

Սոցիալական ապահովության վարչությունն Կարևոր տեղեկատվություն



**ՍՈՒՅՆ ՈՒՂԵԿՑՈՂ ՆԱՄԱԿԸ ՄԻԱՅՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՄԱՐ Է: ՄԻ՝ ԼՐԱՑՐԵՔ ՀԵՏԵՎՅԱԼ ԷԶԵՐԸ: ՍԱ ԴԻՄՈՒՄ-
ՀԱՅՏԱՐԱՐԱԳԻՐ ԶԷ:**

Դուք կարող եք իրավասու լինել դեղատոմսով բաց թողնվող ձեր դեղերի վճարման նպատակով Հավելյալ օգնություն ստանալու համար:

Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ծրագիրը ձեզ տալիս է վճարման տարբեր ծածկույթներ առաջարկող դեղատոմսերի պլաններ ընտրելու հնարավորություն: Դրանից բացի, դուք կարող եք հնարավորություն ունենալ ստանալու հավելյալ օգնություն՝ Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ծրագրին առնչվող հաշվառվող ամսական ապահովագրավճարները, տարեկան պահումները և կողմնակի վճարումները կատարելու նպատակով:

Սակայն մինչև մենք կկարողանանք օգնել ձեզ, **դուք պետք է լրացնեք սույն դիմում-հայտարարագիրը, դնեք այն առդիր ծրագրի մեջ և այսօր իսկ ուղարկեք այն:** Կամ էլ դուք կարող եք լրացնել www.socialsecurity.gov կայքում գտնվող էլեկտրոնային դիմում-հայտարարագիրը: Ձեր դիմում-հայտարարագիրը ուսումնասիրելուց հետո մենք կհայտնենք, թե արդյոք դուք համապատասխանում եք հավելյալ օգնություն ստանալու համար: Հավելյալ օգնությունից օգտվելու համար դուք պետք է ընդգրկվեք Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ծրագրում:

Եթե դիմում-հայտարարագիրը լրացնելու գործում դուք օգնության կարիք ունենաք, զանգահարե՛ք Սոցիալական ապահովություն՝ **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ տեղեկատվություն դուք կարող եք գտնել www.socialsecurity.gov կայքում:

Դուք նաև կարող եք ստանալ օգնություն ձեր նահանգից կապված Medicare-ի ծախսերի հետ՝ Medicare-ի խնայողական ծրագրերի ներքո: Լրացնելով սույն դիմում-հայտարարագիրը, դուք սկսելու եք Medicare-ի խնայողական ծրագրի համար դիմելու գործընթացը: Մեր կողմից տեղեկատվություն է ուղարկվելու ձեր նահանգ, որը ձեզ հետ կապ է հաստատելու Medicare-ի խնայողական ծրագրի համար դիմելու գործում օգնելու նպատակով, եթե դուք մեզ տեղյակ չեք պահում դա չանելու մասին՝ սույն ձևաթղթի հարց 15-ին պատասխանելու միջոցով:

Եթե ձեզ անհրաժեշտ է տեղեկատվություն Medicare-ի խնայողական ծրագրերի մասին, Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի պլանների կամ պլանում ընդգրկվելու կարգի մասին, ապա զանգահարե՛ք **1-800-MEDICARE** (TTY **1-877-486-2048**) հեռախոսահամարով կամ այցելե՛ք www.medicare.gov կայքը: Դուք նաև կարող եք խնդրել տեղեկատվություն ձեր Նահանգի առողջության ապահովագրության օգնության ծրագրին (SHIP) դիմելու կարգի մասին տեղեկատվություն ստանալու համար: SHIP-ը օգնություն է առաջարկում Medicare-ի հետ կապված ձեր հարցերով:

Խնդրվում է այսօր իսկ ուղարկել ձեր դիմում-հայտարարագիրը:

Michael J. Astrue
Հանձնակատար



Ընդհանուր հրահանգներ Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի պլանային ծախսերի հետ կապված օգնություն ստանալու համար դիմում-հայտարարագիր լրացնելու վերաբերյալ

