اداره سوسیال سکیوریتی
اطلاعات مهم

این نامه پیوست فقط براي اطلاع شماست.
این صفحات را کامل نکنید.
این یک پرسشنامه نیست.

سوابق ما نشان می دهد که شما ممکن است در رابطه با پرداخت هزینه داروهای تجویزی خود، واجد شرایط دریافت کمک های اضافی باشید.

بزودی یک برنامه جدید داروهای تجویزی مدیکر به اجرا در می آید . این برنامه جدید در رابطه با برنامه های تجویز دارو که انواع مختلف پوشش را عرضه می کنند، . به شما امکان انتخاب می دهد.

شما ممکن است بتوانید در رابطه با پرداخت مبالغ قابل کسر (دیداکتبل) سالانه، پرداخت های ماهیانه و سهمیه های مربوط به برنامه جدید داروهای تجویزی مدیکر ، کمک های اضافی دریافت کنید – مبلغ این کمک اضافی بطور متوسط 2100 دلار است.

اما قبل از آنکه بتوانیم به شما کمک کنیم، **باید تقاضا نامه مربوطه را پر کنید و با پاکت ضمیمه امروز پست کنید.** شما همچنین می توانید از 1 جولای 2005 این تقاضا نامه را روی اینترنت به نشانی **www.socialsecurity.gov** تکمیل کنید. ما تقاضا نامه شما را مورد رسیدگی قرار می دهیم و طی نامه ای به شما اطلاع خواهیم داد که آیا واجد شرایط کمک های اضافی هستید یا خیر. ما همچنین اطلاعات مربوط به برنامه داروهای تجویزی مدیکر را به آگاهیتان می رسانیم و به شما بگوئیم که در اقدام بعدی چه باید بکنید.

اگر برای تکمیل تقاضانامه نیاز به کمک دارید، با سوسیال سکیوریتی با شماره **1213- 772- 800-** 1 تماس بگیرید (TTY شماره مخصوص افراد کم شنوا **0778- 325- 800- 1** است). می توانید اطلاعات بیشتر را به نشانی **www.socialsecurity.gov** دریافت کنید.

اگر در مورد برنامه جدید داروهای تجویزی مدیکر به اطلاعاتی نیاز دارید با شماره **MEDICARE**-800-1 (شماره افراد کم شنوا 2048- 486- 877- 1) تماس بگیرید یا به آدرس **www.medicare.gov** مراجعه فرمائید.

اگر تقاضانامه خود را امروز پست کنید این کار به ما اجازه می دهد در مورد واجد شرایط بودن شما برای دریافت کمک های اضافی زودتر تصمیم بگیریم.

Jo Anne B. Barnhart
Commissioner

تقاضا نامه کمک برای هزینه های برنامه داروهای تجویزی مدیکر

برای عرضه کمک اضافی در پرداخت هزینه داروهای تجویزی شما

آگهی ویژه برای متقاضیان فارسی زبان

از آنجائی که ما می خواهیم تقاضانامه ها را تا آنجا که ممکن است سریع و به طریقی کارآمد به جریان اندازیم، از فرم های تقاضانامه ای استفاده می کنیم که توسط کامپیوتر قابل خواندن است. متاسفانه کامپیوترهای ما قادر نیستند فارسی بخوانند، بنابراین لازم است که شما یک فرم انگلیسی یا اسپانیش را پر کنید.

برای کمک به شما این فرم به فارسی ترجمه شده است. گر چه لازم است که در فرم تقاضانامه انگلیسی یا اسپانیش جواب همه سوالات را بدهید. لطفاً به یاد داشته باشید که تقاضانامه تکمیل شده خود را امضا کنید.

