

申请指南

(APPLICATION INSTRUCTIONS)

SeniorCare 申请表只用于申请 SeniorCare 处方药项目。此申请表不能用于申请其他福利项目。

若对此表格存在疑问，请联系
SeniorCare 客户服务 800-657-2038,
工作时间为星期一至星期五的上午 8 时至下午 6 时。
(提供 TTY 和翻译服务。)

亦可在当地的老龄办、老年中心或老年资源中心获取帮助。可在 Wisconsin Department of Health Services (卫生服务部) (DHS) 网站获得相关信息 dhs.wisconsin.gov/seniorcare。

重要信息

- 申请日期为 SeniorCare 项目收到填妥并签字的申请表的日期。您的 SeniorCare 注册结果将在 4-6 周内通过邮件发送给您。未填妥或签名的申请表不予处理，并将退回给您。
- 每位申请人需随表附上注册费用 **30 美元**（如果您和您的配偶均申请 SeniorCare，请附上 **60 美元**）。如果在申请时没有收到您完整的注册费用，您的注册会被延迟。如果您没能注册 SeniorCare，您的注册费用将会在 6-8 周内退还。
- 完成、签署申请表格，并将申请表格与注册费用邮寄至表格中的地址。

如果您希望授权一位代表代您申请，请联系 SeniorCare 客户服务 **800-657-2038**。我们会将相应的表格和信息邮寄给您。您也可以在以下网站领取 SeniorCare 代表授权表格：
dhs.wisconsin.gov/forms/fl/fl10080.pdf。

如何使用此表格

1. 请用大写字母填写，字迹**清晰**。只能使用蓝色或黑色墨水。将相应选项旁的圆圈涂上颜色。
2. 请准确填写申请表的每一页，并附上相应的注册费用。如果您的申请表未填妥或有信息不正确，SeniorCare 客户服务代表会联系您获取更多信息。这会使您的 SeniorCare 申请延迟处理。
3. 请填写申请表上关于您和您配偶一栏（如果配偶住在家中）。**切勿**提供住在您家中的其他成员的信息。

申请者及配偶信息（I 和 II 部分）

如果配偶与您同住，SeniorCare 将根据您和配偶的收入处理申请。如果您的配偶与您同住，即使您的配偶没有申请 SeniorCare，也请填写您和您配偶的表格。**请谨记：如果您的配偶与您同住，请填写“配偶信息部分”。**SeniorCare 不需要您告知家中其他成员的收入信息。

Wisconsin 居民

即使您只是暂住 Wisconsin，只要满足以下条件，就可以申请 SeniorCare：

- 拥有 Wisconsin 的永久居留权，或
- 是 Wisconsin 的纳税居民，或
- 是 Wisconsin 的注册选民。

美国公民

如果您（或同住的配偶）正在申请 SeniorCare 且非美国公民，请附上一份外侨登记卡正反面复印件，来证实您的移民状态和外侨登记号码。

种族/民族（选填）

请将最符合您和您配偶的种族或民族的描述旁的圆圈涂上颜色。此信息为选填信息，不会影响您的注册结果。

婚姻状况与生活安排

如果您未婚，请将代表相应婚姻状况的圆圈涂上颜色。

如果您已婚且与您的配偶同住，请将代表您所处婚姻状况及“与配偶同住”旁的圆圈涂色。

如果您没有与您同住的配偶，请将“未与配偶同住”涂上颜色。

Social Security Number（社会安全码）

如果您和您的配偶均在申请 SeniorCare，请输入您和您配偶的 Social Security number (社会安全码) (SSN)。如果您的配偶没有申请 SeniorCare，就无需填写您配偶的 SSN。

SSN 和其他个人身份信息需按 Wis. Stat. §§ 49.688 和 49.82(2) 的要求填写。不提供这些信息的，可能导致福利申请被拒。SSN 和其他个人身份信息仅用于直接注册 SeniorCare 项目。您的 SSN 允许计算机检查您与其他政府机构的信息，例如 Internal Revenue Service (美国国税局) (IRS)、Social Security Administration (社会保障局) (SSA) 和 Department of Workforce Development (劳动力发展部) (DWD)。另外，DHS 会将您的姓名和 SSN 与医疗保险公司提供的档案进行对比，确定您是否购买其他保险。如果您有健康保险计划，SeniorCare 将根据保险计划调整您的福利。

邮寄地址（III 部分）

地址

填写您希望将 SeniorCare 注册信息寄送到哪个地址。可以是您的现居住地址，也可以是您的代表、法定监护人或委托人的地址。

如果邮寄地址处所填的邮寄地址是您的住址、不同于您或是您的代表、法定监护人或委托人的地址，请将相应的圆圈涂色。

预计年收入（IV 部分）

如果您有同住的配偶，SeniorCare 将根据您和您配偶的收入审核您提交的注册申请。请填入未来一年的预计总收入。**请勿**填写月收入。总收入是指您赚取收入的税前总额。

