Υπηρεσία Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Σημαντικές πληροφορίες

Η ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΑΥΤΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΧΕΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΜΟΝΟ.
ΜΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΣΕΛΙΔΕΣ.
ΑΥΤΟ ΤΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ.

Τα στοιχεία μας δείχνουν ότι μπορεί να δικαιούστε επιπλέον βοήθεια για την πληρωμή των συνταγολογημένων φαρμάκων σας.

Σύντομα θα ισχύει ένα νέο πρόγραμμα Medicare για συνταγολογημένα φάρμακα. Το νέο πρόγραμμα θα σας δώσει τη δυνατότητα επιλογής προγραμμάτων για συνταγολογημένα φάρμακα με διάφορους τύπους κάλυψης.

Μπορεί να είστε σε θέση να λάβετε επιπλέον βοήθεια για το ετήσιο εκπιπτόμενο ποσό, για τα ασφάλιστρα και τις συμπληρωματικές πληρωμές που σχετίζονται με το νέο πρόγραμμα Medicare για συνταγολογημένα φάρμακα – κατά μέσο όρο, 2.100 δολάρια επιπλέον βοήθεια.

Αλλά πριν μπορέσουμε να σας βοηθήσουμε, **θα πρέπει να συμπληρώσετε την αίτηση, να την εσωκλείσετε στον παρεχόμενο φάκελο και να την ταχυδρομήσετε σήμερα.** Ή, μπορείτε να συμπληρώσετε αίτηση στο Ίντερνετ, στη διεύθυνση **www.socialsecurity.gov** από την 1η Ιουλίου 2005. Θα εξετάσουμε την αίτησή σας και θα σας στείλουμε μια επιστολή με την οποία θα σας γνωστοποιούμε εάν δικαιούστε επιπλέον βοήθεια. Θα σας στείλουμε επίσης πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα Medicare συνταγολογημένων φαρμάκων και θα σας ενημερώσουμε για το τι θα πρέπει να κάνετε μετά.

Εάν χρειάζεστε βοήθεια για τη συμπλήρωση της αίτησης, επικοινωνήστε με την Υπηρεσία Κοινωνικών Ασφαλίσεων στον αριθμό **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες στο Ίντερνετ, στη διεύθυνση **www.socialsecurity.gov**.

Εάν χρειάζεστε πληροφορίες για το νέο πρόγραμμα Medicare συνταγολογημένων φαρμάκων, καλέστε τον αριθμό 1-800-**MEDICARE** (TTY 1-877-486-2048), ή επισκεφτείτε τη σελίδα **www.medicare.gov** στο Ίντερνετ.

Ταχυδρομώντας την αίτησή σας σήμερα, θα μας δώσετε τη δυνατότητα να αποφασίσουμε συντομότερα για το εάν δικαιούστε την επιπλέον βοήθεια.

Jo Anne B. Barnhart
Commissioner

Γενικές οδηγίες για τη συμπλήρωση της αίτησης για βοήθεια μέσω του προγράμματος κόστους συνταγολογημένων φαρμάκων της Medicare

Για παροχή επιπλέον βοήθειας στην πληρωμή των εξόδων σας για φάρμακα

ΜΙΑ ΕΙΔΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΠΟΥ ΜΙΛΟΥΝ ΕΛΛΗΝΙΚΑ:

Λόγω του ότι θέλουμε να επεξεργαστούμε τις αιτήσεις όσο το δυνατόν πιο σύντομα και αποτελεσματικά, χρησιμοποιούμε έντυπα αιτήσεων που μπορούν να διαβαστούν από τους υπολογιστές. Δυστυχώς, οι υπολογιστές μας δεν μπορούν να διαβάσουν Ελληνικά, οπότε θα πρέπει να συμπληρώσετε την Αγγλική ή Ισπανική έκδοση της αίτησης.

Αυτό το έντυπο έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά για διευκόλυνσή σας. Ωστόσο, θα χρειαστεί να γράψετε τις απαντήσεις σας σε κάθε ερώτηση στο Αγγλικό ή Ισπανικό έντυπο της αίτησης. Παρακαλείσθε να θυμηθείτε να υπογράψετε το έντυπο αίτησης που έχετε συμπληρώσει.

