

## ISTRUZIONI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA (APPLICATION INSTRUCTIONS)

Il modulo di presentazione della domanda a SeniorCare è destinato esclusivamente a coloro che presentano domanda per il programma di prescrizione farmacologica SeniorCare. Non è una domanda per altri programmi di prestazioni.

Per ricevere assistenza con questo modulo, contattare  
**l'Assistenza Clienti SeniorCare al numero 800-657-2038,**  
**da lunedì a venerdì dalle 8.00 alle 18.00**  
(sono disponibili servizi TTG (telescrittore) e di traduzione).

Potrà inoltre trovare assistenza presso l'ufficio locale per gli anziani, il centro anziani o il centro risorse per gli anziani. Le informazioni sono disponibili sul sito del Wisconsin Department of Health Services (Dipartimento dei Servizi Sanitari del Wisconsin) (DHS) all'indirizzo: [dhs.wisconsin.gov/seniorcare](http://dhs.wisconsin.gov/seniorcare).

### INFORMAZIONI IMPORTANTI

- Per data di presentazione della domanda si intende la data di ricezione del modulo di domanda compilato e firmato da parte del programma SeniorCare. La decisione in merito alla sua iscrizione a SeniorCare sarà inviata a mezzo posta entro 4-6 settimane. Le domande non complete o non firmate non saranno elaborate e le saranno restituite.
- È necessario allegare la quota di iscrizione di **30 dollari** per ciascun richiedente (**60 dollari** se presenta la domanda per SeniorCare per lei e il suo coniuge). L'iscrizione potrebbe subire ritardi se la quota di iscrizione non viene ricevuta per intero al momento della presentazione della domanda. Se non riesce a iscriversi a SeniorCare, la quota di iscrizione le sarà restituita entro 6-8 settimane.
- Compili, firmi e spedisca il modulo di domanda con la quota di iscrizione all'indirizzo indicato sul modulo.

Se desidera autorizzare un rappresentante a presentare la domanda per suo conto, contattare l'Assistenza Clienti SeniorCare al numero **800-657-2038**. Il modulo e le informazioni appropriate le saranno inviati per posta. Il modulo per l'autorizzazione del rappresentante SeniorCare è inoltre disponibile online, all'indirizzo: [dhs.wisconsin.gov/forms/f1/f10080.pdf](http://dhs.wisconsin.gov/forms/f1/f10080.pdf).

### UTILIZZO DEL PRESENTE MODULO

1. Compili **in maniera chiara** in STAMPATELLO. Utilizzi **esclusivamente** inchiostro blu o nero. Selezioni le risposte appropriate colorando i cerchi accanto.
2. Compili entrambe le facciate della domanda e invii la relativa quota di iscrizione. Se la domanda non è completa o corretta, potrà essere contattato da un rappresentante dall'Assistenza clienti SeniorCare per ulteriori informazioni. Ciò potrebbe causare un ritardo nell'elaborazione della sua domanda SeniorCare.
3. Nel modulo di domanda, le sarà richiesto di fornire informazioni personali e relative a lei e al suo coniuge (se il coniuge vive nel suo medesimo nucleo familiare). **Non** includa informazioni su altre persone del nucleo familiare.

## **INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE E SUL CONIUGE (SEZIONI I E II)**

L'iscrizione a SeniorCare si basa sul suo reddito e su quello del suo coniuge, se quest'ultimo è suo convivente. Se il coniuge è suo convivente, compili le parti del modulo di domanda per sé e per il coniuge, anche se quest'ultimo non richiede SeniorCare. **Tenga presente: la sezione "Informazioni sul coniuge" del modulo di domanda deve essere compilata se il coniuge è convivente.** Il reddito di altri membri del nucleo familiare non viene conteggiato per SeniorCare.

### **Residente nel Wisconsin**

L'iscrizione a SeniorCare è possibile anche se vive temporaneamente al di fuori dello Stato del Wisconsin se:

- Ha una residenza permanente in Wisconsin, oppure
- È considerato residente in Wisconsin ai fini fiscali, o
- È un elettore registrato in Wisconsin.

### **Cittadino statunitense**

Se lei (o il coniuge convivente) presenta domanda per SeniorCare e non è cittadino statunitense, alleghi una copia di entrambe le facciate del permesso di residenza per stranieri per verificare il suo stato di immigrazione e il numero di registrazione per stranieri.

