 15에서 거절로 응답하신 경우를 제외하면, 저희가 귀하께서 거주하는 주 당국에 정보를 보내면 주 당국에서는 귀하에게 연락하여 메디케어 절약 프로그램 신청을 도와드릴 것입니다.

메디케어 절약 프로그램, 메디케어 처방약 플랜, 또는 플랜 가입 방법에 대한 정보가 필요하시면, 1-800-MEDICARE (청각장애인 전화 1-877-486-2048)로 전화하시거나 www.medicare.gov 를 방문해 주십시오. 또 귀하는 주에서 운영하는 주 건강보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program: SHIP)에 연락하는 방법에 대한 안내를 요청하실 수 있습니다. SHIP에서는 메디케어 관련 질문에 대해 도움을 드립니다.

오늘 우편으로 신청서를 보내 주십시오.

Michael J. Astrue
국장

메디케어 처방약 플랜 비용 추가 지원 신청서 작성을 위한 일반 지시사항



귀하께서 제3자의 신청서 작성을 돕고 계시다면

원래 신청자가 신청서를 작성하는 것처럼 질문에 답해 주십시오. 반드시 해당 신청자의 사회보장번호와 금융 정보를 알고 있어야 합니다. 그리고, 6페이지에 있는 섹션 B도 작성해 주십시오.

귀하는 메디케어와 생활보조금(SSI) 또는 메디케어와 메디케이드 혜택을 받고 있습니까?

예라고 답하셨으면, 귀하는 자동으로 추가 지원을 받게 되므로 이 신청서를 작성하지 마십시오.

귀하는 메디케어 절약 프로그램에 가입되어 있으며 거주하는 주의 메디케이드 프로그램에서 귀하의 메디케이드 보험료를 납부하고 있습니까?

예라고 대답하셨으면, 거주하는 주의 메디케이드 사무소(Medicaid office)에 연락해 더 자세히 알아 보십시오. 귀하는 자동으로 추가 지원을 받을 수 있으며 이 신청서를 작성할 필요가 없을지도 모릅니다.

이 신청서 작성 요령

- 검은색 잉크만 사용하십시오;
- 네모 칸 안에 숫자, 문자, X표를 하고, 대문자만 사용하십시오
- 신청에 대한 의견을 추가로 기입하지 마십시오
- 금액을 기입할 때 달러 기호를 사용하지 마십시오
- 센트는 가장 가까운 달러로 반올림하십시오

사 례

해당 칸에 X표를 하십시오. 칸 안에 체크 표시를 하거나 칠하지 마십시오.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
올바름	잘못됨	잘못됨

예

문자를 기입할 때는 대문자를 사용하십시오

A	B	C	D
---	---	---	---

신청서 작성

www.socialsecurity.gov에서 온라인 신청서를 작성하거나, 작성과 서명이 완료된 신청서를 수취인이 기입된 요금 완납된 반송용 봉투에 넣어 다음 주소로 보내 주셔도 됩니다.

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

이 신청서 패키지를 동봉된 봉투에 넣어 보내 주십시오. 봉투 속에 그 밖의 내용물은 넣지 마십시오. 더 자세한 정보가 필요한 경우에는, 저희가 귀하께 연락드립니다.

주: 신청하시려면, 귀하는 반드시 50개 주 또는 컬럼비아 특별구에 거주하고 계셔야 합니다.

의문사항이 있으시거나 이 신청서 작성에 도움이 필요하신 경우

무료 번호인 1-800-772-1213번으로 저희에게 전화하시면 됩니다. 또는 청각 장애인이나 난청자인 경우는 저희 청각 장애인용 전화 번호, 1-800-325-0778로 전화하셔도 됩니다.



메디케어 처방약 플랜 비용 추가 지원 신청서

이것은 추가지원에 대한 신청서이며 메디케어 처방약 플랜 가입을 위한 신청서는 아닙니다.

1. 신청인의 성명: 귀하의 성명을 **사회보장 카드에 명시된 그대로** 기입하십시오. 한 칸에 한 글자씩 기입하십시오.

