

Administração da Previdência Social

Informações importantes



**ESTA CARTA DE APRESENTAÇÃO TEM FINS APENAS
INFORMATIVOS. NÃO PREENCHA AS PÁGINAS SEGUINTEs.
ESTE DOCUMENTO NÃO É UMA SOLICITAÇÃO.**

Você pode se qualificar para obter ajuda complementar para o pagamento de medicamentos sujeitos a receita médica.

O programa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica da Medicare permite-lhe escolher entre vários planos que oferecem vários tipos de cobertura. Além disso, você poderá obter ajuda complementar para o pagamento dos prêmios mensais, franquias anuais e contribuições relativas ao programa de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica da Medicare.

Mas, para que possamos ajudá-lo, **você deve preencher esta solicitação, colocá-la no envelope anexo e enviá-la pelo correio ainda hoje.** Alternativamente, poderá preenchê-la on-line, no site www.socialsecurity.gov. A sua solicitação será analisada e enviaremos uma carta à sua atenção para informá-lo se você se qualifica para a ajuda complementar. Para se beneficiar da ajuda complementar, é necessário fazer a inscrição em um plano de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica da Medicare.

Se precisar de ajuda para preencher a solicitação, ligue para a Previdência Social pelo número **1 800 772-1213** (TTY **1 800 325-0778**). Mais informações podem ser encontradas no site www.socialsecurity.gov.

Você também poderá obter ajuda do seu estado sobre outros custos Medicare nos Programas de Economia da Medicare (Savings Programs). Ao preencher este formulário, você dará início ao processo de inclusão em um Programa de Economia da Medicare.

Enviaremos as informações ao seu estado, que entrará em contato para ajudá-lo a solicitar inclusão em um Programa de Economia da Medicare, a não ser que você nos instrua a não fazê-lo, ao responder a pergunta 15 deste formulário.

Se precisar de informações sobre os Programas de Economia da Medicare, planos de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica da Medicare ou sobre como se inscrever em um plano, ligue para **1 800 MEDICARE** (TTY **1 877 486-2048**) ou visite o site www.medicare.gov. Você também pode solicitar informações sobre como entrar em contato com o Programa Estadual de Assistência de Seguro-saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). O SHIP oferece ajuda para as suas dúvidas sobre a Medicare.

Envie a sua solicitação pelo correio ainda hoje.

Michael J. Astrue
Encarregado



Instruções gerais para o preenchimento da solicitação de ajuda complementar para custos do Plano de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica da Medicare

Se você estiver ajudando alguém a preencher esta solicitação _____

Responda as perguntas como se fosse a pessoa que precisa preenchê-la. Você precisa saber o número da Previdência Social (Social Security) e informações financeiras dessa pessoa. Além disso, preencha a seção B, na página 6.

Tem rendimento de previdência complementar (Supplemental Security Income, SSI) e Medicare ou Medicare e Medicaid?

Se a resposta for **SIM**, não preencha esta solicitação, pois você receberá a ajuda complementar automaticamente.

O programa Medicaid do seu estado paga os seus prêmios da Medicare porque você pertence a um programa de economia da Medicare?

Se a resposta for **SIM**, você deverá entrar em contato com o escritório da Medicaid do seu estado para obter mais informações. Você poderá obter a ajuda complementar automaticamente e talvez não precise preencher esta solicitação.

Como preencher esta solicitação _____

- Use apenas **CANETA PRETA**.
- **Mantenha os seus números, letras e Xs dentro dos campos; escreva apenas em maiúsculas.**
- Não acrescente nenhum comentário manuscrito na solicitação.
- Não use o símbolo do dólar ao mencionar valores monetários.
- Os centavos de dólar podem ser arredondados para o valor inteiro mais próximo.

EXEMPLO

Marque um X na opção. **NÃO** preencha nem use marcas de verificação nas opções.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CORRETO	INCORRETO

EXEMPLO

Use letras maiúsculas para assinalar as respostas

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

Preenchimento da sua solicitação _____

Você pode preencher a solicitação on-line no site www.socialsecurity.gov ou usar o envelope anexo, selado e pré-endereçado, para devolver a sua solicitação preenchida e assinada para:

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

Devolva esta solicitação no envelope anexo. Não inclua nada mais no envelope. Se precisarmos de mais informações, entraremos em contato com você.

OBS.: para se qualificar, você deve morar em um dos 50 estados ou no Distrito de Colúmbia.

Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda para preencher esta solicitação _____

Ligue para o nosso número de telefone gratuito **1 800 772-1213** ou, se você for surdo ou deficiente auditivo, ligue para o nosso número TTY, **1 800 325-0778**.



