

# Administracja Ubezpieczenia Społecznego Ważna Informacja



**NINIEJSZY DOKUMENT MA CHARAKTER WYŁĄCZNIE INFORMACYJNY. PROSZĘ NIE WYPEŁNIAĆ KOLEJNYCH STRON. NINIEJSZY ARKUSZ NIE JEST WNIOSKIEM.**

## **Możecie zostać wybranym do wystąpienia o dodatkową pomoc w spłacaniu leków na receptę.**

Program refundacji leków na receptę Medicare daje Państwu możliwość wybrania planu pokrywającego koszty leków na receptę. W ten sposób możecie Państwo wystąpić o udzielenie Dodatkowej Pomocy w celu opłacenia, co miesięcznych składek, rocznego wkładu własnego, oraz współpłaty za leki w ramach programu Medicare.

Ale za nim udzielimy Państwu pomocy, **należy wypełnić wniosek, włożyć go do koperty i wysłać go dzisiaj**. Można też wypełnić wniosek na stronie internetowej [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). Sprawdzimy Państwa wniosek i wyślemy Państwu list z informacją czy zakwalifikowaliście się do otrzymywania Dodatkowej Pomocy. Aby móc skorzystać z Dodatkowej Pomocy należy przystąpić do programu refundacji leków na receptę Medicare.

W razie potrzeby pomocy prosimy zadzwonić do Urzędu Ubezpieczenia Społecznego pod numer **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

**Mogą również Państwo otrzymać pomoc od swego Stanu w spłacaniu kosztów ubezpieczenia Medicare w ramach Programów Oszczędnościowych Medicare.** Wypełniając ten wniosek rozpoczyna Państwo proces ubiegania się o pomoc w ramach Programu Oszczędnościowego Medicare. Wszelkie informacje na Pański temat zostaną wysłane do władz stanowych, które skontaktują się z Państwem w celu pomocy w złożeniu wniosku o pomoc w ramach Programu Oszczędnościowego Medicare, o ile Państwo zadecydują inaczej, wyrażając to w odpowiedzi na 15 pytanie niniejszego formularza.

Aby uzyskać więcej informacji o Programach Oszczędnościowych Medicare, programie refundacji leków na receptę, lub o tym, jak przystąpić do planu, prosimy dzwonić pod numer **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**; TTY **1-877-486-2048**) lub odwiedzić naszą stronę internetową [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). Możecie także poprosić o informacje, o tym jak skontaktować się z najbliższym Stanowym Programem Pomocy w Ubezpieczeniach Społecznych (State Health Insurance Counseling and Assistance Program - SHIP). SHIP dostarczy wszelkich informacji o pytaniach na temat Medicare.

Prosimy wysłać wniosek jeszcze dzisiaj.

*Social Security Administration*

# Ogólne Instrukcje Dotyczące Wypełnienia Wniosku o Dodatkową Pomoc w Ramach Programu Refundacji Leków na Receptę Ubezpieczenia Medicare



## Czy Pomagasz Komuś W Wypełnieniu Tego Wniosku?

Prosimy odpowiadać na pytania tak, jakby ta osoba sama wypełniała ten formularz. Konieczna będzie znajomość numeru Ubezpieczenia Społecznego i wszelkie informacje finansowe tej osoby. Prosimy również wypełnić część B na 6 stronie.

## Posiadają Państwo ubezpieczenie Medicare i otrzymują Dodatkową Zapomogę Rządową (SSI) lub ubezpieczenia Medicare i Medicaid?

Jeśli odpowiedź brzmi TAK, prosimy nie wypełniać niniejszego formularza, gdyż Dodatkowa Pomoc zostanie Państwu przyznana automatycznie.

## Czy Program Stanowy Medicaid płaci Państwu składki Medicare z tytułu przynależności do Programu Oszczędnościowego Medicare?




Jeśli odpowiedź brzmi TAK, prosimy skontaktować się z biurem stanowym Medicaid w celu uzyskania więcej informacji. Możecie Państwo otrzymać Dodatkową Pomoc automatycznie, a wypełnienie niniejszego formularza nie będzie potrzebne.