این ورقه راهنمایی، فرم تقاضانامه نیست

آیا شما (یا شخصی که به او کمک می کنید تا تقاضا دهد) مدیکر و درآمد اضافی تامین اجتماعی (SSI) یا مدیکر و مدیکید می گیرید یا آیا ایالت اقساط ماهانه مدیکر شما را می پردازد؟

اگر جواب آری است، **این تقاضا نامه را پر نکنید زیرا شما بطور اتوماتیک کمک های اضافی را دریافت می کنید.** در مورد چگونگی دریافت کمک های اضافی، شما یک نامه دیگر دریافت خواهید کرد. اگر جواب **"خیر"** یا **"مطمئن نیستم"** است، لطفاً این تقاضا نامه را پر کنید. لطفا قبل از تکمیل این تقاضانامه راهنمایی ها و رهنمون های زیر را بخوانید. به همه سوالات جواب دهید مگر آنکه به طریق دیگری اشاره شده باشد.

چگونه این تقاضانامه را تکمیل می کنید

- از **قلم مشکی** یا **مداد #2** استفاده کنید؛
- شماره ها، حروف و ضربدرها را در داخل خانه ها وارد کنید؛
- هنگامی که مبالغ را وارد می کنید از علامت $ استفاده نکنید. علامت دلار قبلاً چاپ شده است؛ و
- سنت ها را می توانید به نزدیکترین مبلغ دلار تبدیل کنید.

★ مثال:

در مربع ها X بگذارید. در مربع ها علامت چک نگذاشته و آنها را پر نکنید.

☑ ناصحیح ☒ صحیح

اگر به دیگری کمک می کنید تا این تقاضا نامه را پر کند

به سوالات طوری جواب دهید که گوئی خود آن شخص است که تقاضانامه را پر می کند. شما باید شماره سوسیال سکیوریتی و اطلاعات مالی آن شخص را بدانید. بخش B در صفحه 6 را نیز تکمیل کنید.

تکمیل کردن تقاضانامه

شما می توانید تقاضانامه خود را از طریق کامپیوتر و با مراجعه به نشانی **www.socialsecurity.gov** تکمیل کنید یا برای این کار تقاضانامه خود را پس از تکمیل و امضا در پاکت دارای آدرس و تمبر ضمیمه قرار داده و به نشانی زیر برگردانید:

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

تمامی این بسته را در پاکت ضمیمه گذاشته و برگردانید. هیچ ضمیمه دیگری اضافه نکنید. اگر ما به اطلاعات دیگری از قبیل گزارشات موسسات مالی نیاز داشته باشیم با شما تماس خواهیم گرفت.

اگر در مورد تکمیل این تقاضانامه سوالی دارید یا کمک می خواهید

می توانید با شماره رایگان **1 -800 -772 -1213** تماس بگیرید. چنانچه شما ناشنوا یا کم شنوا هستید می توانید با شماره مخصوص افراد کم شنوا **1 -800 -325 -0788** تماس بگیرید.

این فرم را تکمیل نکنید. این یک تقاضا نامه نیست.

تقاضا نامه کمک برای هزینه های برنامه داروهای تجویزی مدیکر

این فرم نام شما را در برنامه های داروهای تجویزی مدیکر ثبت نمی کند.

1 – نام متقاضی (هر حرف را بصورت بزرگ و در یک خانه جداگانه وارد کنید).

نام

حرف اول نام میانی

نام خانوادگی

پسوند (جونیر، سینیر، و غیره)

شماره سوسیال سکیوریتی متقاضی

— —

★ مثال:

از حروف بزرگ برای جوابها استفاده کنید A | B | C | D

★ مثالي از شماره سوسيال سكوريتي

— —

2 – اگر شما مجرد، طلاق گرفته، بیوه (یا بیوه مرد) هستید یا همسر شما با شما زندگی نمی کند، از جواب دادن به سوال 3 صرفنظر کنید.

اگر شما متاهل هستید و با همسرتان زندگی می کنید، لطفاً یکی از خانه های زیر را علامت ☒ بزنید تا معلوم شود چه کسی است که تقاضا می دهد:

شما و همسرتان هر دو مدیکر دارید و / روی این تقاضانامه درخواست خود را ارائه می دهید.