ΑΥΤΟ ΤΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΟΔΗΓΙΩΝ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ.

Έχετε εσείς (ή το άτομο που βοηθάτε να συμπληρώσει την αίτηση) κάλυψη Medicare και Συμπληρωματικό Εισόδημα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Social Security Income – SSI), ή Medicare και Medicaid, ή σας πληρώνει η Πολιτεία στην οποία κατοικείτε ασφάλιστρα για την κάλυψη Medicare;

Εάν η απάντηση είναι **ΝΑΙ, τότε μην συμπληρώσετε αυτή την αίτηση, γιατί θα λάβετε αυτόματα την επιπλέον βοήθεια.** Θα λάβετε μία άλλη επιστολή σχετικά για το πώς θα λάβετε την επιπλέον βοήθεια. Εάν η απάντησή σας είναι ΟΧΙ, ή ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ (Η), τότε παρακαλείσθε να συμπληρώσετε αυτή την αίτηση. Παρακαλείσθε να διαβάσετε τις ακόλουθες οδηγίες πριν συμπληρώσετε αυτή την αίτηση. Συμπληρώστε όλες τις ερωτήσεις, εκτός εάν σημειώνεται διαφορετικά.

Πώς να συμπληρώσετε αυτή την αίτηση

- Χρησιμοποιήστε **ΜΑΥΡΟ ΜΕΛΑΝΙ**, ή **μολύβι No. 2**.
- Διατηρήστε τους αριθμούς, τα γράμματα και τα Χ μέσα στα τετραγωνάκια.
- Μη χρησιμοποιείτε το σήμα του δολαρίου ($) όταν γράφετε χρηματικά ποσά. Το σήμα του δολαρίου είναι προεκτυπωμένο και
- **Μπορείτε να στρογγυλοποιήσετε τα σεντς στο πιο κοντινό ακέραιο αριθμό δολαρίων.**

★ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Σημειώστε Χ στο τετραγωνάκι. ΜΗ μαυρίσετε ή μη βάλετε σημάδια στα τετραγωνάκια.

☒ ☑

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

Εάν βοηθάτε κάποιον άλλο (ή άλλη) στη συμπλήρωση αυτής της αίτησης

Απαντήστε τις ερωτήσεις όπως θα τις απαντούσε αυτό το άτομο αν συμπλήρωνε την αίτηση. Θα πρέπει να γνωρίζετε τον αριθμό κοινωνικής ασφάλισης (Social Security Number) και τις οικονομικές του πληροφορίες. Επίσης, συμπληρώστε την Ενότητα Β στη σελίδα 6.

Συμπλήρωση της αίτησης

Μπορείτε να συμπληρώσετε την αίτηση στο Ίντερνετ στη διεύθυνση **www.socialsecurity.gov**, ή να χρησιμοποιήσετε τον παρεχόμενο προεκτυπωμένο και με πληρωμένο το ταχυδρομικό τέλος φάκελο για να επιστρέψετε τη συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη αίτησή σας στη διεύθυνση:

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

Αποστείλετε ολόκληρο το πακέτο στον εσώκλειστο φάκελο. Μην συμπεριλάβετε οποιαδήποτε προσαρτήματα. Εάν χρειάζεστε περισσότερες πληροφορίες, όπως καταστάσεις λογαριασμών από οικονομικούς οργανισμούς, θα επικοινωνήσουμε μαζί σας.

Εάν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις, ή εάν χρειάζεστε βοήθεια για τη συμπλήρωση αυτής της αίτησης

Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στον χωρίς χρέωση αριθμό **1-800-772-1213**, ή εάν πάσχετε από κώφωση ή δυσκολίες ακοής, μπορείτε να καλέσετε τον αριθμό TTY **1-800-325-0778**.

ΜΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ. ΑΥΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ.

Αίτηση για βοήθεια με το κόστος συνταγο-λογημένων φαρμάκων της Medicare

ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΣΤΟΥΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΤΗΣ MEDICARE.