<p>Pedido de ajuda complementar para custos do Plano de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica da Medicare</p>	
<p>ESTA É UMA SOLICITAÇÃO DE AJUDA COMPLEMENTAR E NÃO O INSCREVE EM UM PLANO DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A RECEITA MÉDICA DA MEDICARE.</p>	

1. Nome do requerente: escreva em letra de forma **como impresso no cartão da Previdência Social**. Use uma caixa para cada letra.

--	--

NOME

Inicial do nome do meio

--	--

SOBRENOME

TRATAMENTO (Sr., Sra., etc.)

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

N.º DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DO REQUERENTE

DATA DE NASCIMENTO DO REQUERENTE (DD-MM-AAAA)

2. Se você for **casado e morar com o cônjuge**, forneça as informações seguintes, **conforme impressas no cartão da Previdência Social do seu cônjuge**. Se não for casado, não morar com o cônjuge ou for viúvo, passe para a pergunta 3 e não inclua nenhuma informação sobre o seu cônjuge nesta solicitação.

--	--

NOME

Inicial do nome do meio

--	--

SOBRENOME

TRATAMENTO (Sr., Sra., etc.)

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

N.º DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DO REQUERENTE

DATA DE NASCIMENTO DO REQUERENTE (DD-MM-AAAA)

Se o seu cônjuge tiver Medicare, ele ou ela deseja solicitar a ajuda complementar? **SIM** **NÃO**

3. Se você for **casado e morar com o cônjuge**, tem poupança, investimentos ou imóveis em valor superior a US\$ 25.260? Se não for casado ou não morar com o cônjuge, esse valor é superior a US\$ 12.640? **NÃO inclua a casa em que mora, veículos, bens pessoais, sepulturas, contratos irrevogáveis com funerárias ou reembolsos da Previdência Social ou do SSI.**

SIM

Se marcar um na opção **SIM**, você não se qualificará para a ajuda complementar. Contudo, o seu estado poderá ajudá-lo com os custos de Medicare por intermédio dos respectivos Programas de Economia da Medicare. Para dar início ao processo de inclusão em Programas de Economia da Medicare, passe para a página 6, assine esta solicitação e envie-na para nós. Se você não estiver interessado nos Programas de Economia da Medicare, passe para a pergunta 15, na página 5.

NÃO ou NÃO TENHO CERTEZA

Se marcar um na opção **NÃO ou NÃO TENHO CERTEZA**, preencha o restante desta solicitação para devolvê-la para nós.



Se, na pergunta 3, você marcou um na opção NÃO ou NÃO TENHO CERTEZA, responda todas as perguntas a seguir. Se for casado e morar com o cônjuge, responda todas as perguntas, para ambos.

4. Informe abaixo os valores monetários em todas as contas bancárias, investimentos ou dinheiro que você, o seu cônjuge, se forem casado e morarem juntos, ou que ambos possuam. Inclua também itens que cada um de vocês possua com outra pessoa. Inclua apenas os valores e não números de contas. Se você ou o seu cônjuge não possuir nenhum dos itens listados, sozinho ou com outra pessoa, marque um na opção NADA. NÃO inclua reembolsos da Previdência Social ou SSI recebidos nos últimos dez meses.

• Total agregado de todas as contas bancárias (conta corrente, poupança e certificados de depósito)	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Total agregado de todas as ações, títulos, obrigações de poupança, fundos mútuos, contas de aposentadoria ou outros investimentos semelhantes	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Qualquer outro valor em dinheiro em casa ou qualquer outro lugar	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <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. Alguns dos valores dos recursos mencionados na pergunta 4 serão usados para o pagamento de despesas com funeral ou enterro?

Se SIM, passe para a pergunta 6.

Se NÃO, marque um na opção NÃO, depois passe para a pergunta 6.

VOCÊ: NÃO CÔNJUGE: NÃO

6. Além da casa e do terreno no qual está construída, você ou o seu cônjuge, se casados e morando juntos, possuem outro imóvel? Exemplos de outro imóvel são casas de verão, propriedades de aluguel ou terreno não incorporado da sua propriedade, independentes da sua casa.

SIM NÃO

7. Sem incluir o seu cônjuge, se for casado, quantos familiares moram na sua casa e recebem de você ou do seu cônjuge pelo menos metade do sustento financeiro? Consideramos parentes as pessoas com vínculo sanguíneo, por casamento ou adoção.

Marque um em apenas uma opção. Não inclua o seu cônjuge nem a si mesmo. Se a sua família compreender apenas você e o seu cônjuge, marque um na opção NENHUM.