تنها شما هستید که تقاضا می دهید.

حتی اگر همسر شما تقاضا نمی دهد، لازم است که به همه سوالات جواب دهید و اگر با یکدیگر زندگی می کنید امضای هر دوی شما وجود داشته باشد.

نام همسر (چنانچه ازدواج کرده اید و با هم زندگی می کنید)

نام

حرف اول نام میانی

نام خانوادگی

پسوند (جونیر، سینیور، غیره)

شماره سوسیال سکیوریتی همسر

— —

3– اگر شما مجرد، بیوه (یا بیوه مرد) هستید یا همسرتان با شما زندگی نمی کند، آیا پس اندازها، سرمایه گذاری ها و مایملک شما (غیر از خانه تان) بیش از 11500 دلار ارزش دارد؟ اگر شما متاهل هستید و با هم زندگی می کنید آیا اموال ذکر شده بیش از 23000 دلار ارزش دارند؟ (مبلغ این محدودیت ها پس از سال 2006 افزایش خواهد یافت). اشیایی را که صاحب آن هستید، یا با همسرتان یا شخص دیگری در تملک مشترک دارید به حساب بیاورید. **خانه و اتومبیل های خود، قطعه های آرامگاه یا اشیاء شخصی را به حساب نیاورید.**

آری **خیر** **مطمئن نیستم**

اگر در خانه **آری** علامت ☒ گذاشته اید، برای کمک های اضافی واجد شرایط نیستید و لازم نیست که بقیه این تقاضا نامه را پر کنید. شما هنوز هم ممکن است از طریق اداره مدیکید ایالت خود واجد شرایط باشید. اما اگر بخواهید از تصمیم گرفته شده در این مورد آگاه شوید، در خانه **مطمئن نیستم** علامت ☒ بگذارید. چنانچه در یکی از خانه های **خیر** یا **مطمئن نیستم** علامت ☒ گذاشته اید بقیه این تقاضانامه را تکمیل کنید.

4 – لطفاً مبلغ حساب های بانکی، سرمایه گذاری ها یا پول نقدی را که شما، همسرتان (اگر متاهل هستید و با هم زندگی می کنید) یا هر دوی شما صاحب آن هستید در خانه های زیر وارد کنید. اقلامی را که هر کدام از شما با شخص دیگری در تملک دارید به حساب بیاورید (فقط مبلغ به دلار را وارد کنید نه شماره حساب). اگر شما یا همسرتان (اگر ازدواج کرده اید و با هم زندگی می کنید) به طور جداگانه، مشترکاً یا همراه با شخص دیگری صاحب هر کدام از اقلام ذکر شده در زیر نیستید، در خانه **هیچ** علامت ضربدر ☒ بگذارید.

• حساب های بانکی (جاری، پس انداز و گواهی های واریز)	■ **هیچ**	$ ■■ , ■■■ . ■■
• سهام، اوراق قرضه ، قرضه های پس انداز، منابع موسوم به میوچوال فاندز، حساب های بازنشستگی شخصی یا سرمایه گذاری های مشابه دیگر	■ **هیچ**	$ ■■ , ■■■ . ■■
• هیچ مبلغ نقد دیگری در خانه یا هر جای دیگر	■ **هیچ**	$ ■■ , ■■■ . ■■

5 – آیا شما (یا همسرتان، در صورتی که ازدواج کرده اید و با همدیگر زندگی می کنید) دارای بیمه عمری هستید که جمع ارزش اسمی آنها 15000 دلار یا بیشتر است؟ برای خود و همسرتان ، اگر همسرتان با شما زندگی می کند جواب دهید. اگر برای هر دوی شما و همسرتان جواب **خیر** داده اید، به سوال شماره 6 بروید.