1. Όνομα αιτούντος (γράψτε κάθε γράμμα σε ένα ξεχωριστό τετραγωνάκι.)

ΚΥΡΙΟ ΟΝΟΜΑ **ΔΜ**

ΕΠΩΝΥΜΟ **ΤΙΤΛΟΣ (Κος, Κα, κλπ)**

Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης αιτούντος

— —

★ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Χρησιμοποιείτε κεφαλαία όταν συμπληρώνετε τις απαντήσεις A | B | C | D

★ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΑΡΙΘΜΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

1 | 2 | 3 – 4 | 5 – 6 | 7 | 8 | 9.

2. Εάν είστε ανύπαντρος (-η), διαζευγμένος (-η), χήρος (χήρα), ή ο (η) σύζυγός σας δεν ζει μαζί σας, προχωρήστε στην ερώτηση 3. Εάν είστε παντρεμένος και ζείτε με το (τη) σύζυγό σας, παρακαλούμε σημειώστε ένα από τα τετραγωνάκια παρακάτω για να καθορίσετε ποιος υποβάλλει την αίτηση:

Κάνετε την αίτηση μόνος σας.

Εσείς και ο (η) σύζυγός σας έχετε Medicare και\ υποβάλλετε μαζί αυτή την αίτηση.

Ακόμα κι αν ο (η) σύζυγός σας δεν υποβάλλει αίτηση, είναι απαραίτητο να συμπληρώσετε όλες τις ερωτήσεις και υπογραφές και για τους δύο σας, εάν ζείτε μαζί.

Όνομα συζύγου (εάν είστε παντρεμένος (-η) και ζείτε μαζί)

ΚΥΡΙΟ ΟΝΟΜΑ **ΔΜ**

ΕΠΩΝΥΜΟ **ΤΙΤΛΟΣ (Κος, Κα, κλπ)**

Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης συζύγου

— —

3. Εάν είστε ανύπαντρος (-η), χήρος (-α), ή ο (η) σύζυγός σας δεν ζει μαζί σας, έχουν οι αποταμιεύσεις σας, οι επενδύσεις σας και τα ακίνητα που κατέχετε (εκτός από την κύρια οικία σας), αξία μεγαλύτερη από $11.500; Εάν είστε παντρεμένος (-η) και ζείτε μαζί, έχουν τα παραπάνω αξία μεγαλύτερη από $23.000; (Αυτά τα όρια θα είναι υψηλότερα μετά το 2006.) Συμπεριλάβετε τα περιουσιακά στοιχεία που κατέχετε προσωπικά, με τον (την) σύζυγό σας ή με κάποιον άλλο. **Μην συμπεριλάβετε την κύρια οικία σας, οχήματα, τάφους, ή προσωπικά περιουσιακά στοιχεία.**

ΝΑΙ **ΟΧΙ** **ΟΧΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ**

Εάν σημειώσατε ☒ στο τετραγωνάκι **ΝΑΙ**, τότε δεν δικαιούστε την επιπλέον βοήθεια και δεν χρειάζεται να συμπληρώσετε το υπόλοιπο της αίτησης. Μπορεί να δικαιούστε ακόμα παροχές μέσω του πρακτορείου Medicaid της Πολιτείας σας.

Ωστόσο, εάν θέλετε μια απόφαση, σημειώστε με ☒ το τετραγωνάκι **ΟΧΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ**. Εάν σημειώσετε με ☒ το τετραγωνάκι **ΟΧΙ**, ή το **ΟΧΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ** συμπληρώστε το υπόλοιπο της αίτησης.

4. Παρακαλείσθε να αναφέρετε χρήματα σε τραπεζικούς λογαριασμούς, επενδύσεις, ή μετρητά που είτε εσείς, είτε ο (η) σύζυγός σας (εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί), ή και οι δύο σας κατέχετε, στα παρακάτω τετραγωνάκια. Συμπεριλάβετε αντικείμενα που οποιοσδήποτε από εσάς κατέχει μαζί με άλλο πρόσωπο. (Συμπεριλάβετε μόνο τα ποσά σε δολάρια, όχι τον αριθμό λογαριασμού.) Εάν εσείς ή ο (η) σύζυγός σας (εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί) δεν κατέχετε κάποιο αντικείμενο που αναφέρεται, είτε χωριστά, είτε μαζί με άλλο πρόσωπο, σημειώστε με ☒ το τετραγωνάκι **ΤΙΠΟΤΑ**.

