



## Apelación de la determinación por el Beneficio Adicional de ayuda para los costos por medicamentos de Medicare

SOLO PARA USO OFICIAL

Date received:

Office code:

Request filed late:

1. Nombre del solicitante:

---

2. Número de Seguro Social:

---

3. Número de Medicare (si difiere de su número de Seguro Social):

---

4. Nombre del cónyuge (si su cónyuge vive con usted en la misma dirección residencial):

---

5. Número de Seguro Social del cónyuge (si su cónyuge vive con usted):

---

6. Número de Medicare del cónyuge (si difiere del número de Seguro Social de su cónyuge y si este vive con usted):

---

7. Por favor explique por qué no está de acuerdo con nuestra decisión:

---

---

8. ¿Tiene información adicional para presentar como evidencia en su apelación?

**SÍ.** Envíe la información con este formulario a la dirección mostrada al final de la página 2.

**NO**

9. ¿Desea una audiencia? Si se le concede una audiencia, esta será vía telefónica.

**SÍ.** Recibirá una notificación con la fecha y hora programada para la audiencia. Por favor complete las preguntas del 10 al 13.

**NO** Recibirá una decisión basada en la información disponible y en cualquier otra información provista por usted.



---

**10.** Con la intención de darle tiempo de preparación para la audiencia, debemos esperar 20 días entre la fecha de esta solicitud y la fecha en que programamos la audiencia. ¿De ser posible, preferiría usted una audiencia antes de estos 20 días?

**SÍ.**

**NO**

---

**11.** ¿Necesita un intérprete?

**SÍ. (especifique el idioma):** \_\_\_\_\_

**NO**

---

**12.** ¿Tiene problemas de audición?

**SÍ.**

**NO**

---

**13.** ¿Asistirán otras personas a la audiencia?

**SÍ.**

**NO**

A esto se le conoce como una teleconferencia. Cuando le enviemos la notificación programando la cita para la audiencia, le provereemos un número telefónico para acceder a la teleconferencia e instrucciones para hacer la llamada.

**SÍ.**

**NO**

Si sí, ¿usted y la otra persona nos llamarán de más de un número de teléfono?

---

**Por favor, envíe su solicitud de apelación completada, incluyendo la hoja de firmas, e información adicional a:**

**Social Security Administration  
Wilkes-Barre Data Operations Center  
P.O. Box 1030  
Wilkes-Barre, PA 18767-1030**



# Signatures

Yo declaro, bajo pena de perjurio, que he examinado toda la información sometida en este formulario, y en los documentos adjuntos, y la misma es cierta según mi mejor entendimiento. Entiendo que hacer declaraciones falsas es un crimen que conlleva penalidades bajo la ley federal. Al someter esta solicitud de apelación, yo autorizo a la Administración del Seguro Social a obtener y a divulgar información relacionada a mis ingresos y a mis bienes, en el extranjero o domésticos, en consistencia con las leyes de privacidad que apliquen. Esta información puede incluir, pero no se limita a, salarios, balances en cuentas bancarias, inversiones, beneficios y pensiones. Por favor complete la sección A. Si no puede firmar, un representante podrá firmar por usted. Si alguien le ayudó con esta solicitud, complete la sección B.

## SECCIÓN A

Su firma:	Número de teléfono: (____) ____ - ____
-----------	---

Su dirección residencial:	Número de apartamento:
---------------------------	------------------------

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Su dirección postal (si difiere de la residencial):	Número de apartamento:
---	------------------------

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Si cambio su dirección recientemente, marque una  aquí:

Si prefiere que nos comuniquemos con alguna otra persona de tener preguntas adicionales, por favor provea el nombre y número telefónico de tal persona.

Nombre:	Apellido:	Número de teléfono: (____) ____ - ____
---------	-----------	---

## SECCIÓN B

Si alguien le ayudo con esta solicitud marque una  en el encasillado que describe a dicha persona y provea la información solicitada a continuación.

<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Defensor	<input type="checkbox"/> Otro, indique: _____
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agencia	<input type="checkbox"/> Trabajador social	_____

Nombre:	Apellido:	Número de teléfono: (____) ____ - ____
---------	-----------	---

Dirección:	Número de apartamento:
------------	------------------------

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------



## Aviso de la Ley de Confidencialidad Colección y uso de información personal

---

La Administración del Seguro Social tiene la autoridad de obtener la información solicitada en este formulario según la sección 1860 D-14 de la Ley del Seguro Social, según enmendada. Usaremos la información que provea para determinar si usted tiene derecho a ayuda para costear su parte del plan por medicamentos por receta de Medicare.

Usted provee esta información de forma voluntaria. Sin embargo, el no proveer parte o toda la información solicitada podría impedirnos tomar una decisión rápida y precisa referente a su apelación.

Rara vez usamos la información provista para propósitos no relacionados a determinar su derecho a continuar recibiendo beneficios. No obstante, podemos usar tal información para la integridad y administración de nuestros programas, incluyendo el compartir información para:

1. Cumplir con las leyes federales que requieren la divulgación de la información que se encuentra en los registros del Seguro Social (por ejemplo, a la Oficina de Auditoría General y el Departamento de Asuntos de Veteranos);
2. Facilitar las investigaciones sobre estadísticas y las actividades necesarias para asegurar la integridad y la mejoría de los programas del Seguro Social (por ejemplo, al Negociado del Censo y las compañías privadas bajo contrato con el Seguro Social).

La lista completa de las instancias en las que divulgamos su información, conocida como usos rutinarios, se encuentra nuestro Sistema de Expedientes de la Ley de Confidencialidad 60-0321, titulado Base de datos de Medicare. Explicaciones sobre estas y otras razones están disponibles en nuestro sitio de Internet, [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov), o en su oficina local de Seguro Social.

Podemos compartir la información provista con otras agencias de salud por medio de programas computarizados de compasión. Los programas de comparación cotejan nuestros registros con los de otras agencias federales, estatales o locales. Muchas agencias usan los programas de comparación para averiguar o comprobar si una persona tiene derecho a beneficios pagados por el gobierno federal. La ley nos permite hacer esto aunque usted no esté de acuerdo.

**Declaración sobre la ley para la 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 para la Reducción de Documentos de 1995. No es requisito que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará 10 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo que le toma completar el formulario a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD. 21235-6401. **Por favor sólo envíe comentarios sobre nuestro cálculo a la dirección mencionada previamente, no el formulario completado.**