شما: ■ **آری** ■ **خیر**

همسر (اگر با هم زندگی می کنید): ■ **آری** ■ **خیر**

اگر جواب برای شما و یا همسرتان **آری** است، چنانچه بیمه نامه های عمر خود را همین امروز نقد کنید چه مبلغی عایدتان می شود؟ (مبلغ اسمی بیمه نامه های شما مورد نظر نیست. برای جواب دادن به این سوال شاید لازم باشد با شرکت بیمه خود تماس بگیرید). مبلغ را وارد کنید.

$ ■■ , ■■■ . ■■

6 – آیا در نظر دارید از پول هر کدام از منابع ذکر شده در سوالات 4 یا 5 برای پرداخت مخارج کفن و دفن برای خودتان (یا همسرتان، اگر ازدواج کرده اید و با هم زندگی می کنید) استفاده کنید؟

شما: ■ **آری** ■ **خیر**

همسر (اگر با هم زندگی می کنید): ■ **آری** ■ **خیر**

7 – غیر از خانه و زمینی که در آن واقع شده، آیا شما (یا همسرتان، اگر ازدواج کرده اید و با هم زندگی می کنید) صاحب هیچ ملک دیگری هستید؟

■ **آری** ■ **خیر**

8 – وضعیت زندگی شما می تواند بر مبلغ کمکی که می گیرید اثر بگذارد. بنابراین لازم است بدانیم چند نفر از خویشاوندانی که با شما (و همسرتان، چنانچه ازدواج کرده اید و با هم زندگی می کنید) زندگی می کنند برای حداقل نصف حمایت های مالی مورد نیاز خود به شما یا همسرتان وابسته هستند. خویشاوند می تواند شامل هر کسی باشد که از طریق نسبی، سببی (ازدواج) یا فرزند خواندگی با شما بستگی دارد.

چند نفر از خویشانی که با شما و همسرتان زندگی می کنند برای تامین حداقل نیمی از احتیاجات مالی خود به شما یا همسرتان وابسته هستند؟ **در اینجا خودتان یا همسرتان را حساب نکنید.**

☐ **هیچکس** ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9 یا بیشتر**

9 – اگر شما (یا همسرتان چنانچه ازدواج کرده اید و با هم زندگی می کنید) از هر کدام از منابع ذکر شده در پائین درآمدی دریافت می کنید، لطفاً **جمع مبلغ ماهانه** را وارد کنید. **اگر این مبلغ هر ماهه تغییر می کند، متوسط درآمد ماهانه سال گذشته را برای هر کدام از انواع ذکر شده را در خانه های مربوطه وارد کنید.** دستمزدها و درآمدهای کار مستقل، درآمد ناشی از بهره، کمک های دولتی، باز پرداخت های مخارج پزشکی یا پرداخت های مربوط به نگهداری فرزند را وارد نکنید. اگر شما یا همسرتان هیچ کدام از منابع ذکر شده در زیر درآمدی دریافت نمی کنید، در خانه **هیچ** در زیر علامت ضربدر ☒ بگذارید.

• سوسیال سکیوریتی		ما از این مبلغ در سوابقمان استفاده می کنیم
• بازنشستگی راه آهن	☐ **هیچ**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• کهنه سپاهیان	☐ **هیچ**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• سایر پانسیون ها یا مقرری ها (پولی را که از هر کدام از اقلام ذکر شده در سوال 4 دریافت می کنید به حساب نیاورید)	☐ **هیچ**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• درآمدهای دیگر که در بالا ذکر نشده از جمله نفقه، درآمد خالص اجاره، غرامت کارگران (مشخص کنید): _____	☐ **هیچ**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

10 – آیا هر کدام از مبالغی که در سوال 9 ذکر کرده اید طی دو سال گذشته کاهش یافته است؟

☐ **آری** ☐ **خیر**

11 – آیا هیچ کس به شما (یا همسرتان؛ اگر ازدواج کرده اید و با هم زندگی می کنید) در جهت پرداخت هیچکدام از این مخارج خانگی: غذا، قسط خانه، اجاره، مخارج سوخت یا گاز، برق، آب و مالیات ملک کمکی عرضه می کند؟ (فود استامپ، تعمیرات خانگی، کمک های دریافتی از سازمان های اسکان، برنامه اضطراری انرژی، تحویل غذا در منزل (میلز آن ویلز) یا کمک در رابطه با معالجات پزشکی و داروها را به حساب نیاورید).