• Τραπεζικοί λογαριασμοί (επιταγών, αποταμιευτικοί και πιστοποιητικά καταθέσεων)	☐ **ΤΙΠΟΤΑ**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Μετοχές, ομόλογα, ομόλογα αποταμιεύσεων, αμοιβαία κεφάλαια, ανεξάρτητοι συνταξιοδοτικοί λογαριασμοί, ή παρόμοιες επενδύσεις	☐ **ΤΙΠΟΤΑ**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Οποιοδήποτε άλλο ποσό σε μετρητά ή οπουδήποτε αλλού	☐ **ΤΙΠΟΤΑ**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

5. Έχετε εσείς (ή ο (η) σύζυγός σας, εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί) συμβόλαια ασφάλειας ζωής με συνολικό ποσό ασφάλισης $1.500 ή περισσότερα; Απαντήστε για σας και το (τη) σύζυγό σας εάν ζείτε μαζί. Εάν απαντήσατε **ΟΧΙ** για σας και το (τη) σύζυγό σας, προχωρήστε στην ερώτηση 6.

ΕΣΕΙΣ: ☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

ΣΥΖΥΓΟΣ (εάν ζείτε μαζί): ☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

Εάν η απάντηση για σας ή για το (τη) σύζυγό σας είναι **ΝΑΙ**, πόσα χρήματα θα λαμβάνατε εάν εξαγοράζατε τα ασφαλιστήρια συμβόλαιά σας τώρα; (Το ποσό αυτό δεν είναι το ποσό ασφάλισης των συμβολαίων σας. Πρέπει να επικοινωνήσετε με την ασφαλιστική σας εταιρία για να λάβετε απάντηση σ' αυτή την ερώτηση.) Καταχωρήστε το ποσό.

$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

6. Αναμένετε να χρησιμοποιήσετε χρήματα για οποιαδήποτε από τις πηγές που αναφέρονται στις ερωτήσεις 4 ή 5 για να πληρώσετε για κηδεία ή για έξοδα ταφής για τον εαυτό σας (ή το (τη) σύζυγό σας, εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί);

ΕΣΕΙΣ: ☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

ΣΥΖΥΓΟΣ (εάν ζείτε μαζί): ☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

7. Εκτός από το σπίτι σας και το οικόπεδο στο οποίο βρίσκεται, κατέχετε εσείς (ή ο (η) σύζυγός σας, εάν είστε παντρεμένοι) οποιαδήποτε ακίνητη περιουσία;

☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

8. Ο τρόπος διαβίωσής σας μπορεί να επηρεάσει το ποσό της βοήθειας που μπορείτε να λάβετε. Συνεπώς, χρειάζεται να γνωρίζετε πόσοι από τους συγγενείς που μένουν μαζί σας (και το (τη) σύζυγό σας, εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί) εξαρτώνται από σας ή από το (τη) σύζυγό σας για παροχή του μισού τουλάχιστον ποσού της οικονομικής υποστήριξής τους. Οι συγγενείς μπορεί να συμπεριλαμβάνουν οποιονδήποτε σχετίζεται με σας με δεσμό αίματος, γάμου, ή υιοθεσίας.