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



8. Se você ou o seu cônjuge, se casados e morando juntos, receber **rendimentos** de qualquer das fontes mencionadas abaixo, as perguntas devem ser respondidas para ambos. Informe o valor total que recebe mensalmente. **Se o valor mensal for variável ou se os pagamentos não forem mensais, informe o rendimento médio mensal referente ao ano passado para cada tipo** nos respectivos campos. Não mencione ordenados e rendimentos de trabalho autônomo, receita de juros, ajuda pública, reembolsos médicos ou pagamentos de acolhimento familiar. Se você ou o seu cônjuge não receber rendimentos de nenhuma das fontes mencionadas abaixo, marque um na opção **NADA** da respectiva fonte.

		Rendimento mensal
• Benefícios da Previdência Social – valor bruto	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Benefícios de aposentadoria do setor ferroviário – valor bruto	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Benefícios recebidos por veteranos de guerras – valor bruto	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Outras pensões e anuidades – valor bruto . Não inclua valores recebidos de qualquer item incluído na pergunta 4.	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Outros rendimentos não mencionados acima, inclusive pensão alimentícia, rendimento líquido de alugueis, pagamentos por acidentes do trabalho, invalidez paga pelo governo ou fonte privada, etc. (Especificar): _____	<input type="checkbox"/> NADA	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. Algum dos valores incluídos na pergunta 8 diminuíram nos últimos dois anos?

SIM **NÃO**

Se você trabalhou nos últimos dois anos, precisará responder as perguntas 10 a 14. Se você for casado e viver com o seu cônjuge, e se algum um de vocês trabalhou nos últimos dois anos, precisará responder as perguntas 10 a 14. Caso contrário, passe para a pergunta 15.

10. O que você espera receber em salários (valor bruto) **neste ano?**

VOCÊ: **NADA** \$, .

CÔNJUGE: **NADA** \$, .



11. O que você espera ter como rendimentos líquidos de trabalho autônomo **neste ano**?

Marque um na opção **NADA** se você não for trabalhador autônomo e passe para a pergunta 12.

VOCÊ: NADA \$, .

CÔNJUGE: NADA \$, .

Marque um nas opções caso você ou o seu cônjuge espere ter prejuízo líquido.



VOCÊ: CÔNJUGE:

12. Alguns dos valores incluídos nas perguntas 10 ou 11 diminuíram nos últimos dois anos?

SIM NÃO

13. Se você ou o seu cônjuge parou de trabalhar em 2010 ou 2011, ou tem planos de parar de trabalhar em 2011 ou 2012, informe o mês e ano.

VOCÊ: 2 0

MM AAAA

CÔNJUGE: 2 0

MM AAAA

EXEMPLO

Para janeiro a setembro, marque zero (0) no primeiro campo. Maio de 2010 deverá ser:

0 5 2 0 1 0
MM AAAA

Se você ainda não completou 65 anos, responda a pergunta 14. Se você for casado e morar com o cônjuge, e se cada um de vocês ainda não completou 65 anos, continue na pergunta 14. Caso contrário, pule para a pergunta 15.

14. Você ou o seu cônjuge precisa pagar por itens para poder trabalhar? Caso trabalhe e receba benefícios da Previdência Social devido à deficiência ou cegueira, e se você tiver despesas relativas ao trabalho pelas quais não recebe reembolso, contaremos apenas uma parte dos seus salários contra o limite de rendimento. Exemplos dessas despesas são: custo de tratamento médico e medicamentos para AIDS, câncer, depressão ou epilepsia, cadeira de rodas, serviços de atendimento pessoal, adaptações em veículos, auxílio de motorista ou outras necessidades especiais de transporte relativas ao trabalho, tecnologia auxiliar relativa ao trabalho, despesas com cão-guia, dispositivos sensoriais ou visuais e traduções em Braille.

VOCÊ: SIM NÃO

CÔNJUGE: SIM NÃO

15. **Informações sobre Programas de Economia da Medicare:** você também poderá obter ajuda do seu estado sobre outros custos Medicare dos Programas de Economia da Medicare. Para dar início ao seu processo de inclusão em Programas de Economia da Medicare, a Previdência Social encaminhará informações deste formulário para o seu estado, a não ser que você nos instrua a não fazê-lo. **Se você quiser a ajuda dos Programas de Economia da Medicare, não responda esta pergunta. Apenas assine e date a solicitação e o seu estado entrará em contato com você.**

Se **não** estiver interessado em se inscrever nos Programas de Economia da Medicare, marque um na opção abaixo.

Não, não envie as informações ao estado.



Assinaturas

INFORMAÇÃO IMPORTANTE – LEIA COM ATENÇÃO

Eu/nós entendemos que a Administração da Previdência Social (Social Security Administration, SSA) verificará os meus/nossos extratos e fará comparações dos seus registros com aqueles mantidos pelos governos federal, estadual e agências governamentais locais, inclusive a Receita Federal (Internal Revenue Service, IRS) para confirmar se a determinação está correta.