☐ **آری** ☐ **خیر**

اگر در خانه **آری** علامت ☒ گذاشته اید مبلغ ماهانه را وارد کنید، یا اگر مبلغ مربوطه هر ماه تغییر می کند متوسط مبلغ ماهانه سال قبل را وارد کنید. $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

این فرم را تکمیل نکنید. این یک تقاضا نامه نیست.

- **اگر شما مجرد هستید، از همسر خود طلاق گرفته اید یا جدا شده اید یا بیوه (یا بیوه مرد) هستید و در دو سال گذشته کار نکرده اید سوالات 12 تا 16 را نادیده بگیرید و به صفحه 6 مراجعه کنید.**
- **اگر ازدواج کرده اید و با همسرتان زندگی می کنید و هیچ کدام از شما در دو سال گذشته کار نکرده اید، سوالات 12 تا 16 را نادیده بگیرید و به صفحه 6 مراجعه کنید.**

12 – برای امسال انتظار دارید بدون در نظر گرفتن مالیات چه دستمزدی عایدتان شود؟

شما: ☐ **هیچ** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

همسر (اگر با هم زندگی می کنید): ☐ **هیچ** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

13 – اگر برای خودتان کار می کنید **برای امسال** انتظار دارید درآمد یا ضرر خالص شما چقدر باشد؟

شما: ☐ **هیچ** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

همسر (اگر با هم زندگی می کنید): ☐ **هیچ** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

اگر شما یا همسرتان انتظار دارید ضرر خالصی عایدتان شود، در خانه مربوطه علامت ضربدر ☒ بگذارید.

شما: ☐ **همسرتان (اگر با هم زندگی می کنید):** ☐

14 – آیا مبالغی که در رابطه با سوالات 12 یا 13 به حساب آورده اید در دو سال گذشته کاهش یافته است؟

☐ **آری** ☐ **خیر**

15 – اگر شما (یا همسرتان، اگر ازدواج کرده و با هم زندگی می کنید) اخیراً دست از کار کشیده اید یا در نظر دارید دست از کار بکشید، ماه و سال مربوطه را وارد کنید.

شما: ☐☐ **ماه** 2 0 ☐☐ **سال**

همسر: ☐☐ **ماه** 2 0 ☐☐ **سال**
(اگر باهم زندگی می کنید)

مثال:

براي ژانويه تا سپتامبر در مربع اولي سمت چپ 0 بگذاريد. ماه مه 2006 اينطور نوشته مي شود:	0 5 - 2 0 0 6 ماه ماه سال سال

- **اگر شما مجرد هستید، از همسر خود طلاق گرفته اید یا جدا شده اید یا بیوه (یا بیوه مرد) هستید و 65 سال یا بیشتر دارید، سوال 16 را نادیده بگیرید و به صفحه 6 بروید.**
- **اگر ازدواج کرده اید و با همسرتان زندگی می کنید و هر دوی شما و همسرتان 65 سال یا بیشتر دارید از سوال 16 صرفنظر کنید و به صفحه 6 مراجعه کنید.**

16 – آیا شما (و همسرتان، اگر ازدواج کردید و با هم زندگی می کنید) آیا باید برای چیزهایی که شما را قادر به کار کردن می کند پولی بپردازید؟ اگر شما کار می کنید و بر مبنای معلولیت یا نابینایی از مزایای سوسیال سکیوریتی استفاده می کنید و مخارج مربوط به کار کردن را متحمل می شوید و این مخارج باز پرداخت نمی گرد، در رابطه با محدودیت درآمد، ما تنها قسمتی از درآمد شما را به حساب می آوریم. مثال هایی از این مخارج عبارتند از هزینه معالجات پزشکی و داروهای مربوط به ایدز، سرطان،افسردگی، یا صرع؛ صندلی چرخدار؛ خدمات مراقب شخصی؛ تعدیل های مربوط به وسیله نقلیه، راننده کمکی یا سایر نیازهای حمل و نقل مربوط به کار؛ تکنولوژی های کمکی مربوط به کار؛ مخارج سگ راهنما؛ کمک های مربوط به سنسور و بینایی؛ و ترجمه های بریل، الفبای نابینایان.

