

# Administración del Seguro Social

## Información importante



**ESTA CARTA ES SÓLO PARA SU INFORMACIÓN.  
NO LLENE LAS PÁGINAS SIGUIENTES.  
ESTO NO ES UNA SOLICITUD.**

**Nuestros registros indican que usted podría tener derecho a recibir un beneficio adicional para pagar sus gastos de recetas médicas.**

Pronto entrará en vigor un nuevo programa de Recetas Médicas de Medicare. El nuevo programa ofrecerá distintos planes de recetas médicas con varias opciones de cobertura.

Usted podría recibir un beneficio adicional para ayudar a pagar el deducible anual, las primas y los copagos relacionados al nuevo programa de Recetas Médicas de Medicare que vale un promedio de \$2,100.

Antes que podamos ayudarle, **debe llenar la solicitud y enviarla hoy mismo por correo en el sobre adjunto.** También tiene la opción de llenar una solicitud en línea en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov) (sólo se ofrece en inglés). Revisaremos su solicitud y le enviaremos una carta notificándole si tiene derecho a un beneficio adicional. También enviaremos información sobre el programa de Recetas Médicas de Medicare e instrucciones sobre el próximo paso que debe tomar.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud, llame al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Para informarse mejor visite [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov).

Si necesita información sobre el nuevo programa de Recetas Médicas de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048) o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Si envía su solicitud por correo hoy mismo, le podremos decir más rápidamente si tiene derecho al beneficio adicional.

Jo Anne B. Barnhart  
Comisionada

# Instrucciones para llenar la solicitud para recibir ayuda con los gastos de los planes de Recetas Médicas de Medicare



*Le provee ayuda adicional para pagar sus gastos de recetas médicas*

**¿Tiene usted (o la persona por la cual solicita) Medicare y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o Medicare y Medicaid o el estado donde vive paga sus primas de Medicare?**



Si la respuesta es **SÍ**, **no llene esta solicitud ya que usted recibirá el beneficio adicional automáticamente.** Usted recibirá otra carta explicando cómo recibirá el beneficio adicional. Si la respuesta es **NO** o **NO ESTOY SEGURO**, favor de llenar esta solicitud. Por favor, lea las siguientes instrucciones y procedimientos antes de llenar esta solicitud. Conteste todas las preguntas a menos que se le indique lo contrario.

## Cómo llenar esta solicitud

- Use **TINTA NEGRA** o un **lápiz #2**;
- Mantenga sus números, letras y X dentro de los encasillados;
- Cuando escriba una cantidad de dinero, no escriba el signo de dólar. El signo de dólar ya está impreso en la solicitud; y
- Redondee los centavos a dólares.

**EJEMPLO**

**Ponga una X en el encasillado. NO llene los encasillados ni use marcas de cotejo.**

	
<b>CORRECTO</b>	<b>INCORRECTO</b>

## Si usted está ayudando a otra persona con esta solicitud

Conteste las preguntas como si fuera esa persona. Usted debe saber el número de Seguro Social y los datos financieros de la persona. También debe llenar la Sección B en la página 6.

## Para llenar su solicitud

Usted puede llenar su solicitud en línea en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov) (sólo se ofrece en inglés) o llenar y firmar esta solicitud y devolverla por correo en el sobre franqueado adjunto a:

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

Devuelva el paquete completo en el sobre adjunto. No incluya anexos. Si necesitamos más información, tal como estados de cuentas de instituciones financieras, nos comunicaremos con usted.

## Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud

Nos puede llamar a nuestro número gratis, **1-800-772-1213**, o si tiene problemas auditivos, puede llamar a nuestro número TTY, **1-800-325-0778**.



