

**ESTA CARTA DE PRESENTACIÓN ES SOLO PARA PROPÓSITOS DE INFORMACIÓN. NO LLENE LAS PÁGINAS QUE SIGUEN. ESTA NO ES UNA SOLICITUD.**

# Administración del Seguro Social

## Información importante



**Usted podría tener derecho a recibir el Beneficio Adicional para ayudar con los gastos de sus medicamentos recetados.**

El programa de medicamentos recetados de Medicare le ofrece la opción de distintos planes de medicamentos recetados con varios tipos de cobertura. Además, usted podría recibir el Beneficio Adicional para ayudar a pagar sus primas mensuales, deducibles anuales, y copagos relacionados con un programa de medicamentos recetados de Medicare.

Antes de que podamos ayudarle, **tiene que llenar esta solicitud y enviarla hoy mismo por correo en el sobre adjunto**, o puede llenar la solicitud por Internet en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov). Revisaremos su solicitud y le enviaremos una carta notifi cándole si tiene derecho al Beneficio Adicional.

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).

**Es posible que también pueda recibir ayuda de su estado con otros gastos de Medicare bajo los Programas de ahorros de Medicare.** Al llenar este formulario, usted comenzará el proceso de solicitud para un Programa de ahorros de Medicare. Enviaremos su información a su estado a menos que usted nos diga que no al contestar la pregunta 15 en este formulario.

Si necesita información sobre los Programas de ahorros de Medicare, los planes de medicamentos recetados de Medicare o sobre cómo inscribirse a un plan, llame al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**; TTY **1-877-486-2048**) o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). También puede pedir información sobre cómo comunicarse con su Programa Estatal de Asesoramiento y Ayuda de Seguro de Salud (SHIP, siglas en inglés). Este programa ofrece ayuda con sus preguntas de Medicare. Por favor envíe su solicitud por correo hoy mismo.

A handwritten signature in blue ink that reads "Carolyn W. Colvin".

Carolyn W. Colvin  
Comisionada Interina

# Instrucciones generales para llenar la Solicitud para el Beneficio Adicional con los gastos del plan de medicamentos recetados de Medicare



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

Conteste las preguntas como si esa persona estuviera llenando la solicitud. Tiene que saber el número de Seguro Social y los datos financieros de la persona. También debe llenar la Sección B en la página 6.

## ¿Tiene usted, Medicare y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, siglas en inglés) o Medicare y Medicaid?

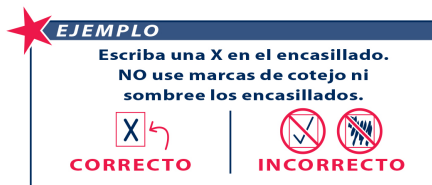
Si la respuesta es **SÍ**, no llene esta solicitud porque recibirá el Beneficio Adicional automáticamente.

## ¿Paga el programa de Medicaid de su estado sus primas de Medicare debido a que usted participa en un Programa de ahorros de Medicare?

Si la respuesta es **SÍ**, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid para informarse mejor. Es posible que pueda recibir el Beneficio Adicional automáticamente y no tenga que llenar esta solicitud.

## Cómo llenar esta solicitud

- Use **TINTA NEGRA** solamente;
- **Mantenga sus números, letras y X dentro de los encasillados; use solo letras MAYÚSCULAS;**
- No añada ningún comentario por escrito en la solicitud;
- No escriba el signo de dólar cuando escriba cantidades de dinero; y
- Puede redondear los centavos al dólar más cercano.



## Para llenar su solicitud

Usted puede llenar la solicitud por Internet en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov) o puede llenar y firmar este formulario y devolverlo por correo en el sobre predirigido y franqueado adjunto a:

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

Devuelva este paquete de solicitud completo en el sobre adjunto. No incluya ningún otro documento en el sobre. Si necesitamos más información, nos comunicaremos con usted.

**NOTA:** Para solicitar beneficios, necesita vivir en uno de los 50 estados o el Distrito de Columbia.

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

You can call us toll-free at **1-800-772-1213**, or if you are deaf or hard of hearing, you may call our TTY number, **1-800-325-0778**.



**Solicitud para el Beneficio Adicional con los gastos del plan de medicamentos recetados de Medicare**

**ESTA ES UNA SOLICITUD PARA EL BENEFICIO ADICIONAL Y NO INSCRIBE AL SOLICITANTE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE.**

**FOR OFFICIAL USE ONLY**

State Code:  WBDoc Exception:

1. Nombre del solicitante: Escriba el nombre en letra de molde **según aparece en su tarjeta de Seguro Social**. Escriba una letra por encasillado.