## Jak Należy Wypełnić Ten Formularz

- Użyć tylko CZARNEGO TUSZU;
- Numery, litery i znaki  należy wpisywać wewnątrz kratek, używać wyłącznie WIELKICH liter;
- Nie dopisywać żadnych odręcznie napisanych komentarzy na formularzu;
- Przy wpisywaniu kwot pieniężnych nie używać znaku dolara; oraz
- Centy można zaokrąglić do pełnego dolara.

**PRZYKŁAD**

Wstawić X w kratce. Nie wypełniaj lub używaj znaczników wyboru w polach.

 PRAWIDŁOWO	  NIEPRAWIDŁOWO
---	--

**PRZYKŁAD**

Wpisać odpowiedź używając wielkich liter

A	B	C	D
---	---	---	---

## Wypełnianie Wniosku

Wniosek można wypełnić przez Internet na stronie [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) lub wysłać wypełniony i podpisany formularz w opłaconej i zaadresowanej kopercie na:

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

Prosimy o odesłanie niniejszego pakietu wnioskowego w załączonej kopercie. Nie przysyłać niczego innego w kopercie. W razie, gdybyśmy potrzebowali dodatkowych informacji skontaktujemy się z Państwem.

**UWAGA:** Aby złożyć wniosek, należy być mieszkańcem jednego z 50 Stanów albo Okręgu Columbia.

## W Razie Pytań Lub Uzyskania Dodatkowej Pomocy W Wypełnieniu Tego Wniosku

Prosimy zadzwonić pod nasz bezpłatny numer 1-800-772-1213, lub w przypadku osób niesłyszących lub niedosłyszących można dzwonić pod numer TTY, 1-800-325-0778.



## Wniosek o Uzyskanie Dodatkowej Pomocy w Ramach Programu Medicare Refundacji Leków na Receptę

**NINIEJSZY FORMULARZ JEST WNIOSEKIEM O DODATKOWĄ POMOC, A NIE PODANIEM O PRZYSTAPIENIE DO PLANU REFUNDACJI LEKÓW NA RECEPTĘ UBEZPIECZENIA MEDICARE.**

1. Imię i nazwisko osoby składającej wniosek: Wpisać dane drukowanymi literami, **tak jak widnieją na Państwa karcie Ubezpieczenia Społecznego**. W kratkę proszę wpisać tylko jedną literę.

IMIĘ

I.D.I. (Inicjały Drugiego Imienia)

NAZWISKO PRZYROSTEK (Jr., Sr., etc.)

NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK  
DATA URODZENIA OSOBY

SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (MM-DD-RRRR)

2. Jeśli Pan/Pani jest **żonaty/zamężna i mieszkają razem** z współmałżonkiem, proszę podać następujące informacje, **tak jak widnieją na karcie Ubezpieczenia Społecznego Państwa współmałżonka**. Jeśli Pan/Pani nie jest aktualnie żonaty/zamężna, nie mieszkają razem z współmałżonkiem lub jest wdowcem/wdową, proszę przejść do pytania nr 3 i nie wpisywać żadnych informacji dotyczących współmałżonka w niniejszym wniosku.

IMIĘ

I.D.I (Inicjały Drugiego Imienia)

NAZWISKO

PRZYROSTEK (Jr., Sr., etc.)

NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO  
WSPÓŁMAŁŻONKA

DATA URODZENIA  
WSPÓŁMAŁŻONKA (MM-DD-RRRR)

Jeśli Państwa współmałżonek posiada ubezpieczenie Medicare, czy chciałby ubiegać się Dodatkową Pomoc?

TAK

NIE

3. Pan/Pani jest **zamężny/mężatką i mieszka razem z współmałżonkiem**, to czy mają oszczędności, inwestycje lub nieruchomości warte więcej niż \$33,950? Jeśli Pan/Pani nie jest zamężny/mężatką lub nie mieszkają razem z współmałżonkiem, czy ta wartość przekracza \$17,010? **NIE wliczać domu, pojazdów, przedmiotów osobistego użytku, ubezpieczenia na życie, działek cementarnych, nieodwołalnych umów dotyczących pochówku ani zwrotów płatności z Ubezpieczenia Społecznego lub SSI.**

**TAK** Jeśli Państwo wpiszą  w kratce TAK, to Dodatkowa Pomoc Państwa nie przysługuje. Ale Państwa Urząd Stanowy może udzielić Wam pomocy w kosztach ubezpieczenia Medicare poprzez Program Oszczędnościowy Medicare. Aby rozpocząć proces ubiegania się o pomoc w ramach Programów Oszczędnościowych Medicare proszę przejść do 6 strony, podpisać niniejsze podanie i przesłać je do nas. Jeśli nie są Państwo zainteresowani Programami Oszczędnościowymi Medicare, proszę przejść do pytania nr 15 na 5 stronie.

