



Apelación de la determinación para recibir el Beneficio Adicional para los gastos del plan de medicamentos recetados de Medicare

FOR OFFICIAL USE ONLY

Date received:

Office code:

Request filed late:

1. Nombre del solicitante:

2. Número de Seguro Social:

3. Número de Medicare (si es diferente al número de Seguro Social):

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

5. Número de Seguro Social del cónyuge (si su cónyuge vive en la misma dirección que usted):

6. Número de Medicare del cónyuge (si es diferente al número de Seguro Social y su cónyuge vive en la misma dirección que usted):

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

8. ¿Tiene usted información adicional que le ayude a afirmar su apelación?

SÍ Envíe la información adicional junto con este formulario a la dirección indicada al final de la página 2.

NO

9. ¿Quiere usted una audiencia? Si se realiza una audiencia, ésta será por teléfono.

SÍ Usted recibirá un aviso con la fecha y la hora de su audiencia. Por favor conteste las preguntas 10 a la 13.

NO Usted recibirá una decisión basada en la información disponible y cualquier otra información adicional que provea.



10. Para darle tiempo a prepararse para la audiencia, debemos permitir por lo menos 20 días entre la fecha de su petición y la fecha de la audiencia. ¿Le interesaría adelantar la fecha de la audiencia si la agenda lo permite?

SÍ

NO

11. ¿Necesita usted un intérprete?

SÍ (Especifique el idioma): _____

NO

12. ¿Tiene usted problemas de audición?

SÍ

NO

13. ¿Tendrá otras personas con usted durante la audiencia?

SÍ

NO

Si contestó SÍ, ¿necesitarán usted y las otras personas hablamos desde más de un número de teléfono?

SÍ

NO

Si contestó SÍ, llamamos a esto una conferencia telefónica. Cuando le enviemos el aviso con la fecha de la audiencia, le daremos un número de teléfono a usarse para esta conferencia telefónica e instrucciones adicionales para hacer esta llamada.

Por favor devuelva su formulario de apelación lleno, inclusive la página con su firma, y cualquier información adicional a:

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



Firmas

Yo declaro bajo pena de perjurio que examiné toda la información en este formulario, y en cualquier formulario o declaración adjunta, y es cierta y correcta a mi mejor entender. Yo entiendo que hacer una declaración falsa es un crimen punible bajo la ley federal. Al presentar esta apelación, estoy autorizando a la Administración del Seguro Social a obtener y divulgar información relacionada a mi ingreso, recursos y bienes, extranjeros y domésticos, consistente con las leyes de confidencialidad que aplican. Esta información puede incluir, pero no está limitada a, información sobre mis salarios, balances de cuentas, inversiones, beneficios y pensiones. Por favor llene la Sección A. Si no puede firmar, un representante puede firmar por usted. Si usted está ayudando a alguien a llenar este formulario, también llene la Sección B.

SECCIÓN A

Su firma:		Número de teléfono: () —	
Su dirección residencial:		Núm. de apt:	
Ciudad:	Estado:	Zona postal:	
Su dirección postal (si es diferente a su dirección residencial):		Núm. de apt:	
Ciudad:	Estado:	Zona postal:	

Si cambió su dirección recientemente, ponga una aquí:

Si prefiere que nos comuniquemos con otra persona si tenemos más preguntas, por favor provea el nombre de la persona y el número de teléfono diurno.

Escriba el primer nombre en letra de molde:	Escriba el apellido en letra de molde:	Número de teléfono: () —
---	--	--------------------------------------

SECCIÓN B

Si usted está ayudando a otra persona, ponga una en el encasillado que describe quien es usted y provea su dirección y número de teléfono diurno.

<input type="checkbox"/> Pariente	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Otro procurador	<input type="checkbox"/> Otro especifique: _____
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agencia	<input type="checkbox"/> Trabajador Social	_____

Escriba su nombre en letra de molde:	Escriba su apellido en letra de molde:	Número de teléfono: () —
Dirección:		Núm. de 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* autoriza la recopilación de la información que se solicita en este formulario. La Administración del Seguro Social usará la información que usted provea para determinar si tiene derecho a recibir ayuda para pagar la parte que le corresponde de los costos de un plan de medicamentos recetados de Medicare. Usted no tiene que darnos la información que pedimos. Sin embargo, si no provee la información, no podremos hacer una decisión a tiempo y correcta sobre su solicitud. Podemos divulgar la información recopilada en este formulario a otras agencias del gobierno federal, estatal o municipal para que nos ayuden a determinar si usted tiene derecho al subsidio o si una ley federal requiere que se divulgue la información. Es posible que también necesitemos compartir la información con otros programas de la Administración del Seguro Social si el Seguro Social necesita determinar su derecho a esos programas.

También podemos usar la información que usted nos dé cuando comparemos registros por computadora. Hay programas que comparan nuestros registros con las de otras agencias del gobierno federal, estatal o municipal. Muchas agencias usan estos programas de comparación para determinar o verificar que una persona tiene derecho a beneficios pagados por el gobierno federal. La ley nos permite hacer esto aunque usted no esté de acuerdo. Usted podrá encontrar explicaciones sobre éstas y otras razones por las cuales la información que usted nos provee se puede usar o divulgar en las oficinas del Seguro Social. Si desea informarse mejor sobre esto, comuníquese con una oficina del 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 se requiere que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que tomará alrededor de 10 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios sobre nuestra estimación de tiempo a: Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. **Por favor, sólo envíe comentarios sobre nuestra estimación de tiempo a esta dirección, no el formulario lleno.**