**NOMBRE**

**INICIAL**

**APELLIDO**

**SUFIJO (JR., SR., ETC.)**

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE**

**FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE (MES-DÍA-AÑO)**

2. Si usted está **casado y vive con su cónyuge**, por favor provea la siguiente información **según aparece en la tarjeta de Seguro Social de su cónyuge**. Si usted no está casado actualmente, no vive con su cónyuge, o ha enviudado, pase a la pregunta 3 y no incluya ninguna información sobre su cónyuge en esta solicitud.

**NOMBRE**

**INICIAL**

**APELLIDO**

**SUFIJO (JR., SR., ETC.)**

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE**

**FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE (MES-DÍA-AÑO)**

Si su cónyuge tiene Medicare, ¿quiere él o ella solicitar el Beneficio Adicional también?  **SÍ**  **NO**

3. Si está **casado y vive con su cónyuge**, ¿tienen ahorros, inversiones o bienes raíces valorados en más de \$26,860? Si no está casado ni vive con su cónyuge, ¿tiene usted ahorros, inversiones o bienes raíces valorados en más de \$13,440? **NO incluya la casa donde vive, vehículos, posesiones personales, seguro de vida, lotes en el cementerio, contratos irrevocables de entierro, ni pagos retroactivos del Seguro Social o SSI.**

**SÍ** Si escribe una  en el encasillado que dice **SÍ**, no tiene derecho al Beneficio Adicional. Sin embargo, es posible que su estado pueda ayudarle con sus gastos de Medicare a través de sus Programas de ahorros de Medicare. Para empezar el proceso de solicitud para un Programa de ahorros de Medicare, pase a la pregunta 6, firme la solicitud y devuélvanosla. Si no le interesan los Programas de ahorros de Medicare, pase a la pregunta 15 en la página 5.

**NO o NO ESTOY SEGURO** Si escribe una  en el encasillado que dice **NO o NO ESTOY SEGURO**, llene el resto de la solicitud y devuélvanosla.



Si escribió una  en el encasillado de NO o NO ESTOY SEGURO en la pregunta 3, conteste todas las preguntas a continuación. Si está casado y vive con su cónyuge, debe contestar todas las preguntas para ambos.

4. Indique a continuación el valor de todas las cuentas bancarias, inversiones o dinero en efectivo que usted, su cónyuge, si están casados y viven juntos, o ambos poseen. También incluya los artículos que cualquiera de los dos posee con otra persona. Incluya solo las cantidades de dólares, no los números de cuenta. Si usted ni su cónyuge posee ninguno de los artículos mencionados, ya sea solo o con otra persona, escriba una  en el encasillado de NINGUNO. NO incluya ningún pago retroactivo del Seguro Social o SSI que recibió en los últimos 10 meses.

• Suma total de todas las cuentas bancarias (corrientes, ahorros y certificados de depósito)	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>
• Combined total of all stocks, bonds, savings bonds, mutual funds, Individual Retirement Accounts or other similar investments	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>
• Any other cash at home or anywhere else	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>

5. ¿Se usará parte del dinero de las fuentes mencionadas en la pregunta 4 para pagar gastos funerarios o de entierro?

Si responde que SÍ, pase a la pregunta 6.

Si responde que NO, escriba una  en el encasillado que dice NO y pase a la pregunta 6..

USTED:  NO                      CÓNYUGE:  NO

6. Además de su hogar y la propiedad en la que se encuentra, ¿posee usted o su cónyuge, si están casados y viven juntos, otro(s) bienes raíces? Ejemplos de otros bienes raíces son casas de veraneo, propiedades de alquiler o tierras no desarrolladas aparte de su hogar.

SÍ                       NO

7. Para esta pregunta, un familiar es alguien relacionado a usted por medio de parentesco consanguíneo, adopción o matrimonio (pero no incluye a su cónyuge). ¿Cuántos familiares viven con usted y dependen de usted o de su cónyuge para por lo menos la mitad de su sustento financiero?

Por favor no se incluya a sí mismo ni a su cónyuge en el número que ingrese a continuación.

Si su hogar consiste solo de usted, o usted y su cónyuge, escriba una  en el encasillado que dice CERO. Escriba una  en solo uno de los encasillados.

CERO      1      2      3      4      5      6      7      8      9 o más



**8.** Si usted o su cónyuge, si están casados y viven juntos, reciben **ingreso** de alguna de las fuentes indicadas a continuación, debe contestar las preguntas para ambos. Por favor ingrese la cantidad total que reciben cada mes. **Si la cantidad cambia de mes en mes o no la recibe cada mes, ingrese la cantidad mensual promedio de ingreso para el año pasado para cada tipo** en los encasillados apropiados. No liste aquí salarios ni ganancias de trabajo por cuenta propia, ingreso de intereses, ayuda pública, reembolsos médicos o pagos de cuidado tutelar. Si usted o su cónyuge no recibe ingreso de una de las fuentes a continuación, ponga una  en el encasillado que dice **NINGUNO** para esa fuente.