**NIE lub TRUDNO** Powiedzieć, Jeśli Państwo wpiszą  w polu NIE lub TRUDNO POWIEDZIEĆ, proszę dokończyć wypełnienie tego wniosku i przesłać go do nas.



Jeśli Państwo wstawili  w polu NIE lub TRUDNO POWIEDZIEĆ w 3-cim pytaniu, proszę odpowiedzieć na wszystkie poniższe pytania. Jeśli Państwo zamieszkują z współmałżonkiem należy odpowiedzieć na wszystkie te pytania za was obu.

4. Proszę wpisać poniżej kwoty pieniężne z kont bankowych, inwestycyjnych lub gotówkę, którą Pan/Pani, Pana/ Pani współmałżonek, jeśli jest Pan/Pani żonaty/zamężna i mieszkają razem, lub obydwójce razem. Także prosimy wliczyć zasoby posiadane w spółce z inną osobą. Proszę podać kwoty w dolarach, nie numery kont. Jeśli Państwo lub Państwa współmałżonek nie posiadają żadnych z wymienionych pozycji, osobiście lub w spółce z inną osobą, proszę wpisać  w polu NIE DOTYCZY. NIE wpisywać zwrotów płatności z Ubezpieczenia Społecznego lub SSI otrzymanych w ciągu ostatnich 10 miesięcy.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Łączna suma na wszystkich kontach bankowych (czekowych, oszczędnościowych, oraz świadectwa lokatowe)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Łączna suma, obligacji, obligacji oszczędnościowych, udziałów w funduszach inwestycyjnych, Indywidualnych Kont Emerytalnych lub innych podobnych inwestycji</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wszelka inna gotówka przechowywana w domu lub w innym miejscu</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>

5. Czy jakieś środki pieniężne, pochodzące z któryś z tych źródeł wymienionych w pytaniu 4, zostaną wykorzystane na opłacenie kosztów pogrzebu?

Jeśli TAK, proszę przejść do pytania 6.

Jeśli NIE, proszę wpisać  w polu NIE, a później przejść do pytania 6.

PAN/PANI:  NIE

WSPÓŁMAŁŻONEK:  NIE

6. Poza własnym domem i posiadłością, na której jest usytuowany, Pan/Pani lub Pana/Pani współmałżonek, jeśli są Państwo małżeństwem i mieszkają razem, posiadają nieruchomości? Przykładami takich nieruchomości są domy letniskowe, nieruchomości do wynajęcia lub działki nie eksploatowane w Państwa posiadaniu i są one oddzielne od Państwa domu.

TAK

NIE

7. W celu zrozumienia tego pytania, krewny to ktoś, kto związany z Państwem poprzez więzy krwi, adopcję, lub związek małżeński (nie wliczając współmałżonka). Ilu krewnych mieszka z Państwem i jest na Państwa lub współmałżonka utrzymaniu, **przynajmniej w połowie?**

Proszę nie wliczać siebie ani współmałżonka. Jeśli Pan/Pani mieszka tylko z współmałżonkiem, proszę wstawić  w polu ZERO. Proszę wstawić  tylko w jednym miejscu.