**ESTA SOLICITUD NO ES UNA INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE RECETAS MÉDICAS DE MEDICARE.**

Página 2



**NO LLENE ESTA PÁGINA. ESTO NO ES UNA SOLICITUD.**

4. Por favor indique el valor total (cantidad monetaria) de las cuentas bancarias, inversiones o dinero en efectivo que usted, su cónyuge (si están casados y viven juntos) o ambos poseen en los siguientes encasillados. Incluya los artículos que cualquiera de los dos poseen con otra persona. (Incluya sólo las cantidades de dólares, no provea sus números de cuenta.) Si usted o su cónyuge (si están casados y viven juntos) no poseen ninguno de los artículos mencionados, ya sea solo, juntos o con otra persona, escriba una ☒ en el encasillado de **NINGUNO**.

• Cuentas bancarias (cheques, ahorros y certificados de depósito)	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Acciones, bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos, Cuenta de Retiro Individual (IRA) u otras inversiones similares	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Cualquier otro dinero en efectivo en la casa u otro lugar	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. ¿Posee usted (o su cónyuge, si están casados y viven juntos) pólizas de seguro de vida con un valor nominal total mayor de \$1,500? Si vive con su cónyuge conteste para ambos. Si contestó **NO** para ambos, pase a la pregunta número 6.

USTED: ☐ **SÍ** ☐ **NO**

SU CÓNYUGE (si viven juntos): ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuánto dinero recibirá si cambia su(s) póliza(s) de seguro por dinero ahora mismo? Indique la cantidad. Si usted y su cónyuge contestaron **SÍ**, indique la cantidad combinada. (No nos referimos al valor nominal de la(s) póliza(s). Es posible que tenga que llamar a su compañía de seguros para que le ayuden con esta pregunta.)

\$   ,    .

6. ¿Usted espera usar dinero de alguna de las fuentes antes mencionadas en las preguntas número 4 ó 5 para pagar los gastos fúnebres o de entierro de usted (o su cónyuge, si están casados y viven juntos)?

USTED: ☐ **SÍ** ☐ **NO**

SU CÓNYUGE (si viven juntos): ☐ **SÍ** ☐ **NO**

7. Además de su hogar y la propiedad donde se encuentra, ¿usted (o su cónyuge, si están casados y viven juntos) posee bienes raíces?

☐ **SÍ** ☐ **NO**



**NO LLENE ESTA PÁGINA. ESTO NO ES UNA SOLICITUD.**

8. Su arreglo de vivienda podría afectar la cantidad de ayuda que usted puede recibir. Por lo tanto, necesitamos saber cuántos de los familiares que viven consigo (y su cónyuge, si están casados y viven juntos) reciben por lo menos la mitad de su sustento financiero de parte de usted o su cónyuge. Esto incluye a las personas con parentesco por sangre, matrimonio o adopción.

¿Cuántos de los familiares que viven consigo y su cónyuge reciben por lo menos la mitad de su sustento financiero de parte de usted o su cónyuge? **No se incluya a sí mismo ni a su cónyuge.** (Sólo escriba una ☒ en uno de los encasillados.)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
**NINGUNO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 o más**

9. Si usted (o su cónyuge, si están casados y viven juntos) recibe ingresos de una de las fuentes mencionadas a continuación, por favor indique el **ingreso mensual total**. Si la cantidad cambia de mes a mes, indique el **ingreso mensual promedio del año pasado para cada fuente** en los encasillados correspondientes. No anote salarios ni ingresos de trabajo por cuenta propia, intereses, ayuda pública, reembolsos médicos o pagos por Cuidado de Crianza (en inglés, “Foster Care”) en estos encasillados. Si usted o su cónyuge no reciben ingresos de una fuente mencionada a continuación, escriba una ☒ en el encasillado de **NINGUNO**.