Եթե դուք օգնում եք այլ անձի սույն դիմում-հայտարարագրի հարցում

Պատասխանե՛ք հարցերին, իբր այդ անձն է լրացնում դիմում-հայտարարագիրը: Դուք պետք է իմանաք այդ անձի Սոցիալական ապահովության համարը և ֆինանսական տեղեկատվությունը: Լրացրե՛ք նաև Բաժին B-ն 6-րդ էջի վրա:

Արդյո՞ք դուք ունեք Լրացուցիչ սոցիալական եկամուտ (SSI) կամ Medicare և Medicaid:

Եթե ձեր պատասխանն ԱՅՈ է, ապա մի՛ լրացրեք սույն դիմում-հայտարարագիրը, քանի որ դուք ինքնաբերաբար կստանաք Հավելյալ օգնությունը:

Արդյո՞ք ձեր նահանգի Medicaid-ի ծրագրով ձեզ վճարվում են Medicare-ի ապահովագրավճարներ՝ ձեր Medicare-ի խնայողական ծրագրում ընդգրկված լինելու պատճառով:

Եթե պատասխանն ԱՅՈ է, ապա լրացուցիչ տեղեկատվության համար դիմե՛ք ձեր նահանգի Medicaid-ի գրասենյակին: Դուք կարող եք ինքնաբերաբար ստանալ Հավելյալ օգնություն և սույն դիմում-հայտարարագրի լրացնելու կարթիը կարող է չլինել:

Ինչպե՞ս լրացնել սույն դիմում-հայտարարագիրը:

- Օգտագործե՛ք միայն ՄԵՎ ԹԱՆԱՔ.
- Տեղավորե՛ք ձեր թվերը, տառերը և X նշանները վանդակների ներսում, գրե՛ք միայն մեծատառերով.
- Մի՛ ավելացրեք որևէ ձեռագիր մեկնություններ դիմումի մեջ.
- Դրամային գումարներ մուտքագրելիս, դոլարի նշաններ մի՛ օգտագործեք:
- Սենտերը կարող են կլորացվել մինչև մոտակա ամբողջական դոլարը:

ՕՐԻՆԱԿ

Դրե՛ք X նշանը վանդակում: ՄԻ՝ ԼՐԱՅՐԵՔ կամ նշումներ արեք վանդակներում:

X ↙ ՃԻՇՏ	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ՈՉ ՃԻՇՏ
-------------	---

ՕՐԻՆԱԿ

Պատասխանները մուտքագրելիս, օգտագործե՛ք մեծատառեր

U F G T

Ձեր դիմում-հայտարարագրի լրացնելը

Դուք կարող եք լրացնել էլեկտրոնային դիմում-հայտարարագիրը www.socialsecurity.gov կայքում կամ, օգտագործելով հասցե և նամականիշ պարունակող ծրար, վերադարձնել ձեր ստորագրված դիմում-հայտարարագիրը ստորև հասցեով.

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

Վերադարձրե՛ք ամբողջ փաթեթը կից ծրարի մեջ: Մի՛ դրեք որևէ այլ բան ծրարի մեջ: Եթե մենք լրացուցիչ տեղեկատվության կարիք ունենանք, ապա մենք կապ կհաստատենք ձեր հետ:

ՏԱՆՈՒՑՈՒՄ: Դիմելու համար դուք պետք է ապրեք 50 նահանգներից մեկում կամ Կոլումբիայի շրջանում:

Եթե սույն դիմում-հայտարարագիրը լրացնելուց հարցեր ունենաք կամ օգնության կարիք լինի

Դուք կարող եք անվճար զանգահարել **1-800-772-1213** հեռախոսահամարով կամ՝ եթե խուլ եք կամ լսողության դժվարություն ունեք, ապա կարող եք զանգահարել մեր TTY հեռախոսահամարով՝ **1-800-325-0778**:



Եթե հարց 3-ում դնեք նշանը ՈՉ կամ ՀԱՄՈՋՎԱԾ ՉԵՄ վանդակում, ապա պատասխանե՛ք բոլոր հետևյալ հարցերին: Եթե դուք ամուսնացած եք և ապրում եք ձեր ամուսնու (կնոջ) հետ, ապա դուք պետք է պատասխանեք ձեզ երկուսիդ վերաբերող բոլոր հարցերին:

4. Ստորև վանդակում մուտքագրե՛ք բանկային հաշիվների, ներդրումների կամ կանխիկ դրամի դրամական գումարները, որոնք պատկանում են ձեզ, ձեր ամուսնուն (կնոջը)՝ եթե ամուսնացած եք և ապրում եք միասին, կամ ձեզ երկուսիդ: Նշե՛ք նաև այն իրերը, որոնք պատկանում են ձեզանից մեկին այլ անձի հետ միասին: Նշե՛ք միայն դոլարային թվերը, այլ ոչ թե՛ բանկային հաշիվները: Եթե ձեզ կամ ձեր ամուսնուն (կնոջը) չի պատկանում նշված իրը՝ լինի առանձին կամ այլ անձի հետ, ապա դրե՛ք նշանը **ՉԿԱ** վանդակում: ՄԻ՝ **նշեք** Սոցիալական ապահովությունից կամ SSI-ից վերջին 10 ամիսների համար ստացված վճարումները:

• Բանկային հաշիվների (չեկային, խնայողական և ավանդային վկայագրեր) ընդհանուր գումարը	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Բոլոր պարտատոմսերի, խնայողական պարտատոմսերի, փոխադարձ ֆոնդերի, Անհատական կենսաթոշակային հաշիվների կամ համանման այլ ներդրումների ընդհանուր գումարը	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Տանը կամ որևէ այլ վայրում պահվող ցանկացած այլ կանխիկ գումար	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. Արդյոք **հարց 4-ում** նշված գումարի որոշակի մասը օգտագործվելու է թաղման կամ հուղարկավորության ծախսերի համար:

Եթե ԱՅՈ, ապա անցե՛ք հարց 6-ին:

Եթե **ՈՉ**, ապա դրե՛ք **ՈՉ** վանդակում, այնուհետև անցե՛ք հարց 6-ին:

ԴՈՒՔ. **ՈՉ** ԱՍՈՒՄԻՆԸ (ԿԻՆԸ). **ՈՉ**

6. Արդյոք դուք կամ ձեր ամուսինը (կինը)՝ եթե ամուսնացած եք և ապրում եք միասին, բացի ձեր տանից և այն գույքից, որտեղ այն գտնվում է, ունե՞ք այլ անշարժ գույք: Այլ անշարժ գույքի օրինակներ են ձեզ պատկանող ամառային տները, վարձակալության գույքը կամ չմշակված հողը, որը գտնվում է ձեր տանից առանձին:

ԱՅՈ **ՈՉ**

7. Չհաշված ձեր ամուսնուն (կնոջը)՝ եթե ամուսնացած եք, որքան ազգականներ ունե՞ք, ովքեր ապրում են ձեր տնային տնտեսությունում և ստանում են իրենց ֆինանսական աջակցության **առնվազն կեսը** ձեզանից կամ ձեր ամուսնուց (կնոջից): Մենք հաշվի ենք առնում ձեր ազգականներին, ովքեր կապված են ձեզ հետ արյամբ, ամուսնությամբ կամ որդեգրությամբ:

Դրե՛ք նշանը միայն մեկ վանդակում: ՄԻ՝ **ընդգրկեք ձեզ կամ ձեր ամուսնուն (կնոջը) ձեր կողմից մուտքագրվող թվի մեջ:** Եթե ձեր տնային տնտեսությունը կազմված է միայն ձեզանից կամ ձեզանից և ձեր ամուսնուց (կնոջից), ապա դրե՛ք նշանը **ՈՉ** վանդակում:

ՈՉ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 կամ ավելի



8. Եթե դուք կամ ձեր ամուսինը (կինը)՝ եթե ամուսնացած եք և ապրում եք միասին, ստանում եք **եկամուտ** ստորև նշված աղբյուրներից որևէ մեկից, ապա դուք պետք է պատասխանեք հարցերին երկուսիդ համար: Խնդրվում է մուտքագրել ընդհանուր գումարը, որը դուք ստանում եք ամեն ամիս: **Եթե գումարը փոփոխվում է ամսից ամիս կամ դուք չեք ստանում այն ամեն ամիս, ապա համապատասխան վանդակներում մուտքագրե՛ք միջին ամսական եկամուտը անցյալ տարվա համար՝** յուրաքանչյուր տեսակի կտրվածքով: Այստեղ մի՛ նշեք աշխատավարձերը և ինքնաշխատությունը, տոկոսադրույքից առաջացած եկամուտը, պետական օգնությունը, բժշկական փոխհատուցումները կամ որդեգրած երեխաների խնամքի վարձերը: Եթե դուք կամ ձեր ամուսինը (կինը) եկամուտ չեք ստանում ստորև նշված աղբյուրներից որևէ մեկից, ապա դրե՛ք նշանը **ՉԿԱ** վանդակում այդ աղբյուրի համար:

		Ամսական նպաստ
• Սոցիալական ապահովության նպաստներ նախքան պահումները	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Երկաթուղայինների կենսաթոշակային նպաստներ նախքան պահումները	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Վետերանների նպաստներ նախքան պահումները	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Այլ կենսաթոշակներ կամ վճարումներ նախքան պահումները: Մի՛ նշեք այն գումարները, որոնք դուք ստանում եք հարց 4-ում նշված որևէ կետով:	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Վերը չնշված այլ եկամուտ, ներառյալ ալիմենտները, վարձակալության գուտ եկամուտը, աշխատողների փոխհատուցման վճարումը և այլն: (Որոշակիացրե՛ք)։	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

9. Արդյոք հարց 8-ում նշված գումարներից որևէ մեկը նվազել է վերջին երկու տարվա ընթացքում:

ԱՅՈ ՈՉ

Եթե դուք աշխատել եք վերջին երկու տարվա ընթացքում, ապա դուք պետք է պատասխանեք հարցեր 10-ից 14-ը: Եթե դուք ամուսնացած եք և ապրում եք ձեր ամուսնու (կնոջ) հետ և ձեզանից որևէ մեկը աշխատել է վերջին երկու տարվա ընթացքում, ապա դուք պետք է պատասխանեք հարցեր 10-ից 14-ը: **Հակառակ դեպքում, անցե՛ք հարց 15-ին:**

10. Աշխատավարձի տեսքով որքա՞ն եք ակնկալում վաստակել այս օրացուցային տարում՝ նախքան հարկերը և պահումները:

ԴՈՒՔ. ՈՉԻՆՉ \$, .

ԱՍՈՒՍԻՆԸ (ԿԻՆԸ). ՈՉԻՆՉ \$, .



Ստորագրություններ

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ՝ ԽՆԴՐՎՈՒՄ Է ԿԱՐԴԱԼ ՈՒՇԱԴԻՐ

Ես/Մենք գիտակցում ենք, որ Սոցիալական ապահովության վարչության (SSA) կողմից ստուգվելու են իմ/մեր հայտարարագրերը, համեմատելով իր մոտ եղած տեղեկությունները՝ դաշնային, նահանգային և տեղական կառավարությունների գերատեսչություններում պահվող տեղեկությունների հետ, ներառյալ՝ Ներքին հարկային ծառայությունը (IRS) որոշման ճշտությունը երաշխավորելու նպատակով:

Ներկայացնելով սույն դիմում-հայտարարագիրը, ես/մենք լիազորում ենք SSA-ին ստանալու և հրապարակելու տեղեկատվություն կապված իմ/մեր եկամտի, միջոցների և գույքի հետ՝ արտասահմանյան և տեղական մասնավոր կյանքի անձեռնամխելիության մասին կիրառելի օրենքների համաձայն: Այդ տեղեկատվությունը կարող է ընդգրկել, բայց չսահմանափակվել, իմ/մեր աշխատավարձերի, հաշվեկշիռների, ներդրումների, ապահովագրերի, նպաստների և կենսաթոշակների մասին տեղեկատվություն:

Եթե ես/մենք հարց 15-ին «Ոչ» չեմ/չենք պատասխանել, ապա ես/մենք թույլ եմ/ենք տալիս SSA-ին հայտնի դարձնել նահանգին վերահիշյալ ֆինանսական տեղեկատվությունը և իմ/մեր գործում պարունակվող անհատապես նույնացվող այլ տեղեկատվությունը, ինչպիսին է իմ/մեր անուն(ներ)ը, ազգանուն(ներ)ը, ծննդյան ամիսը, ամսաթիվը, տարեթիվը, սեռը և սոցիալական անվտանգության համար(ներ)ը՝ Medicare-ի խնայողական ծրագրին դիմելու գործընթացը սկսելու նպատակով:

Ես/Մենք կեղծ վկայություն տալու պատժի ներքո հայտարարում եմ/ենք, որ ես/մենք ուսումնասիրել եմ/ենք սույն ձևաթղթում պարունակվող տեղեկատվությունը և որ այն, ըստ իմ/մեր տեղեկությունների, ճիշտ և ճշգրիտ է:

Խնդրվում է լրացնել Բաժին A-ն: Եթե դուք չեք կարող ստորագրել, ապա ձեր փոխարեն կարող է ստորագրել ձեր ներկայացուցիչը: Եթե այլ անձի կողմից ստացել էք օգնություն, ապա լրացրեք նաև Բաժին B-ն:

Բաժին A

Ձեր ստորագրությունը՝	Ամսաթիվը՝	Հեռախոսի համարը՝ (_____) _____ - _____
Անուննու (կնոջ) ստորագրությունը՝	Ամսաթիվը՝	
Ձեր փոստային հասցեն՝	Բն. թիվ՝	
Քաղաքը՝	Նահանգը՝	Փոստային ինդեքսը՝

Եթե դուք վերջին երեք ամսում փոփոխել եք ձեր փոստային հասցեն, ապա դրե՛ք նշանը այստեղ՝ []

Եթե դուք նախընտրում եք, որ մենք՝ լրացուցիչ հարցեր ունենալու դեպքում, դիմենք այլ անձի, ապա խնդրվում է տալ այդ անձի անունը, ազգանունը և ցերեկային հեռախոսի համարը:

Անունը տպատառ՝	Ազգանունը տպատառ՝	Հեռախոսի համարը՝ (_____) _____ - _____
----------------	-------------------	---

Բաժին B

Եթե որևէ մեկը ձեզ օգնել է, ապա դրե՛ք նշանը այն վանդակում, որտեղ նկարագրվում է այդ անձը և ներկայացրե՛ք ստորև պահանջվող տեղեկատվությունը:

<input type="checkbox"/> Ընտանիքի անդամ	<input type="checkbox"/> Փաստաբան	<input type="checkbox"/> Այլ՝ պաշտպան	<input type="checkbox"/> Այլ (նշել)՝ _____
<input type="checkbox"/> Ընկեր	<input type="checkbox"/> Գործակալություն	<input type="checkbox"/> Անունը տպատառ՝ _____	

Անունը տպատառ՝	Ազգանունը տպատառ՝	Հեռախոսի համարը՝ (_____) _____ - _____
Հասցեն՝	Բն. թիվ՝	
Քաղաքը՝	Նահանգը՝	Ինդեքսը՝



Մասնավոր կյանքի անձեռնամխելիության մասին օրենք / Ծանուցում գործավարության կրճատման մասին