ZERO    1    2    3    4    5    6    7    8    9 lub więcej



8. Jeśli Pan/Pani lub współmałżonek są w związku małżeńskim i mieszkają razem, otrzymują **dochody** z jakiegokolwiek źródła niżej wymienionego, proszę odpowiedzieć na pytania za siebie i współmałżonka. Proszę wpisać łączną sumę miesięczną. **Jeśli kwota z miesiąca na miesiąc jest inna, albo Państwo jej nie otrzymują miesięcznie, proszę wpisać średni miesięczny dochód z ostatniego roku** w odpowiednich rubrykach. Proszę nie wymieniać zarobków, dochodów z pracy na własny rachunek, dochód z odsetek, zasiłków społecznych, zwrotów kosztów leczenia, lub płatności za opiekę w rodzinie zastępczej. Jeśli Pan/Pani lub współmałżonek nie otrzymujecie żadnych dochodów z któregoś z niżej wymienionych źródeł, proszę wstawić  w polu **NIE DOTYCZY** dla danego źródła.

		Miesięczne Świadczenia
• Świadczenia z Ubezpieczeń Społecznych <b>przed odliczeniem potrąceń</b>	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Świadczenia z emerytury kolejowej <b>przed odliczeniem potrąceń</b>	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Świadczenia weteranów <b>przed odliczeniem potrąceń</b>	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Inne emerytury lub renty <b>przed odliczeniem potrąceń</b> . Proszę nie uwzględniać żadnego źródła dochodu wymienionych w 4 pytaniu.	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Inne dochód niewymieniony powyżej, w tym alimenty, dochody netto z wynajmu lokali, odszkodowanie pracownicze, z tytułu bezrobocia, prywatne lub stanowe świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, itp. (Proszę wyszczególnić): _____	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. Czy któraś z kwot wymienionych w 8 pytaniu zmniejszyła się w ostatnich dwóch latach?

TAK  NIE

**Jeśli Pan/Pani pracował/pracowała w ostatnich dwóch latach, proszę odpowiedzieć na pytania 10-14. Jeśli Pan/Pani jest w związku małżeńskim i mieszka z współmałżonkiem, a któryś z Państwa pracowało w ciągu ostatnich dwóch lat, proszę odpowiedzieć na pytania 10-14. W przeciwnym wypadku proszę przejść do pytania 15.**

10. Jakich zarobków przed opodatkowaniem i odliczeniem potrąceń spodziewa się Pan/Pani w tym roku kalendarzowym?

PAN/PANI:  NIE DOTYCZY \$   ,    .

WSPÓŁMAŁŻONEK:  NIE DOTYCZY \$   ,    .



11. Jakich zarobków netto, z pracy na własny rachunek, się Pan/Pani spodziewa w tym roku kalendarzowym?

Proszę wpisać  w rubryce NIE DOTYCZY jeśli Pan/Pani nie pracuje na własny rachunek i przejść do pytania 12.

PAN/PANI:  NIE DOTYCZY \$   ,    .

WSPÓŁMAŁŻONEK:  NIE DOTYCZY \$   ,    .

Proszę wpisać  w odpowiedniej rubryce jeśli Pan/Pani lub współmałżonek spodziewacie się strat netto.



PAN/PANI:  WSPÓŁMAŁŻONEK:

12. Czy kwoty przez Państwa wymienione w pytaniach 10 lub 11 zostały zmniejszone w ostatnich dwóch latach?

TAK

NIE

13. Jeśli Pan/Pani lub współmałżonek przestali pracować w roku 2023 lub 2024, albo mają zamiar przestać pracować w 2024 lub 2025 proszę podać miesiąc i rok.



**PRZYKŁAD**

Od Stycznia do  
Września, wpisać zero  
(0) w pierwszej rubryce.  
Miesiąc Maj 2024  
powinien wyglądać  
w następujący sposób:

0 5 2 0 2 4  
M M R R R R

PAN/PANI:        
2 0    
M M R R R R

WSPÓŁMAŁŻONEK:        
2 0    
M M R R R R

Jeśli jest Pan/Pani w wieku poniżej 65 roku życia, proszę odpowiedzieć na 14 pytanie. Jeśli jest Pan/Pani w związku małżeńskim i mieszka ze swoim małżonkiem i wiek któregoś z was nie przekracza 65 roku życia proszę kontynuować w pytaniu 14. W przeciwnym przypadku proszę przejść do pytania 15.