请提供下列各项收入的最准确预计（四舍五入至最接近的数额）值。指南的最后是一份工作表，可帮助您计算并填写表格中的收入一栏。

总体 Social Security (社会保障)（估算 12 个月的总收入）

填写您和您配偶的年度总体 Social Security (社会保障) 支出，包括 Medicare 保险费，如果它们是从您的福利支票或任何电子资金转账中扣除的。

工资总额（估算 12 个月的总收入）

填入您和配偶一年工作所得的总薪资、工资、分红和佣金（不包括自营职业或合伙收入）。填写您未被扣除任何费用时的总收入。您可以使用上一年的纳税申报单或 W-2 表格计算您的收入，并计算未来 12 个月您的预期工作量是保持不变、增多还是减少。**请勿**使用您的调整后总收入。

利息、股息和资本收入（估算 12 个月的总额）

填入您和您配偶的年度利息、股息和资本收入。必须计入赚取的所有收入，包括未入账的款项。例如赚取的 certificate of deposit（存单）(CD) 利息和直接转入 CD 本金的部分必须计算在内。

自营职业仅净收入（估算 12 个月的总额）

填入您和您配偶的年度自营职业净收入。自营职业包括农作或您或您配偶的独立或与他人共同拥有的企业。减去您的商业成本、商业损失、商业资产的折旧，以及 IRS 允许从您自营职业收入中免除的费用。您可以查看上一年税费来计算您的收入和允许免除的费用。您不能用自营收入损失的钱款来抵消其他类型的收入。请务必上报损失额度为零。

退休收入（估算 12 个月的总额）

填入您和您配偶的年度总养老金、退伍军人和铁路退休福利、individual retirement accounts (个人退休账户的应税部分) (IRAs) 和定期支付的年金。

其他收入（估算 12 个月的总额）

填入您和您配偶的其他预计年收入。其他收入包括现金援助、失业或工人补偿金、赡养费、抚养费、租金收入减去运营费用后的收入。

如果您的配偶未与您同住，但是您从配偶处取得收入，将其计入其他收入。**请勿**纳入您可能从下列来源取得的收入：

- Supplemental Security Income (附加保障收入) (SSI)。SSI 一项联邦收入附加项目，为帮助拥有很少钱财和没有钱财的老人、盲人或残疾人而设立。
- 重大灾难和紧急援助款项。
- 个人发展账户款项。
- 您作为志愿者工作时产生的费用或因工作或培训得到的报销费用。
- 联邦法律为美国原住民批准的索赔结算款项。
- 特殊项目的收入或福利，包括：

- Homestead Tax Credit (房产税减免)。
- 低收入能源支援与紧急能源支援项目。
- 社区服务项目，例如 Retired Senior Volunteer Program (退休老人志愿者项目)、Service Corporation of Retired Executives (退休干部服务公司) 和 Volunteers in Service to America (服务美国志愿项目)。
- 政府对房租、住房或食品的补贴计划。
- Federal Emergency Management Assistance (联邦紧急事务管理局) (FEMA)。
- 橙剂结算资金。
- Foster Grandparents Program (寄养祖父母计划)。

其他类似的收入也可能不计算在内。如果您有疑问，请联系 SeniorCare 客户服务 **800-657-2038**。

收入总金额（估算 12 个月的总额）

您可以在这里填写所有收入总金额，此项非必填项。如果您不填写收入总金额，SeniorCare 项目收到您的表格后会为您计算此项。

申请者签名（V 部分）

申请者或申请者的代表必须在申请表格上签字。如果您是代替他人填写表格的代表、法定监护人或委托人，请务必在空白处签名。未签名的表格不予处理，并将发回给您。

注册费用（VI 部分）

如果您提交的表格没有附上相应的注册费用，您的 SeniorCare 注册可能会被否决或推迟处理。

随附注册费用

如果只一人申请，请将 **30 美元** 旁边的圆圈涂色。如果您和您的配偶均申请 SeniorCare，请将 **60 美元** 的圆圈涂色。随填写完整的表格附交相应的注册费用。可以用汇票、本票或个人支票付款，收款人为“**State of Wisconsin**”。汇票或本票必须注明 SeniorCare 所有申请者的姓名。**不包括现金**。如果您没能注册 SeniorCare，您的注册费用将会在 6-8 周内退还。

其他项目信息

如果您对其他项目感兴趣，例如 Medicare 储蓄项目或 FoodShare Wisconsin，请拨打 **800-362-3002** 联系会员服务。Medicare 储蓄项目帮助相应人群支付 Medicare 共付保险和保险费用的 A 和 B 部分。FoodShare Wisconsin 帮助相应人群购买食物。如果您决定申请这些项目，还需要提供其他信息。

若您想知道是否可以获得健康、营养和其他项目，请联系您当地的郡或部落机构，或访问 access.wi.gov。ACCESS 中的“Am I Eligible?” (“我是否具备条件?”) 链接会展示一系列关于住房、收入和账单的问题。回答相应问题后，ACCESS 会告诉您是否能够获得健康、营养和其他项目，以及如何申请。

您的权利和责任

如发生影响您和/或您配偶的死亡、地址（包括邮寄地址）、Wisconsin 外的永久居住地变更以及家庭构成变化（结婚/离婚/分居），任何影响到您和/或您的配偶的情况，务必在 10 天内报告给 SeniorCare 客户服务 **800-657-2038**。也可以给以下地址寄信告知变更：