شما: ☐ **آری** ☐ **خیر** **همسر (اگر با هم زندگی می کنید):** ☐ **آری** ☐ **خیر**

این فرم را تکمیل نکنید. این یک تقاضا نامه نیست.

امضا ها

من این موضوع را درک می کنم که با تسلیم این تقاضا نامه، با آگاهی از مجازات مربوط به شهادت دروغ توام با سوگند، بدین وسیله اعلام می کنم که همه اطلاعات مربوط به این فرم را مورد بررسی قرار داده ام و این اطلاعات تا آنجائی که آگاهی دارم به بهترین نحو صحیح و درست است. من متوجه این نکته هستم که هر کسی در باره یک حقیقت مالی در این اطلاعات، اظهارات کذب یا گمراه کننده ارائه کند، یا باعث شود کس دیگری چنین کند، مرتکب جرم شده و ممکن است به زندان، یا سایر مجازات های دیگر یا هر دو محکوم شود. من این موضوع را درک می کنم که اداره سوسیال سکیوریتی (SSA) اظهارات مرا چک کرده و سوابق خود را با سوابق سازمان های دولت فدرال، ایالتی، و محلی، از جمله اداره مالیات (IRS) تطبیق می کند تا اطمینان یابد که تصمیم گیری در این مورد صحیح بوده است. با تسلیم این تقاضا نامه من به اداره سوسیال سکیوریتی اجازه می دهم اطلاعات مربوط به درآمد، منابع، و دارایی های من، چه در خارج و چه در داخل آمریکا را بدست آورده و در موارد لازم در اختیار دیگران قرار دهد. این کار با در نظر گرفتن قوانین جاری مربوط به موارد خصوصی افراد انجام می شود. این اطلاعات می تواند از جمله شامل اطلاعات مربوط به دستمزدها، باقی مانده های حساب، سرمایه گذاری ها، بیمه نامه ها، مزایا و پانسوین های من باشد. (توجه داشته باشید که چنانچه این فرم را دو نفر امضا می کنند تمام موارد ذکر شده در بالا به هر دوی آنها اطلاق می شود).

لطفاً قسمت A را تکمیل کنید. اگر نمی توانید امضا کنید، یک نفر نماینده می تواند بجای شما امضا کند. اگر شخص دیگری به شما کمک کرده، بخش 2 را نیز تکمیل کنید.

بخش A

امضای شما:	امضای همسر شما:	شماره تلفن: (____) _____ - _____
نام خیابان و شماره محل سکونت شما:		شماره آپارتمان:
زیپ کد:	ایالت:	شهر:
شماره آپارتمان:		آدرس پستی شما (اگر از آدرس منزلتان متفاوت است):
زیپ کد:	ایالت:	شهر:

اگر اخیراً آدرس خود را عوض کرده اید اینجا علامت ضربدر ☒ بگذارید: ■

اگر سوالات دیگری دارید و ترجیح می دهید که در این مورد با کس دیگری تماس بگیریم، لطفاً نام و شماره تلفن روزانه آن شخص را ذکر کنید:

نام با حروف بزرگ:	نام خانوادگی با حروف بزرگ:	شماره تلفن: (____) _____ - _____

بخش B

اگر به کس دیگری کمک می کنید، در خانه ای که معلوم می کند شما که هستید علامت ضربدر بگذارید و شماره تلفن روز و آدرس خود را بنویسید.