Πόσοι από τους συγγενείς που μένουν μαζί σας και με το (τη) σύζυγό σας εξαρτώνται από σας ή από το (τη) σύζυγό σας για την παροχή οικονομικής υποστήριξης; **Μην συμπεριλάβετε τον εαυτό σας ή το (τη) σύζυγό σας σ' αυτό τον αριθμό.** (Παρακαλείσθε να σημειώσετε με ☒ ένα μόνο τετραγωνάκι.)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ΤΙΠΟΤΑ	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9 ή περισσότεροι**

9. Εάν εσείς (ή ο (η) σύζυγός σας, εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί) λαμβάνετε εισόδημα από οποιεσδήποτε από τις πηγές που αναφέρονται παρακάτω, παρακαλείσθε να καταχωρήσετε **το συνολικό μηνιαίο εισόδημα**. **Εάν το ποσό αυτό αλλάζει από μήνα σε μήνα, καταχωρήστε το μέσο μηνιαίο εισόδημα για το περασμένο έτος για κάθε τύπο** στα κατάλληλα τετραγωνάκια. Μην αναφέρετε μισθούς και εισόδημα από αυτοαπασχόληση, εισόδημα από τόκους, βοηθήματα από το δημόσιο, ιατρικές αποζημιώσεις, ή πληρωμές από υιοθεσίες στο παρόν. Εάν εσείς ή ο (η) σύζυγός σας δεν λαμβάνετε εισόδημα από οποιαδήποτε από τις πηγές που αναφέρονται παρακάτω, παρακαλείσθε να σημειώσετε με ☒ το τετραγωνάκι **ΤΙΠΟΤΑ**.

• Social Security (Κοινωνική ασφάλιση)	Θα χρησιμοποιήσουμε το ποσό στο αρχείο μας.	
• Railroad Retirement (Σύνταξη προσωπικού σιδηροδρόμων)	☐ **ΤΙΠΟΤΑ**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Veterans (Βετεράνοι)	☐ **ΤΙΠΟΤΑ**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Other pensions or annuities (Άλλες συντάξεις ή μηνιαίες πληρωμές) (Μην συμπεριλάβετε χρήματα που λαμβάνετε απ' οποιαδήποτε αντικείμενα συμπεριλάβατε στην ερώτηση 4.)	☐ **ΤΙΠΟΤΑ**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐
• Άλλο εισόδημα που δεν αναφέρατε παραπάνω, συμπεριλαμβανομένης διατροφής, καθαρού εισοδήματος από ενοίκια, εργατικές αποζημιώσεις (Καθορίστε): _____	☐ **ΤΙΠΟΤΑ**	$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

10. Έχει μειωθεί οποιοδήποτε από τα ποσά που συμπεριλάβατε στην ερώτηση 9, κατά τα τελευταία δύο έτη;

☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

11. Σας βοηθάει οποιοσδήποτε εσάς (ή το (τη) σύζυγό σας, εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί) σε πληρωμές για οποιοδήποτε από τα ακόλουθα έξοδα νοικοκυριού – τρόφιμα, ενοίκιο, [sth. missing?] καύσιμα ή γκάζι θέρμανσης, ηλεκτρικό, νερό και φόρους ακίνητης περιουσίας; (Μην συμπεριλάβετε κουπόνια τροφίμων, επισκευές οικίας, βοηθήματα από στεγαστική υπηρεσία, πρόγραμμα βοήθειας πληρωμών οικιακής ενέργειας, Meals on Wheels, ή βοήθεια με ιατρική θεραπεία και φάρμακα.)

☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

Εάν σημειώσατε ☒ στο τετραγωνάκι **ΝΑΙ**, τότε καταχωρήστε το μηνιαίο ποσό, ή εάν το ποσό αλλάζει από μήνα σε μήνα, καταχωρήστε το μέσο μηνιαίο ποσό για το περασμένο έτος.

$ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

- **Εάν είστε ανύπαντρος (-η), διαζευγμένος (-η), ή χήρος (χήρα) και δεν έχετε εργαστεί τα περασμένα δύο έτη, αγνοήστε τις ερωτήσεις 12-16 και προχωρήστε στη σελίδα 6.**
- **Εάν είστε παντρεμένος (-η) και ζείτε με το (τη) σύζυγό σας και κανείς από εσάς δεν έχει εργαστεί τα περασμένα δύο έτη, αγνοήστε τις ερωτήσεις 12-16 και προχωρήστε στη σελίδα 6.**