SeniorCare
P.O. Box 6710
Madison, WI 53716-0710

您在申请表上的签名（本表格 V 部分）表明您授权 DHS 获取任何适用和必要的额外信息，以便于 SeniorCare 项目进行适当管理。

您或您的代表人签字，表明您同意您或您的代表所提供的信息真实且正确。您或您的代表将为提供不正确的信息或相关错误负责。提供虚假信息或被处以最高 10,000 美元的罚款或（和）一年以内的监禁。

如果您对申请或享有的福利的任何相关措施存有异议，您有权要求举行听证会。您可写信给以下机构要求举行听证会：

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

The Department of Health Services (卫生服务部) 提供均等的就业机会和服务。如果您有残疾，且需要本表格的其他制式，或需要将表格翻译为其他语言，请联系 608-266-3356（语音）或 711 (TTY)。所有的翻译服务均免费提供。

若要投诉歧视行为，请联系：

Civil Rights Compliance Office
Wisconsin Department of Health Services
Office of Affirmative Action and Civil Rights Compliance
201 E. Washington Ave., Room E200B
P.O. Box 7850
Madison, WI 53707-7850

电话 608-267-4955（语音）或 711 (TTY) 或传真 608-267-2147

核对清单

- ☐ 申请是否填写完整？
- ☐ 您或您的代表、法定监护人或委托人是否在表格上签字？
- ☐ 您是否附上了您的注册费用（若一人申请，请附上 **30 美元**；若您和您的配偶均申请，则附上 **60 美元**）？
- ☐ 记得在缴纳报名费用的支票或汇票上写上所有申请者的名字！
- ☐ 是否阅读《权利和责任》部分？

将申请表格寄至：

SeniorCare
P.O. Box 6710
Madison, WI 53716-0710

收入计算工作表示例（选填）

此工作表辅助您计算要在 SeniorCare 申请表填写的收入值。此工作表归您保管。在 SeniorCare 申请表上填写整数，不保留小数。
参见 IV 部分中关于各收入类型的描述。

总体 Social Security (社会保障)	申请者	配偶
1. 月 Social Security (社会保障) 额： （包括电子资金转账）	\$ _____ x 12 个月 = _____	\$ _____ x 12 个月 = _____
2. Medicare B 部分保险费用 （如果从您的支票中扣留）	+ \$ _____ x 12 个月 = _____	+ \$ _____ x 12 个月 = _____
总体社会保障 (Social Security) 总额	\$ _____	\$ _____
工资总额	申请者	配偶
1. 月收入估值。使用您工资单上显示的总金额（扣税和扣除前额度）。	\$ _____ x 12 个月 = _____	\$ _____ x 12 个月 = _____
2. 再次填写您的收入。	\$ _____ x 12 个月 = _____	\$ _____ x 12 个月 = _____
	+ \$ _____ x 12 个月 = _____	+ \$ _____ x 12 个月 = _____
总工资总额	\$ _____	\$ _____
利息、股息和资本收入	申请者	配偶
1. 用您收到的利息、股息和资本收入乘以您一年收到该款项的次数。	\$ _____ x _____ = _____ 次数	\$ _____ x _____ = _____ 次数
2. 添加从付款中扣除的金额，如税款。	\$ _____ x _____ = _____ 次数	\$ _____ x _____ = _____ 次数
3. 再次填写您收到的所有类型的利息、股息和资本输入。	+ \$ _____ x _____ = _____ 次数	+ \$ _____ x _____ = _____ 次数
利息、股息和资本收入总额	\$ _____	\$ _____

自营职业净收入	申请者	配偶
1. 估算月度自营职业或合伙净收入。	\$ _____ x 12 个月 = _____	\$ _____ x 12 个月 = _____
2. 再次填写您收到的所有类型的自营职业或合伙收入。	\$ _____ x 12 个月 = _____	\$ _____ x 12 个月 = _____
	+ \$ _____ x 12 个月 = _____	+ \$ _____ x 12 个月 = _____
自营职业净总收入	\$ _____	\$ _____
退休收入	申请者	配偶
1. 用您收到的退休收入乘以收到该收入的次数。	\$ _____ x _____ = _____ 次数	\$ _____ x _____ = _____ 次数
2. 添加您收入中的预扣金额，如税收或保险费用。	+ \$ _____ x _____ = _____ 次数	+ \$ _____ x _____ = _____ 次数
退休收入总额	\$ _____	\$ _____
其他收入	申请者	配偶
1. 用您收到的其他收入乘以收到该收入的次数。	\$ _____ x _____ = _____ 次数	\$ _____ x _____ = _____ 次数
2. 添加您收入中的预扣金额，如税收或保险费用。	+ \$ _____ x _____ = _____ 次数	+ \$ _____ x _____ = _____ 次数
其他收入总额	\$ _____	\$ _____
总额（选填）	申请者	配偶
将所有总额相加。四舍五入至最接近的整数。	\$ _____	\$ _____