• Seguro Social	Usaremos la cantidad en nuestros registros.	
• Retiro Ferroviario	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Veteranos	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Otras pensiones o anualidades (No incluya dinero de los artículos que ya incluyó en la pregunta 4.)	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Otro ingreso no mencionado anteriormente, incluya pensión alimenticia, ingreso neto de alquiler, compensación de trabajadores, etc. (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

10. En los últimos dos años, ¿han disminuido alguna de las cantidades que incluyó en la pregunta número 9?

☐ **SÍ** ☐ **NO**

11. ¿Alguien le provee o le ayuda a usted (o a su cónyuge, si están casados y viven juntos) a pagar por algunos de los siguientes gastos del hogar—comida, hipoteca, alquiler, gas o combustible para la calefacción, electricidad, agua e impuestos de propiedad? (No incluya cupones de alimento, reparaciones al hogar, ayuda de una agencia de vivienda, programa de asistencia de energía, Alimentos a Domicilios (en inglés, Meals on Wheels) o ayuda con tratamientos médicos o medicamentos.)

☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si escribe una ☒ en el encasillado de **SÍ**, indique la cantidad mensual que recibe. Si no es una cantidad fija, indique el promedio mensual del año pasado.

\$   ,    .



**NO LLENE ESTA PÁGINA. ESTO NO ES UNA SOLICITUD.**

- Si usted es soltero(a), divorciado(a), separado(a) o viudo(a) y no trabajó en los últimos dos años, no conteste las preguntas números 12 – 16 y pase a la página 6.
- Si usted está casado y vive con su cónyuge y ninguno de los dos trabajó en los últimos dos años, no conteste las preguntas números 12 – 16 y pase a la página 6.

12. ¿Cuánto espera ganar en salarios durante este año, antes que le deduzcan los impuestos?

USTED:  NINGUNO \$  ,  .

SU CÓNYUGE (si viven juntos):  NINGUNO \$  ,  .

13. Si usted trabaja por cuenta propia, ¿cuánto espera que sean sus ingresos o pérdidas netas durante este año?

USTED:  NINGUNO \$  ,  .

SU CÓNYUGE (si viven juntos):  NINGUNO \$  ,  .

Escriba una ☒ aquí si usted o su cónyuge espera una pérdida neta.

USTED:  SU CÓNYUGE (si viven juntos):

14. En los últimos dos años, ¿han disminuido las cantidades que incluyó en las preguntas número 12 ó 13?

SÍ  NO

15. Si usted (o su cónyuge, si están casados y viven juntos) dejó de trabajar recientemente o piensa dejar de trabajar, indique el mes y el año.

**EJEMPLO**

De enero a septiembre escriba un cero (0) en el primer encasillado. Mayo de 2006 debe leer:   MES     AÑO

USTED:       MES AÑO

SU CÓNYUGE :       MES AÑO

- Si tiene 65 años o más y es soltero(a), divorciado(a), separado(a) o viudo(a) no conteste la pregunta número 16 y pase a la página 6.
- Si usted está casado y vive con su cónyuge, y ambos tienen 65 años o más, no conteste la pregunta número 16 y pase a la página 6.

16. ¿Usted (o su cónyuge, si están casados y viven juntos) tiene que pagar por artículos que le permitan trabajar? Sólo contaremos parte de sus ingresos hacia el límite de ingresos si usted trabaja y recibe beneficios de Seguro Social por una incapacidad o ceguera, y tiene gastos de trabajo que no son reembolsables. Unos ejemplos de tales gastos son: tratamiento médico y medicina para el SIDA, cáncer, depresión o epilepsia; una silla de ruedas; servicios de un asistente personal; modificaciones a un vehículo, un chofer u otro servicio de transportación especial que sea necesario para viajar al trabajo; asistencia tecnológica relacionada con su trabajo; perro guía; ayudas visuales y sensoriales; y traducciones en Braille.