12. Τι αναμένετε να κερδίσετε σε μεικτούς μισθούς αυτό **το έτος**;

ΕΣΕΙΣ: ☐ **ΤΙΠΟΤΑ** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

ΣΥΖΥΓΟΣ (εάν ζείτε μαζί): ☐ **ΤΙΠΟΤΑ** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

13. Εάν είστε αυτοαπασχολούμενος, τι αναμένετε να κερδίσετε σε καθαρά κέρδη (ή ζημίες) αυτό **το έτος**;

ΕΣΕΙΣ: ☐ **ΤΙΠΟΤΑ** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

ΣΥΖΥΓΟΣ (εάν ζείτε μαζί): ☐ **ΤΙΠΟΤΑ** $ ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

Σημειώστε ☒ εδώ εάν εσείς ή ο (η) σύζυγός σας αναμένει καθαρές ζημίες.

ΕΣΕΙΣ: ☐ **ΣΥΖΥΓΟΣ (εάν ζείτε μαζί):** ☐

14. Έχουν τα ποσά των ερωτήσεων 12 ή 13 μειωθεί τα τελευταία δύο έτη;

☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

15. Εάν εσείς (ή ο (η) σύζυγός σας, εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί) σταματήσατε πρόσφατα να εργάζεστε, ή σκοπεύετε να σταματήσετε, καταχωρήστε το μήνα και το έτος.

★ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ	
Για Ιανουάριο – Σεπτέμβριο, βάλτε ένα μηδέν (0) στο πρώτο τετραγωνάκι. Μάιος 2006 πρέπει να διαβάζεται ως:	0 5 - 2 0 0 6 MM ΑΑΑΑ

ΕΣΕΙΣ: ☐☐ (M M) 2 0 ☐☐ (E E E E)

ΣΥΖΥΓΟΣ: ☐☐ (M M) 2 0 ☐☐ (E E E E)

(εάν ζείτε μαζί)

- **Εάν είστε ανύπαντρος (-η), διαζευγμένος (-η), ζείτε χωριστά, ή είστε χήρος (χήρα) και ηλικίας 65 και άνω, αγνοήστε την ερώτηση 16 και προχωρήστε στη σελίδα 6.**
- **Εάν είστε παντρεμένος (-η) και ζείτε μαζί με το (τη) σύζυγό σας και είστε και οι δύο ηλικίας 65 και άνω, αγνοήστε την ερώτηση 16 και προχωρήστε στη σελίδα 6.**

16. Είναι αναγκαίο για σας (ή για το (τη) σύζυγό σας εάν είστε παντρεμένοι και ζείτε μαζί) να πληρώσετε για αντικείμενα που σας καθιστούν ικανούς για εργασία; Θα λάβουμε υπόψη μόνο ένα μέρος των κερδών σας για το όριο εισοδήματος, εάν εργάζεστε και λαμβάνετε παροχές Κοινωνικής Ασφάλισης που βασίζονται σε ανικανότητα ή τύφλωση και έχετε έξοδα σχετιζόμενα με εργασία για τα οποία δεν αποζημιώνεστε. Παραδείγματα τέτοιων εξόδων είναι: το κόστος ιατρικής θεραπείας και φαρμάκων για AIDS, καρκίνο, κατάθλιψη, ή επιληψία, για αναπηρική πολυθρόνα, για υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας, για τροποποιήσεις στο αυτοκίνητό σας, για οδηγό ή άλλες ανάγκες μεταφοράς που σχετίζονται με την εργασία σας. Επίσης, για βοηθητική τεχνολογία για την εργασία σας, για έξοδα οδηγού-σκύλου, για βοηθήματα αφής και όρασης και για μεταφράσεις στο σύστημα Braille.

ΕΣΕΙΣ: ☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** **ΣΥΖΥΓΟΣ (εάν ζείτε μαζί):** **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

ΜΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ. ΑΥΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ.