■ عضو خانواده ■ وکیل ■ هواخواه دیگر ■ دیگری مشخص کنید:_____

■ دوست ■ سازمان ■ مددکار اجتماعی

:نام با حروف بزرگ:	نام خانوادگی با حروف بزرگ:	شماره تلفن: (____) _____ - _____
شماره آپارتمان:		آدرس خیابان:
زیپ کد:	ایالت:	شهر:

این فرم را تکمیل نکنید. این یک تقاضا نامه نیست.

این قسمت را تکمیل نکنید/ این پرسشنامه نیست

قانون مربوط به موارد خصوصی افراد /آگهی کاهش تشریفات اداری

بخش 1860 D-14 *قانون سوسیال سکیوریتی* جمع آوری اطلاعات درخواست شده در این فرم را مجاز می شمارد. اطلاعاتی را که شما عرضه می کنید بدین جهت مورد استفاده قرار می گیرد تا اداره سوسیال سکیوریتی را قادر سازد که مشخص کند آیا شما برای پرداخت سهمیه هزینه یک برنامه داروهای تجویزی مدیکر واجد شرایط دریافت کمک هستید یا خیر. شما مجبور نیستید اطلاعات درخواست شده را به ما بدهید. اما اگر شما این اطلاعات را عرضه نکنید، در رابطه با تقاضا نامتان ما قادر نخواهیم بود یک تصمیم دقیق و بموقع اتخاذ کنیم. ما ممکن است اطلاعات عرضه شده در این فرم را در اختیار یک سازمان دیگر دولت فدرال، ایالتی یا محلی قرار دهیم تا در مشخص ساختن واجد شرایط بودن شما برای کمک اضافی به ما کمک کنید و یا آنکه قانون فدرال در اختیار گذاشتن این اطلاعات را مقرر سازد.

ما همچنین ممکن است هنگامی که سوابق خود را از طریق کامپیوتر تطبیق می دهیم از اطلاعاتی که به ما داده اید استفاده کنیم. برنامه های تطبیقی پرونده های ما را با پرونده های دیگر سازمان های دولت فدرال، ایالتی یا محلی مقایسه می کند. بسیاری از سازمان ها ممکن است از برنامه های تطبیقی استفاده کنند تا دریابند یا ثابت کنند که شخصی واجد شرایط مزایای پرداخت شده توسط دولت فدرال هست یا خیر. قانون به ما اجازه می دهد این کار را انجام دهیم ولو آنکه با آن موافق نباشیم. توضیحات مربوط به این امر و سایر دلایلی که مشخص می سازد چرا اطلاعات عرضه شده توسط شما ممکن است مورد استفاده قرار گیرد یا در اختیار منبع دیگری گذاشته شود در دفاتر سوسیال سکیوریتی عرضه می شود. اگر مایلید در این مورد آگاهی های بیشتری داشته باشید با اداره سوسیال سکیوریتی تماس بگیرید.

بیانیه کاهش تشریفات اداری – این جمع آوری اطلاعات با مقررات 44 U.S.C. § 3507 ، بدانگونه که توسط بخش 2 *قانون کاهش تشریفات اداری مصوب 1995* اصلاح شده همخوانی دارد. شما مجبور نیستید به این سوالات پاسخ دهید مگر آنکه ما یک شماره کنترل داره مدیریت و بودجه را ارائه دهیم. ما حدس می زنیم که خواندن این راهنمایی ها، جمع آوری حقایق ، و پاسخ به سوالات مربوطه حدود 35 دقیقه وقت می گیرد. شما می توانید نظر خود راجع به تخمین زمان ما را به آدرس زیر اطلاع دهید:

Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401

فقط نظرات خود راجع به تخمین زمان را به این آدرس بفرستید، و نه فرم تکمیل شده را.

فرم تکمیل شده را برای ما و به آدرسی که روی پاکت تمبر دار ضمیمه چاپ شده بفرستید.

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