USTED:  SÍ  NO

SU CÓNYUGE (si viven juntos):  SÍ  NO



**NO LLENE ESTA PÁGINA. ESTO NO ES UNA SOLICITUD.**

## Firmas

Yo entiendo/Nosotros entendemos que al someter esta solicitud estoy/estamos declarando bajo pena de perjurio que he/hemos examinado toda la información en este formulario y que es cierta y correcta a mi/nuestro mejor entender. Yo entiendo/Nosotros entendemos que cualquier persona que dé información falsa o mal intencionada sobre un hecho material o cause que alguien lo haga, comete un crimen y puede ser encarcelado o enfrentar otras penalidades o ambas. Yo entiendo/Nosotros entendemos que la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) puede cotejar mi declaración/nuestras declaraciones y compararlas con los registros de otras agencias del gobierno federal, estatal o local, incluyendo el Servicio de Impuestos Internos, para asegurar que la determinación esté correcta. Al someter esta solicitud yo autorizo/nosotros autorizamos a la SSA a obtener y divulgar información relacionada a mis/nuestros ingresos, recursos y bienes, tanto domésticos como extranjeros, de acuerdo a las leyes de confidencialidad que aplican. Esta información puede incluir, pero no está limitada a, información sobre mis/nuestros ingresos, balances de cuentas, inversiones, pólizas de seguros, beneficios y pensiones. **Por favor llene la sección A. Si usted no puede firmar, un representante puede firmar por usted. Si alguien le ayudó con la solicitud, también debe llenar la sección B.**

### Sección A

Su firma:	La firma de su cónyuge:	Número de teléfono: (      )      —
Su dirección residencial:		N.º de apt.:
Ciudad:	Estado:	Zona postal:
Su dirección postal (si es diferente a la residencial):		N.º de apt.:
Ciudad:	Estado:	Zona postal:

Si recientemente cambió su dirección escriba una ☒ aquí: ☐

Si tenemos más preguntas y usted prefiere que nos comuniquemos con otra persona, por favor provea el nombre y un número de teléfono diurno de esa persona.

Nombre (en letra de molde):	Apellido (en letra de molde):	Número de teléfono: (      )      —
-----------------------------	-------------------------------	----------------------------------------

### Sección B

Si usted está ayudando a otra persona, escriba una ☒ en el encasillado que lo describa a usted y provea su dirección y número de teléfono diurno.

<input type="checkbox"/> Pariente	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Otro procurador	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agencia	<input type="checkbox"/> Trabajador Social	_____

Nombre (en letra de molde):	Apellido (en letra de molde):	Número de teléfono: (      )      —
Dirección:		N.º de apt.:
Ciudad:	Estado:	Zona postal:



**NO LLENE ESTA PÁGINA. ESTO NO ES UNA SOLICITUD.**

## **Ley de confidencialidad/ Ley para la reducción de documentos de trabajo**

---

La Sección 1860 D-14 de la *Ley del Seguro Social* autoriza la recopilación de la información que se solicita en este formulario. La Administración del Seguro Social usará la información que usted provea para determinar si tiene derecho a recibir ayuda para pagar la parte que le corresponde de los costos de un plan de Recetas Médicas de Medicare. Usted no tiene que darnos la información que pedimos. Sin embargo, si no provee la información, no podremos hacer una decisión a tiempo y correcta sobre su solicitud. Podemos divulgar la información recopilada en este formulario a otras agencias del gobierno federal, estatal o local para que nos ayuden a determinar si usted tiene derecho al beneficio adicional, o si una ley federal requiere que se divulgue la información.

También podemos usar la información que usted nos dé cuando comparemos registros por computadora. Hay programas que comparan nuestros registros con los de otras agencias del gobierno federal, estatal o local. Muchas agencias usan estos programas de comparación para determinar o verificar que una persona tiene derecho a beneficios pagados por el gobierno federal. La ley nos permite hacer esto aunque usted no esté de acuerdo. En las oficinas de Seguro Social, usted podrá encontrar explicaciones sobre estas y otras razones por las cuales la información que usted nos provee puede divulgarse o usarse. Si usted quiere saber más sobre esto, comuníquese con una oficina del Seguro Social.

Ley de reducción de documentos de trabajo — Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la *Ley de reducción de documentos de trabajo de 1995*. No se requiere que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que tomará alrededor de 35 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a: Social Security, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. **Por favor, sólo envíe comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a esta dirección, no el formulario completado.**

**ENVÍENOS EL FORMULARIO COMPLETADO A LA DIRECCIÓN MOSTRADA EN EL SOBRE FRANQUEADO ADJUNTO:**

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