		Monthly Benefit
• Beneficios de Seguro Social <b>antes de deducciones</b>	<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"/> <input type="text"/>
• Beneficios de Retiro Ferroviario <b>antes de deducciones</b>	<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"/> <input type="text"/>
• Beneficios de Veteranos <b>antes de deducciones</b>	<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"/> <input type="text"/>
• Otras pensiones o anualidades <b>antes de deducciones</b> . No incluya dinero que reciba de los artículos 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"/> <input type="text"/>
• Otro ingreso que no esté indicado arriba, incluso manutención, ingreso neto de alquiler, compensación a trabajadores, desempleo, pagos por incapacidad privados o estatales, etc. (Especifi que):	<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"/> <input type="text"/>

**9.** En los últimos dos años, ¿han disminuido alguna de las cantidades que incluyó en la pregunta 8?

**SÍ**                       **NO**

**Si usted ha trabajado en los últimos dos años, debe contestar las preguntas 10-14. Si usted está casado y vive con su cónyuge y uno de ustedes ha trabajado en los últimos dos años, debe contestar las preguntas 10-14. De lo contrario, pase a la pregunta 15.**

**10.** ¿Cuánto espera ganar en salarios antes de impuestos y deducciones **este año calendario**?

**USTED:**  **NINGUNO** \$    ,    .

**CÓNYUGE:**  **NINGUNO** \$    ,    .



11. Si trabaja por cuenta propia, ¿cuánto espera que sean sus ganancias netas este año calendario? Si no trabaja por cuenta propia, escriba una  en el encasillado que dice NINGUNO y pase a la pregunta 12.

USTED:  NINGUNO \$    ,    .

CÓNYUGE:  NINGUNO \$    ,    .

Escriba una  en estos encasillados si usted o su cónyuge esperan una pérdida neta.



USTED:  CÓNYUGE:

12. En los últimos dos años, ¿han disminuido las cantidades que incluyó en las preguntas 10 o 11?

SÍ  NO

13. Si usted o su cónyuge dejó de trabajar en el 2013 o 2014, o planifica dejar de trabajar en el 2014 o 2015, indique el mes y el año.

**EJEMPLO**

De enero a septiembre escriba un cero (0) en el primer encasillado. Mayo de 2014 debe escribirse:

0	5	2	0	1	4
MES		AÑO			

USTED:

MES AÑO

CÓNYUGE:

MES AÑO

**Si usted es menor de 65 años, conteste la pregunta 14. Si está casado y vive con su cónyuge, y uno de los dos es menor de 65 años, continúe a la pregunta 14. De lo contrario, pase a la pregunta 15.**

14. ¿Tiene usted o su cónyuge que pagar por artículos que le permitan trabajar? Solo contaremos parte de sus ganancias hacia el límite de ingresos si usted trabaja y recibe beneficios de Seguro Social debido a una incapacidad o ceguera y tiene gastos relacionados con el trabajo por los cuales no recibe reembolso. Unos ejemplos de tales gastos son: el costo de tratamiento médico y medicamentos 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; ayuda tecnológica relacionada con su trabajo; gastos de perro guía; ayudas visuales y sensoriales; y traducciones en Braille.

USTED:  SÍ  NO

CÓNYUGE:  SÍ  NO

15. **Información sobre los Programas de ahorros de Medicare:** Es posible que pueda recibir ayuda de su estado con sus gastos de Medicare bajo los Programas de ahorros de Medicare. Para empezar su solicitud para un Programa de ahorros de Medicare, el Seguro Social enviará su información a su estado a menos que usted nos diga que no lo hagamos. **Si usted quiere recibir ayuda de los Programas de ahorros de Medicare, no conteste esta pregunta. Simplemente firme y feche la solicitud y su estado se comunicará con usted.**

Si **no** está interesado en solicitar para los Programas de ahorros de Medicare, escriba una  en el encasillado siguiente.

**No, no envíe la información al estado.**





### Firmas

## INFORMACIÓN IMPORTANTE-POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Yo entiendo/Nosotros entendemos que la Administración del Seguro Social verifi cará mi declaración/nuestras declaraciones y comparará sus registros con los registros de otras agencias federales, estatales o municipales del gobierno, incluso el Servicio de Impuestos Internos (IRS, siglas en inglés), para asegurar que la determinación esté correcta.