Υπογραφές

Εγώ (εμείς) κατανοώ (κατανοούμε) ότι με την υποβολή αυτής της αίτησης εγώ (εμείς) δηλώνω (-ουμε) υπεύθυνα και με πλήρη επίγνωση του νόμου περί ψευδορκίας ότι εγώ (εμείς) έχω (έχουμε) εξετάσει όλες τις πληροφορίες σ' αυτό το έντυπο και ότι είναι αληθείς και ορθές σύμφωνα με τα όσα γνωρίζω (-ουμε). Εγώ (εμείς) κατανοώ (-ούμε) ότι οποιοσδήποτε κάνει ψευδή ή παραπλανητική δήλωση σχετικά με σημαντικό γεγονός σ' αυτές τις πληροφορίες, ή προκαλέσει άλλο πρόσωπο να το κάνει αυτό, διαπράττει έγκλημα και μπορεί να φυλακιστεί ή να χρεωθεί με χρηματικές ποινές, ή και τα δύο. Εγώ (εμείς) κατανοώ (-ούμε) ότι η Υπηρεσία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Social Security Administration – SSA) θα ελέγξει τις δηλώσεις μου (μας) και θα τις συγκρίνει με τα αρχεία σε Ομοσπονδιακές, Πολιτειακές και τοπικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της Υπηρεσίας Δημοσίων Εσόδων (Internal Revenue Service) για να βεβαιωθεί ότι ο καθορισμός είναι σωστός. Με την υποβολή αυτής της αίτησης, εγώ (εμείς) εξουσιοδοτώ (-ούμε) την SSA να λάβει και αποκαλύψει πληροφορίες που σχετίζονται με το εισόδημά μου (μας), τους πόρους και τα περιουσιακά στοιχεία, στο εσωτερικό και εξωτερικό, σε συμφωνία με τους ισχύοντες νόμους περί προσωπικού απορρήτου. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να συμπεριλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, πληροφορίες σχετικές με τους μισθούς μου (μας), τα υπόλοιπα λογαριασμών, επενδύσεις, ασφαλιστήρια συμβόλαια, παροχές και συντάξεις.
Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε την Ενότητα Α. Εάν δεν μπορείτε να υπογράψετε, μπορεί να υπογράψει κάποιος εκπρόσωπός σας για σας. Εάν κάποιος σας βοήθησε σ' αυτό, συμπληρώστε επίσης την Ενότητα Β.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α

Η υπογραφή σας	Υπογραφή του (της) συζύγου σας	Αριθμός τηλεφώνου (____) _____ - _____
Η διεύθυνση οικίας σας		Αρ. διαμερίσματος #:
Πόλη	Νομός:	Ταχυδρομικός κώδικας:
Η ταχυδρομική σας διεύθυνση (εάν είναι διαφορετική από τη διεύθυνση οικίας σας)		Αρ. διαμερίσματος #:
Πόλη	Νομός:	Ταχυδρομικός κώδικας:

Εάν αλλάξατε πρόσφατα τη διεύθυνσή σας, σημειώστε ☒ εδώ: ☐

Εάν θα θέλατε να επικοινωνήσουμε με κάποιον άλλο για περισσότερες ερωτήσεις που μπορεί να έχουμε, παρακαλούμε να μας γνωστοποιήσετε τον αριθμό τηλεφώνου και τη διεύθυνσή του (της).

Κύριο Όνομα:	Επώνυμο:	Αριθμός τηλεφώνου: (____) _____ - _____

ΕΝΟΤΗΤΑ Β

Εάν βοηθάτε κάποιον άλλο για τη συμπλήρωση, παρακαλείσθε να σημειώσετε με ☒ το τετραγωνάκι που περιγράφει ποιος (ποια) είστε και να μας γνωστοποιήσετε τον αριθμό τηλεφώνου και τη διεύθυνσή σας.