이름

중간 이름 이니셜

성

접미어(Jr., Sr. 등)

신청인의 사회보장번호

신청인의 생년월일(월월-일일-년년년년)

2. 귀하가 기혼자이며 배우자와 같이 사는 경우, 배우자의 사회보장 카드에 명시된 다음 정보를 기입하십시오. 귀하가 현재 미혼이거나, 배우자와 같이 살지 않거나 배우자가 사망한 경우에는, 3번 질문으로 건너뛰고 이 신청서에는 배우자에 대한 내용은 기입하지 마십시오.

이름

중간 이름 이니셜

성

접미어(Jr., Sr. 등)

신청인의 사회보장번호

신청인의 생년월일(월월-일일-년년년년)

배우자가 메디케어에 가입한 경우, 배우자는 추가 지원 신청을 희망하고 있습니까?

 예

 아니오

3. 귀하가 배우자와 결혼해 함께 살고 있는 경우, 귀하는 \$25,260을 초과하는 예금, 투자 및 부동산을 소유하고 있습니까? 귀하가 미혼이거나 배우자와 같이 살지 않는 경우, 예금, 투자 및 부동산의 가치가 \$12,640을 초과합니까? 귀하가 거주하는 주택, 차량, 개인소유물, 묘지 (burial plot), 취소불능 매장약정(irrevocable burial contract) 또는 사회보장국이나 SSI 에서 받은 환급금(back payment)은 포함시키지 마십시오.

 예

예 칸에 표를 했다면, 귀하는 추가 지원 신청 자격이 없습니다. 하지만, 주 당국에서는 주의 메디케어 절약 프로그램을 통해 귀하의 메디케어 비용을 지원해 드릴 수도 있습니다. 메디케어 절약 프로그램 신청을 시작하시려면, 6 페이지로 건너뛰어서, 신청서에 서명한 후 저희에게 반송해 주십시오. 메디케어 절약 프로그램이 필요없으시면, 5 페이지의 질문 15로 건너 뛰십시오.

 아니오 또는 잘 모르겠습니다

아니오 또는 잘 모르겠습니다 칸에 표를 했다면, 나머지 부분을 작성하여 저희에게 반송해 주십시오.

아니오 또는 잘 모르겠습니다 칸에 표를 했다면, 나머지 부분을 작성하여 저희에게 반송해 주십시오.



질문 3의 아니오 또는 잘 모르겠습니다 칸에 표를 했다면, 나머지 질문에 전부 답해 주십시오. 귀하가 기혼자이며 배우자와 함께 살고 있다면, 반드시 두 사람 다 모든 질문에 답하셔야 합니다.

4. 귀하나 귀하의 배우자(결혼하여 같이 사는 경우) 중 어느 한 사람 또는 두 사람 모두 소유하고 있는 은행 계좌, 투자나 현금의 금액을 아래 칸에 기재하십시오. 두 사람 중 한 사람이 다른 사람과 함께 소유하고 있는 항목이 있다면, 같이 기재하십시오. 계좌 번호는 쓰지 말고, 달러 금액만 기재하십시오. 귀하나 귀하의 배우자가 단독으로든 다른 사람과 공동으로든 위에 열거된 항목을 소유하고 있지 않다면, **없음** 칸에 표를 하십시오. 지난 10 개월간 사회보장국 또는 SSI에서 받은 환급금은 포함시키지 마십시오.

• 모든 은행계좌의 총 합계(당좌예금, 저축 및 예금 증서)	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 주식, 채권, 저축 채권, 뮤추얼 펀드, 개인퇴직연금(IRA) 또는 기타 투자의 총 합계	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 집이나 기타 장소에 보관해 둔 현금	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. 질문 4 에 열거된 출처의 일부 금액으로 장례식이나 매장비를 충당할 생각입니까?

‘예’라고 답했으면, 질문 6으로 건너 뛰십시오.

아니오로 답했으면, 아니오 칸에 표한 다음, 질문 6으로 가십시오.