Al presentar esta solicitud, yo autorizo/nosotros autorizamos a la Administración del Seguro Social a obtener y divulgar información relacionada a mis/nuestros ingresos, recursos y bienes, tanto domésticos como extranjeros, de acuerdo a las leyes de confi dencialidad que aplican. Esta información puede incluir, pero no está limitada a, información sobre mis/nuestros salarios, balances de cuentas, inversiones, pólizas de seguros, benefi cios y pensiones.

A menos que haya/hayamos contestado que «NO» a la pregunta 15, yo autorizo/nosotros autorizamos al Seguro Social que divulgue al estado la información fi nanciera mencionada previamente y otra información que me/nos identifi que individualmente, como mi/nuestros nombre(s), fecha(s) de nacimiento, sexo y número(s) de Seguro Social para iniciar el proceso de solicitud para los Programas de ahorros de Medicare.

Yo declaro/Nosotros declaramos bajo pena de perjurio que he/hemos examinado toda la información en este formulario y que es cierta y correcta según mi/nuestro mejor entender.

**Por favor llene la Sección A. Si no puede fi rmar, un representante puede fi rmar por usted. Si alguien le ayudó, también llene la Sección B.**

### Sección A

Su fi rma:	Fecha:	Número de teléfono:	
Firma de su cónyuge:	Fecha:	(      )	-
Su dirección postal:			Núm. de apt.:
Ciudad:	Estado:	Zona postal:	

Si su dirección postal ha cambiado en los últimos tres meses, escriba una  aquí:

Si usted prefiri ere que nos comuniquemos con otra persona si tenemos más preguntas, 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 alguien le ayudó a llenar esta solicitud, escriba una  en el encasillado que mejor describa a esa persona y provea el resto de la información que se solicita a continuación.

- Pariente     
 Abogado     
 Otro procurador     
 Otro  
Especifi que: \_\_\_\_\_
- Amigo     
 Agencia     
 Trabajador Social     
\_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde:	Apellido en letra de molde:	Número de teléfono:
		(      )      -
Dirección:		Apt. # _____
Ciudad:	Estado:	Zona postal:



## **Aviso de la Ley de Confidencialidad/ Ley de Reducción de Trámites**

La Sección 1860 D-14 de la *Ley del Seguro Social*, según enmendada, autoriza la recopilación de esta información. Usaremos la información que usted provea para determinar si tiene derecho a recibir ayuda para pagar la parte que le corresponde del costo de un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Darnos la información que pedimos es voluntario. Sin embargo, si no provee toda o parte de la información, no podremos tomar una decisión a tiempo y correcta sobre su solicitud.

Nosotros raramente usamos la información recopilada en este formulario para ningún otro propósito que no sea el de determinar si tiene derecho al Beneficio Adicional. Es posible que también tengamos que compartir la información con otra persona u otra agencia en acuerdo con los usos rutinarios, los cuales incluyen pero no están limitados a lo siguiente:

1. Para permitir a una tercera persona o a una agencia a ayudar al Seguro Social a establecer los derechos a beneficios y/o cobertura de Seguro Social;
2. Para cumplir con las leyes federales que requieren la divulgación de los registros del Seguro Social (Ej., a la Oficina General de Contabilidad y al Departamento de Asuntos de Veteranos);
3. Para tomar determinaciones para el derecho a programas similares de salud y mantenimiento de ingresos al nivel federal, estatal y municipal; y
4. Para facilitar estudios estadísticos, auditorías o actividades investigativas necesarias para asegurar la integridad y mejoramiento de los programas del Seguro Social (Ej., a la Oficina del Censo e intereses privados bajo contrato con el Seguro Social).

También podemos usar la información que usted nos dé cuando comparemos registros por computadora. Estos programas comparan nuestros registros con los de otras agencias gubernamentales federales, estatales o municipales. La información de estos programas de comparación puede ser usada para determinar o verificar si una persona tiene derecho a los programas de beneficios financiados o administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos o de cuentas delincuentes bajo estos programas.

Una lista completa de los usos rutinarios de esta información está disponible en nuestro Sistema de Registros de Avisos, titulado Registro Principal del Beneficio, 60-0090, y Archivo de datos de Medicare, 60-0321. Estos avisos, información adicional concerniente a este formulario, e información concerniente a nuestros programas y sistemas, están disponibles por Internet en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov) o en su oficina local de Seguro Social.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites — 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 Trámites del 1995*. No necesita contestar estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número de control de la OMB para esta colección es 0960-0696. Calculamos que tardará alrededor de 30 minutos para leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **Envíe solo comentarios sobre nuestra estimación de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.**

ENVÍENOS EL FORMULARIO LLENO A LA DIRECCIÓN MOSTRADA EN EL SOBRE FRANQUEADO Y PREDIRIGIDO ADJUNTO:

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