Ao encaminhar esta solicitação, eu/nós autorizamos a SSA a obter e divulgar informações relativas aos meus/nossos rendimentos, recursos e bens, no país ou no exterior, em conformidade com as leis de privacidade vigentes. Essas informações podem incluir, entre outras, dados sobre os meus/nossos ordenados, saldos em contas, investimentos, benefícios e pensões.

A não ser que eu/nós tenhamos respondido “Não” na pergunta 15, eu/nós autorizamos a SSA a divulgar ao estado as informações financeiras mencionadas acima e outras informações que possam me identificar pessoalmente do meu/nosso arquivo, como o meu/nosso(s) nome(s), data de nascimento, sexo e número(s) da previdência social para dar início ao processo de inclusão nos Programas de Economia da Medicare.

Eu/nós declaramos, sob pena de perjúrio, que examinamos todas as informações deste formulário e que são verdadeiras e exatas, salvo melhor crença e juízo da minha/nossa parte.

Preencha a seção A. Se você não puder assinar, um representante assinará por você. Se alguém o tiver ajudado, complete também a seção B.

Seção A

Sua assinatura:	Data:	N.º de telefone: () —
Assinatura do cônjuge:	Data:	
Seu e-mail:		Apt.º N.º:
Cidade:	Estado:	Código postal:

Se o seu endereço de correspondência mudou nos últimos três meses, marque um aqui:

Se preferir que entremos em contato com outra pessoa, caso sejam necessários esclarecimentos adicionais, informe o nome da pessoa e o telefone para contato durante o dia.

Nome em letra de forma:	Sobrenome em letra de forma:	N.º de telefone: () —
-------------------------	------------------------------	---------------------------------

Seção B

Se alguém o ajudou, marque um na opção que descreve a pessoa e forneça o restante das informações solicitadas abaixo:

<input type="checkbox"/> Membro da família	<input type="checkbox"/> Procurador	<input type="checkbox"/> Outro advogado	<input type="checkbox"/> Outro (especificar): _____
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agência	<input type="checkbox"/> Assistente social	_____

Nome em letra de forma:	Sobrenome em letra de forma:	N.º de telefone: () —
Endereço:		N.º do apt.º:
Cidade:	Estado:	Código postal:



Leis de privacidade e redução de documentos

A seção 1860 D-14 da Lei da Previdência Social autoriza a coleta de informações solicitadas neste formulário. As informações que você fornecer serão usadas para dar subsídios à SSA (Social Security Administration) para que esta determine se você se qualifica para receber auxílio de pagamento da sua parte do custo de um Plano de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica da Medicare. Você não é obrigado a nos fornecer as informações solicitadas. Entretanto, se não o fizer, estaremos impossibilitados de tomar uma decisão precisa e oportuna sobre a sua solicitação. Poderemos fornecer as informações coletadas neste formulário a outra agência governamental federal, estadual ou municipal para que nos ajude a determinar a sua qualificação inicial ou continuada para a ajuda complementar ou caso qualquer legislação federal exija a divulgação das informações. Talvez também tenhamos de compartilhar informações com outros programas da SSA, caso esta precise determinar a sua qualificação nesses programas.

Além disso, talvez também tenhamos de usar as informações que você nos fornecer para cruzar registros por computador. Os programas que fazem isso comparam os nossos registros com os de agências governamentais federais, estaduais ou municipais. Muitas agências podem usar esses programas para localizar ou comprovar que a pessoa está qualificada para receber os benefícios pagos pelo governo federal. A legislação nos permite fazer isso, ainda que você não concorde. As explicações sobre estes e outros motivos pelos quais as informações que você nos fornecer podem ser usadas ou divulgadas estão disponíveis nos escritórios da Previdência Social. Se desejar saber mais sobre este tópico, entre em contato com o escritório da Previdência Social.

Declaração sobre a Lei de redução de documentos – Esta coleta de informações cumpre as exigências do título 44 do U.S.C., parágrafo 3507, conforme revisado pela seção 2 da Lei de redução de documentos de 1995. Se não for exibido um número de controle válido do escritório da Secretaria da administração e orçamento (Office of Management and Budget), você não precisará responder estas perguntas. Estimamos que ler as instruções, coletar os dados e responder as perguntas levará cerca de 30 minutos. Você poderá enviar comentários sobre esta estimativa de tempo para: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Para este endereço, você deve encaminhar apenas os seus comentários sobre a estimativa de tempo e não o formulário preenchido.**

ENCAMINHE O FORMULÁRIO PREENCHIDO PARA O ENDEREÇO INDICADO NO ENVELOPE ANEXO, SELADO E PRÉ-ENDEREÇADO:

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