귀하: 아니오 배우자: 아니오

6. 귀하의 집과 집이 위치한 토지를 제외하고, 귀하 또는 귀 배우자(결혼해서 같이 사는 경우) 소유의 기타 부동산이 있습니까? 기타 부동산의 예는 주택과는 별개인 귀하 소유의 여름 별장(summer homes), 임대용 자산(rental properties) 또는 미개발 토지 등입니다..

예 아니오

7. 귀하가 기혼자인 경우 배우자는 제외하고, 귀하나 귀 배우자에게 재정 지원의 반 이상을 의존하면서 같이 살고 있는 친척은 몇 명입니까? 혈연, 혼인 및 입양 관계의 친척들을 포함시키십시오.

칸 하나에만 표를 하십시오. 입력하는 인원 수에 귀하나 배우자는 포함시키지 마십시오. 귀하의 가족이 본인 또는 본인과 배우자 뿐일 경우에는, **없음** 칸에 표하십시오.

없음 1 2 3 4 5 6 7 8 9 이상



8. 귀하나 배우자(결혼해서 같이 사는 경우)가 아래 열거된 임의의 재원으로부터 얻는 소득이 있는 경우, 두 사람 다 반드시 아래 질문에 답하셔야 합니다. 귀하가 매달 받는 총액을 기입하십시오. 금액이 매달 바뀌거나 매달 받지 않는 경우에는, 해당되는 칸에 전년도에 받았던 평균 월 소득을 종류별로 기입하십시오. 급료, 자영업소득, 이자소득, 공적지원, 의료상환금 또는 입양자녀 양육 급여 등은 여기에 기입하지 마십시오. 귀하나 귀 배우자가 아래에 열거된 임의의 재원으로부터 얻는 소득이 없다면, **없음** 칸에 표를 하십시오.

		월 급여액
• 사회보장 급여 (공제전)	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 철도 은퇴 연금 (공제전)	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 재향군인 급여 (공제전)	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 기타 연금 (공제전). 귀하가 질문 4에 포함시킨 임의의 항목으로부터 얻는 금액은 포함시키지 마십시오.	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 위자료, 순 임대소득, 노동자 재해 보상금, 민간보험사 및 주에서 지급하는 장애인 지급금 등을 포함하여 위에 열거되지 않은 기타 소득. (구체적으로 명시): _____	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. 8번 질문에 포함된 금액 중에 지난 2년 동안 감소된 것이 있습니까?

예 아니오

귀하가 지난 2년간 근로 활동을 했다면, 10-14번 질문에 답해야 합니다. 귀하가 결혼하여 배우자와 같이 살고 있으며 두 사람 중 어느 한 사람이 지난 2년간 근로 활동을 했다면, 10-14번 질문에 답해야 합니다. 그 외 경우에는, 질문 15로 건너 뛰십시오.

10. 올해 세전 및 공제 전 소득은 얼마로 예상됩니까?

귀하: 없음 \$, .

배우자: 없음 \$, .



11. 자영업자인 경우 올해 예상되는 순 수익은 얼마입니까?

자영업자가 아니라면 **없음** 칸에 표 하고 질문 12로 가십시오.

귀하: **없음** \$, .

배우자: **없음** \$, .

귀하나 귀 배우자가 순 손실을 예상하고 있다면 다음 박스에 표를 하십시오.



귀하: 배우자:

12. 지난 2년간 10번 또는 11번 질문에 포함된 금액이 감소하였습니까?

예 아니오

13. 귀하나 귀하의 배우자가, 2010년이나 2011년에 근로 활동을 중단했거나 2011년 또는 2012년에 근로 활동을 중단할 계획이면, 그 연도와 월을 기입하십시오.



사례
1월부터 9월까지의 첫번째 칸에 영(0)을 기입하십시오. 2010년 5월은 다음과 같이 표기합니다.