14. Czy Pan/Pani lub współmałżonek ponoszą dodatkowe wydatki, aby umożliwić wykonywanie pracy?

Uznana będzie tylko część zarobków przy odliczaniu limitu Pana/Pani dochodów, jeśli Pan/Pani pracuje i otrzymuje świadczenia z Ubezpieczenia Społecznego z tytułu niepełności lub utraty wzroku i ponosi Pan/Pani nierefundowane wydatki związane z pracą. Przykładami takich wydatków są: koszt leczenia i leków na AIDS, na raka, depresję lub padaczkę; koszty zakupu wózka inwalidzkiego; usług opieki osobistej; modyfikacji pojazdu, wynajęcie kierowcy lub innych specjalnych potrzeb transportowych; specjalnej technologii pomocnej w wykonywaniu pracy; wydatki na psa-przewodnika; na aparaty wspomagający zmysły i wzrok; oraz tłumaczenia język Braille'a.

PAN/PANI:  TAK  NIE

WSPÓŁMAŁŻONEK:  TAK  NIE

15. **Informacje o Programach Oszczędnościowych Medicare:** Pan/Pani mogą uzyskać pomoc od władz stanowych na pokrycie kosztów ubezpieczenia Medicare. W ramach Programów Oszczędnościowych Medicare, Ubezpieczenie Społeczne prześle informację z niniejszego wniosku do Państwa władz stanowych, o ile Państwo nie wyrażą inaczej. **Jeśli Pan/Pani pragnie otrzymać pomoc w ramach Programów Oszczędnościowych Medicare, proszę nie wypełniać tego pytania. Wystarczy podpisać i opatrzyć datą niniejszy wniosek i władze stanowe skontaktują się z Państwem.**

Jeśli Pan/Pani **nie** jest zainteresowany/-a złożeniem wniosku o pomoc w ramach Programów Oszczędnościowych Medicare proszę wpisać  w rubryce znajdującej się poniżej.

Nie, proszę nie przysyłać informacji do władz stanowych.



## Podpisy

# WAŻNE INFORMACJE – PROSIMY UWAŻNIE PRZECZYTAĆ

Zdaję/Zdajemy sobie sprawę z tego, że Urząd Ubezpieczenia Społecznego (SSA) sprawdzi podane przeze mnie/nas informacje i porówna je z informacjami, które są w posiadaniu innych agencji rządu federalnego, stanowego, lokalnego, łącznie z Urzędem Podatkowym (IRS), w celu podjęcia właściwej decyzji.

Składając niniejszy wniosek, upoważniam/upoważniamy SSA do pozyskiwania i ujawnienia informacji dotyczących mojego/naszych dochodów, środków finansowych i majątku krajowego i za granicą, zgodnie z obowiązującym prawem o ochronie prywatności. Informacje te mogą dotyczyć min. dochodów, stanu na kontach bankowych, inwestycji, świadczeń i emerytur.

O ile nie odpowiedziałem/-am/odpowiedzieliśmy "Nie" na pytanie 15, upoważniam/upoważniamy Urząd Ubezpieczeń Społecznych do ujawnienia władzom stanowym mojej/naszej sytuacji finansowej, podanej powyżej oraz innych informacji z moich/naszych akt umożliwiających bezpośrednią identyfikację, takich jak mojego/naszego nazwiska/nazwisk, datę urodzenia, płci i numeru/-ów Ubezpieczenia Społecznego w celu rozpoczęcia procesu ubiegania się o pomoc w ramach Programów Oszczędnościowych Medicare.

Niniejszym oświadczam/oświadczamy, w pełni świadomości odpowiedzialności karnej za krzywoprzysięstwo, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku zostały przeze mnie/nas sprawdzone i, o ile mi/nam wiadomo, są poprawne i zgodne z prawdą.

**Proszę wypełnić część A. Jeśli Pan/Pani nie może go podpisać, Pana/Pani przedstawiciel może go podpisać. Jeśli ktoś Panu/Pani pomagał proszę również wypełnić część B.**

### Część A

Pani/Pana podpis:	Data:	Numer Telefonu: ( ) —
Podpis współmałżonka:	Data:	
Pana/Pani adres:	Nr mieszkania:	
Miasto:	Stan:	Kod pocztowy:

Jeśli Pan/Pani zmienił/-ła adres w przeciągu ostatnich trzech miesięcy, proszę wstawić  tutaj:

Jeśli Pan/Pani woli abyśmy skontaktowali się z kimś innym w razie dodatkowych pytań z naszej strony, proszę podać imię i nazwisko danej osoby oraz numer telefonu, pod którym można ją zastać w ciągu dnia.