☐ Μέλος οικογένειας ☐ Δικηγόρος ☐ Άλλος εκπρόσωπος ☐ Άλλο
Καθορίστε: _____
☐ Φίλος ☐ Υπηρεσία ☐ Κοινωνικός λειτουργός _____

Κύριο Όνομα:	Επώνυμο:	Αριθμός τηλεφώνου: (____) _____ - _____
Διεύθυνση:		Αρ. διαμερίσματος #:
Πόλη	Νομός	Ταχυδρομικός κώδικας

Πράξη προστασίας προσωπικού απορρήτου / Κοινοποίηση μείωσης γραφειοκρατίας

Η ενότητα 1860 D-14 της *Πράξης Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Social Security Act)*, εξουσιοδοτεί τη συλλογή πληροφοριών που απαιτούνται σ' αυτό το έντυπο. Οι πληροφορίες που παρέχονται, θα χρησιμοποιηθούν για να καταστήσουν ικανή την Υπηρεσία Κοινωνικών Ασφαλίσεων να καθορίσει εάν δικαιούστε βοήθεια για την πληρωμή του μεριδίου σας στο κόστος του προγράμματος συνταγολογημένων φαρμάκων της Medicare. Δεν απαιτείται να μας παρέχετε τις πληροφορίες που ζητούνται. Ωστόσο, εάν δεν παρέχετε τις πληροφορίες, δεν θα είμαστε σε θέση να λάβουμε ακριβή και έγκαιρη απόφαση στην αίτησή σας. Μπορεί να παρέχουμε πληροφορίες που συλλέγονται σ' αυτό το έντυπο σε άλλες Ομοσπονδιακές, Πολιτειακές, ή τοπικές κρατικές υπηρεσίες για να λάβουμε βοήθεια στον καθορισμό της καταλληλότητάς σας για επιπλέον βοήθεια, εάν η Ομοσπονδιακή Νομοθεσία απαιτεί την αποκάλυψη πληροφοριών.

Μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες που μας παρέχετε για να τις διασταυρώσουμε με στοιχεία μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Ειδικά προγράμματα διασταύρωσης πληροφοριών συγκρίνουν τα αρχεία μας με αυτά των Ομοσπονδιακών, Πολιτειακών, ή τοπικών κρατικών υπηρεσιών. Πολλές υπηρεσίες μπορεί να χρησιμοποιούν προγράμματα διασταύρωσης πληροφοριών για την εύρεση ή απόδειξη του ότι κάποιο πρόσωπο είναι κατάλληλο για παροχές από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση. Ο νόμος μας επιτρέπει να το κάνουμε αυτό, ακόμα κι αν δεν συμφωνείτε. Εξηγήσεις για αυτούς και άλλους λόγους σχετικά με το γιατί οι πληροφορίες που μας παρέχετε μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή να αποκαλυφθούν, διατίθενται στα γραφεία της Υπηρεσίας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Εάν θέλετε να μάθετε περισσότερα σχετικά μ' αυτό, επικοινωνήστε με οποιοδήποτε γραφείο της Υπηρεσίας Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Δήλωση πράξης μείωσης γραφειοκρατίας – Αυτή η συλλογή πληροφοριών ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του νόμου 44 U.S.C. § 3507, όπως έχει τροποποιηθεί από την ενότητα 2 της *Πράξης Μείωσης Γραφειοκρατίας (Paperwork Reduction Act) του 1995*. Δεν χρειάζεται να απαντήσετε σ' αυτές τις ερωτήσεις, εκτός εάν επιδείξουμε έγκυρο αριθμό ελέγχου του Γραφείο Διαχείρισης και Προϋπολογισμού. Υπολογίζουμε ότι θα χρειαστείτε περίπου 35 λεπτά για να διαβάσετε τις οδηγίες, να συλλέξετε τα δεδομένα και ν' απαντήσετε στις ερωτήσεις. Μπορείτε να μας στείλετε σχόλια σχετικά με τον υπολογισμό που κάναμε για το χρόνο αυτό, στη διεύθυνση: Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. **Στείλτε <u>μόνο</u> σχόλια σχετικά με το δικό μας υπολογισμό χρόνου σ' αυτή τη διεύθυνση, όχι το συμπληρωμένο έντυπο.**

ΣΤΕΙΛΤΕ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΕ ΜΑΣ, ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΟΝ ΕΣΩΚΛΕΙΣΤΟ ΠΡΟΕΚΤΥΠΩΜΕΝΟ ΦΑΚΕΛΟ:

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