0 5 2 0 1 0
월 월 년 년 년 년

귀하:

월 월 년 년 년 년

배우자:

월 월 년 년 년 년

귀하가 65세 미만이면, 14번 질문에 답하십시오. 귀하가 결혼하여 배우자와 같이 살고, 두 사람 중 어느 한 사람이 65세 미만이라면, 14번 질문에 답하십시오. 그 외 경우에는, 질문 15로 건너 뛰십시오.

14. 귀하 또는 귀 배우자에게 근로 활동을 하기 위해 지출해야 하는 돈이 있습니까? 귀하가 근로 활동을 하고 있지만 장애나 시각 장애에 근거하여 사회보장 급여를 받고 있고, 상환받을 수 없는 근로 활동 관련 비용 소요가 있는 경우, 저희는 소득 한도에 대하여 귀하의 임금의 일부만을 고려할 것입니다. 그러한 비용의 예는 다음과 같습니다 - AIDS, 암, 우울증이나 간질병에 대한 치료비와 약값, 휠체어 비용, 개인 간병인 서비스, 차량 개조, 운전기사 지원 또는 기타 특수한 근로 관련 교통비, 근로 관련 보조 기술, 맹인 안내견 비용, 감각 및 시각 보조기구, 점자 번역 서비스.

귀하: 예 아니오

배우자: 예 아니오

15. 메디케어 절약 프로그램에 대한 안내: 귀하는 메디케어 절약 프로그램에 따른 메디케어 비용을 거주하는 주 당국에서 지원받을 수 있습니다. 귀하가 메디케어 절약 프로그램을 신청할 수 있도록, 사회보장국에서는, 귀하가 미리 거절하지 않으면, 이 양식에 포함된 정보를 귀하가 거주하는 주의 당국으로 보내 드립니다. 귀하가 메디케어 절약 프로그램의 지원을 원하는 경우, 이 질문에 답하지 마십시오. 신청서에 서명하고 날짜만 기입하면 주 당국에서 귀하에게 연락할 것입니다.

메디케어 절약 프로그램을 신청할 생각이 없으시면, 아래 칸에 표시하십시오.

아니오, 정보를 주 당국에 보내지 마십시오.



서명 중요 정보 - 주의해서 읽어 주십시오

저/저희는 사회보장국(SSA)이 올바른 판정을 내리기 위하여 저/저희의 진술을 확인하고 그 기록을 국세청(IRS)을 포함한 연방, 주, 지역 정부 기관의 기록과 비교할 것임을 이해합니다.

저/저희가 이 신청서를 제출하는 것은, 적용 가능한 개인 사행할 보호법에 따라 SSA에 저/저희의 국내외 소득, 재원, 자산과 관련된 정보를 입수하고 공개할 수 있는 권한을 부여하는 것입니다. 이 정보에는 저/저희의 급여, 은행 잔고, 투자, 사회보장 급여 및 연금 등이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

저/저희가 질문 15에서 “아니오”로 답한 경우를 제외하고, 저/저희는 메디케어 절약 프로그램 신청과정 개시를 위해 위에 열거된 재정 정보 및 기타 저/저희 파일에 있는 개인 식별 가능한 정보 (저/저희 성명, 생년월일, 성별 및 사회보장번호)를 주 당국에 공개할 권한을 SSA에 허락합니다.

저/저희는 이 신청서를 제출함으로써, 저/저희는 이 양식의 모든 내용을 검토하였고 기재한 내용은 저/저희가 아는 한에서는 모두 사실이며 틀림이 없음을, 위증 처벌법에 의거해 명백하게 밝힙니다.

섹션 A를 작성하여 주십시오. 귀하가 서명할 수 없으면, 대리인이 대신 서명해도 됩니다. 제3자의 도움을 받은 경우에는, 섹션 B도 함께 작성해 주십시오.

섹션 A

귀하의 서명:	날짜:	전화 번호: () -
배우자의 서명:	날짜:	
귀하의 우편 주소:	아파트 호수:	
아파트 호수:	주:	우편 번호:

최근 3개월 이내에 주소지가 변경되었다면, 이곳에 X표를 하십시오. ■

귀하게 추가 질문을 해야 하는 경우 본인이 아닌 제 3자에게 연락해 주기를 원하시면, 연락받을 사람의 이름과 연락 가능한 전화번호를 기입해 주십시오.