Սոցիալական ապահովության մասին օրենքի *Fwdին 1860 D-14-ը* լիազորում է սույն ձևաթղթով պահանջվող տեղեկատվության հավաքագրումը: Ձեր կողմից տեղեկատվությունը օգտագործվելու է, որպեսզի Սոցիալական ապահովության վարչության կողմից որոշվի, թե, արդյոք դուք իրավասու եք ստանալու օգնություն կապված Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի պլանով նախատեսված ծախսերի ձեր մասնաբաժնի հետ: Ձեր կողմից մեզ տեղեկատվություն տալը պարտադիր չէ: Այնուամենայնիվ, եթե ձեր կողմից տեղեկատվությունը չտրամադրվի, մենք հնարավորություն չենք ունենա ընդունելու ճշգրիտ և ժամանակին արված որոշում ձեր դիմում-հայտարարագրի վերաբերյալ: Սույն ձևաթղթով հավաքագրված տեղեկատվությունը մեր կողմից կարող է տրամադրվել դաշնային, նահանգային կամ տեղական կառավարության այլ գերատեսչություններին՝ Հավելյալ օգնություն ստանալու հետ կապված իրավասությունը որոշելու գործում մեզ օգնելու նպատակով, կամ էլ եթե տեղեկատվություն տալը պահանջվում է դաշնային օրենքով: Հնարավոր է, որ մեզ պահանջվի կիսվել տեղեկատվությամբ SSA-ի այլ ծրագրերի հետ, եթե SSA-ին անհրաժեշտ լինի որոշել ձեր իրավասությունը այդ ծրագրերում:

Մենք կարող ենք նաև օգտագործել ձեր կողմից մեզ տրված տեղեկատվությունը՝ տեղեկությունները համակարգչով համադրելու ժամանակ: Համադրող ծրագրերը համեմատում են մեր հաշվառման տվյալները դաշնային, նահանգային և տեղական կառավարությունների այլ գործակալությունների տվյալների հետ: Բազում գերատեսչություններ կարող են օգտագործել համադրման ծրագրեր հայտնաբերելու կամ ապացուցելու, որ անձը համապատասխանում է դաշնային կառավարության կողմից վճարվող նպաստներ ստանալու համար: Օրենքը մեզ թույլ է տալիս դա անել, նույնիսկ եթե դուք չեք համաձայնում դրան: Այս և այլ պատճառների բացատրությունները, թե ինչու մենք կարող ենք օգտագործել կամ հրապարակել ձեր կողմից մեզ տրամադրված տեղեկատվությունը, մատչելի են Սոցիալական ապահովության գրասենյակներում: Եթե ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկանալ այս հարցում, դիմե՛ք Սոցիալական ապահովության ցանկացած գրասենյակ:

Հայտարարություն Գործավարության կրճատման մասին օրենքի վերաբերյալ՝ սույն տեղեկատվության հավաքագրումը բավարարում է (44 U.S.C. § 3507) 44 ԱՄՆ օրենսգրքի §3507-ը՝ փոփոխված՝ 1995թ. *Գործավարության կրճատման մասին օրենքի բաժին 2-ով*: Ձեզ անհրաժեշտ չէ պատասխանել այս հարցերին առանց մեր կողմից Վարչաբյուրոյի վարչության ստուգողական թվի ցուցադրման: Մեր հաշվարկով կպահանջվի 30 րոպե՝ հրահանգները կարդալու, փաստերը հավաքելու և հարցերին պատասխանելու համար: Ժամանակի վերոհիշյալ հաշվարկի վերաբերյալ մեկնությունները կարող եք ուղարկել՝ SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401: **Ուղարկե՛ք փրայն ժամանակի հաշվարկի վերաբերյալ մեկնությունները, այլ ոչ լրացված ձևաթղթերը:**

ԼՐԱՅՎԱԾ ՁԵՎԱԹԹԵՐԸ ՈՒՂԱՐԿԵՔ ՄԵՁ՝ ՀԱՍՑԵ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՂ ԱՌԴԻՐ ԾՐԱՐՈՒՄ ԵՇՎԱԾ ՀԱՍՑԵՈՎ՝

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