Imię drukowanymi literami:	Nazwisko drukowanymi literami:	Numer Telefonu: ( ) —
----------------------------	--------------------------------	--------------------------

### Część B

Jeśli ktoś Pana/Pani pomagał, proszę wpisać  w rubryce odpowiadającej opisowi tej osoby, a także podanie pozostałych informacji wymaganych poniżej.

<input type="checkbox"/> Członek rodziny	<input type="checkbox"/> Prawnik	<input type="checkbox"/> Inny pełnomocnik	<input type="checkbox"/> Inna osoba (określić):
<input type="checkbox"/> Przyjaciel	<input type="checkbox"/> Agencja	<input type="checkbox"/> Pracownik opieki społecznej	

Imię drukowanymi literami:	Nazwisko drukowanymi literami:	Numer Telefonu: ( ) —
Pana/Pani adres:	Nr mieszkania:	
Miasto:	Stan:	Kod pocztowy:



## Prawo Do Zachowanie Prywatności / Ustawa Dotycząca Ograniczenia Używania Formularzy Papierowych

Sekcje 1860 D-14 ustawy o Social Security, z późniejszymi zmianami, pozwalają nam na gromadzenie tych informacji. Przekazanie ich nam jest dobrowolne. Jednak brak wszystkich lub niektórych informacji może na uniemożliwić podjęcie decyzji o przysługiwaniu dofinansowania do Medicare Part D.

Informacje te posłużą do uzyskania danych o dochodach i stanie majątkowym w celu ustalenia uprawnień do dofinansowania do Medicare Part D. Możemy również udostępniać Państwa dane do następujących rutynowych celów:

1. Wnioskodawcom, potencjalnym wnioskodawcom (innym niż osoby, których dane dotyczą i ich upoważnieni przedstawiciele) w zakresie niezbędnym do realizacji uprawnienia uzyskania i dofinansowania Medicare Part D i Part D lub prawa do odwołania;
2. Federalnym, stanowym lub lokalnym urzędem (lub ich agentom) administrującym programami wsparcia finansowego i opieki zdrowotnej (w tym programami działającymi na mocy ustawy o Social Security).

Ponadto możemy udostępniać te informacje zgodnie z ustawą o ochronie prywatności i innymi przepisami federalnymi. Na przykład, jeśli jest to dozwolone, możemy wykorzystywać i ujawniać te informacje w komputerowych programach porównawczych, w których nasze dane są porównywane z innymi danymi w celu ustalenia lub zweryfikowania uprawnień do federalnych programów świadczeń oraz spłaty nieprawidłowych lub zaległych należności w ramach tych programów.

Lista dodatkowych rutynowych zastosowań jest dostępna w Privacy Act System of Records Notice (SORN) 60-0090, pod nazwą Master Beneficiary Record i 60-0321, pt. Plik bazy danych Medicare. Dodatkowe informacje i pełna lista wszystkich naszych SORNs są dostępne na stronie internetowej <http://www.ssa.gov/privacy/sorn.html>

Oświadczenie ustawy o redukcji dokumentów - Ten zbiór informacji spełnia wymagania przepisu 44 U.S.C. § 3507, zmienione przez sekcję 2 Ustawy o redukcji dokumentów z 1995 roku. Nie ma potrzeby udzielania odpowiedzi na te pytania, o ile nie okazemy ważnego numeru kontrolnego Office of Management and Budget (OMB). Odnosny numer kontrolny OMB do tego celu, to 0960-0696. Szacujemy, że przeczytanie instrukcji, zebranie faktów i udzielenie odpowiedzi na pytania zajmie 30 minut. Komentarze dotyczące wyłącznie naszej oceny tego czasu należy kierować do: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.

WYPEŁNIONY FORMULARZ NALEŻY PRZESŁAĆ DO NAS NA ADRES PODANY NA ZAŁĄCZONEJ ZAADRESOWANEJ KOPERCIE Z PRZEDPŁACONĄ OPŁATĄ POCZTOWĄ

:

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