이름(정자체로):	성(정자체로):	전화 번호: () -
-----------	----------	-----------------

섹션 B

제3자에게 도움을 받은 경우, 해당되는 칸에 표시하고 아래에 필요한 나머지 정보를 기입하십시오.

<input type="checkbox"/> 가족	<input type="checkbox"/> 변호사	<input type="checkbox"/> 기타 법정대리인	<input type="checkbox"/> 기타 구체적 명사: _____
<input type="checkbox"/> 친구	<input type="checkbox"/> 대행기관	<input type="checkbox"/> 사회복지사	_____

이름(정자체로):	성(정자체로):	전화번호: () -
주소:	아파트 호수:	
도시:	주:	우편번호:



개인정보 보호법 / 문서업무 축소법에 대한 안내

사회보장법의 섹션 1860 D-14는 본 양식에 요구된 정보의 수집을 허락하고 있습니다. 귀하가 제공하는 정보는 사회보장국(SSA)에서, 귀하가 메디케어 처방약 플랜에 대한 비용을 지불하는 데 지원을 받을 수 있는지 판정할 수 있도록 하기 위해 사용됩니다. 귀하는 요청된 정보를 저희에게 반드시 제출하셔야 할 의무는 없습니다. 하지만, 그 정보를 제출하지 않을 경우, 저희는 귀하의 신청서에 대해 정확하고 시기적절한 판정을 내릴 수 없습니다. 저희는 추가 지원에 대한 귀하의 최초 또는 연속된 자격 여부 판정에 도움을 받기 위하여, 또는 연방법에 따라 정보 공개가 요구될 경우, 다른 연방/주/지방 정부 기관에 이 양식에 수집된 정보를 제공할 수 있습니다. 또 SSA 에서 기타 SSA 프로그램들에 대한 귀하의 자격 여부를 판정해야 하는 경우, 저희는 해당 정보를 이와 같은 SSA 프로그램과 공유해야 할 수 있습니다.

또한 우리는 컴퓨터로 기록을 대조할 때에도 귀하가 제공한 정보를 사용할 수 있습니다. 대조 프로그램으로 저희 기록과 연방/주/지방 정부 기관의 기록을 비교합니다. 연방 정부가 지급하는 급여 수혜 적격자를 찾아 내거나 그러한 사실을 증명하기 원하는 기관이 있다면, 이 대조 프로그램을 사용할 수 있습니다. 귀하가 동의하지 않아도 사회보장국은 법률에 따라 귀하의 정보를 사용할 수 있습니다. 귀하가 사회보장국에 제공한 정보가 사용되거나 공개되어야 하는 여러 가지 이유에 대한 설명 자료는 사회보장 사무소 어느 곳에서나 구할 수 있습니다. 여기에 대해 더 자세하게 알고 싶다면, 사회보장국 사무소에 연락하십시오.

문서업무 축소법에 대한 내용 — 본 정보 수집은 1995년 문서업무 축소법의 섹션 2에 의해 개정된 44 U.S.C. § 3507의 요건을 충족합니다. 귀하는 저희가 행정 관리 예산국 (Office of Management and Budget)의 유효한 관리 번호를 제시하지 않는 한 이러한 질문에 답하실 필요가 없습니다. 귀하가 지시사항을 읽고 사실을 취합하여 질문에 답하는 데는 30분 정도가 걸릴 것으로 예상됩니다. 예상 소요시간에 대하여 이견이 있다면 SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401로 의견을 보내실 수 있습니다. 이 주소로는 예상 소요 시간과 관련된 의견만을 보내 주십시오. 작성된 양식은 이곳으로 보내지 마십시오.

작성된 양식은 동봉된 반송용 봉투에 기입된 아래 주소로 보내 주십시오:

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