### **Razza/Etnia (facoltativo)**

Colori il cerchio che meglio descrive la razza o la provenienza etnica sua e del suo coniuge. Queste informazioni sono fornite su base volontaria e non saranno utilizzate ai fini dell'iscrizione.

### **Stato civile e sistemazione abitativa**

Se non è coniugato, indichi lo stato civile appropriato.

Se è coniugato e convivente con il coniuge, colori il cerchio accanto allo stato civile appropriato e il cerchio accanto a "Convivente con il coniuge".

Se il suo coniuge non vive più con lei, colori la casella accanto a "Non vive con il coniuge".

### **Social Security Number (numero di previdenza sociale)**

Immetta il suo Social Security number (numero di previdenza sociale) (SSN) e quello del coniuge in caso di domanda per entrambi a SeniorCare. Se il suo coniuge non presenta domanda per SeniorCare, non è necessario inserire il SSN del coniuge.

Il codice SSN e altre informazioni di identificazione personale sono richieste dal Wis. Stat. §§ 49.688 e 49.82(2). La mancata comunicazione di tali informazioni può comportare il rifiuto della domanda di prestazioni. L'SSN e le informazioni di identificazione personale saranno utilizzate esclusivamente ai fini dell'amministrazione diretta del programma SeniorCare. Il codice SSN consente di verificare le informazioni presso altre agenzie governative, come l'Internal Revenue Service (Agenzia delle Entrate) (IRS), la Social Security Administration (Amministrazione della previdenza sociale) (SSA) e il Department of Workforce Development (Dipartimento per lo sviluppo della forza lavoro) (DWD). Inoltre, il DHS confronterà il nome e SSN con un file fornito dalle compagnie di assicurazione sanitaria per determinare se è titolare di un'altra assicurazione. Se dispone di un piano di assicurazione sanitaria, SeniorCare coordinerà la copertura delle prestazioni con il piano.

## **INDIRIZZO POSTALE (SEZIONE III)**

### **Indirizzo**

Stampi l'indirizzo presso cui desidera siano inviate le informazioni relative all'iscrizione a SeniorCare. Può trattarsi dell'indirizzo attuale O dell'indirizzo attuale del rappresentante, tutore legale o procuratore.

Colori il cerchio che indica se l'indirizzo indicato nella sezione Indirizzo postale è la sua residenza, un indirizzo diverso dalla residenza o l'indirizzo del rappresentante, tutore legale o procuratore.

## **REDDITO ANNUO PREVISTO (SEZIONE IV)**

L'iscrizione a SeniorCare si basa sul suo reddito e su quello del suo coniuge, se convivente. Indichi gli importi del reddito lordo previsto per il prossimo periodo di 12 mesi. **Non** inserisca gli importi mensili. Per reddito lordo si intende l'ammontare di tutti i guadagni prima che vengano tolte le tasse.

Fornisca la migliore stima per ciascuno dei seguenti tipi di reddito (arrotondi sempre al dollaro più vicino). Alla fine delle presenti istruzioni è incluso un foglio di lavoro di ausilio per il calcolo del reddito da inserire nel modulo di domanda.

### **Social Security (Previdenza sociale) linda (totale stimato per 12 mesi)**

Inserisca i pagamenti annui lordi previsti per la Social Security (Previdenza sociale) sia sua sia del suo coniuge, compresi i premi Medicare se vengono trattenuti dall'assegno della prestazione o da qualsiasi trasferimento elettronico di fondi.

### **Salari lordi (totale stimato per 12 mesi)**

Indichi il salario lordo annuo stimato, gli stipendi, i bonus e le provvigioni (non includa i redditi da lavoro autonomo o di società) percepiti dal lavoro sia suo sia del suo coniuge. Inserisca l'importo al lordo di eventuali detrazioni dal reddito. È possibile utilizzare la dichiarazione dei redditi o il modulo W-2 dell'anno precedente per stimare i guadagni, tenendo conto se prevede di raggiungere lo stesso importo, di più o di meno, nei prossimi 12 mesi. **Non** utilizzi il reddito lordo rettificato.

### **Interessi, dividendi e plusvalenze (totale stimato per 12 mesi)**

Indichi gli interessi, i dividendi e le plusvalenze annui stimati suoi e del suo coniuge. È necessario includere gli importi guadagnati anche se non percepisce tale reddito. Ad esempio, devono essere inclusi gli interessi dei certificate of deposit (certificati di deposito CD) maturati e riversati direttamente nel capitale del CD.

### **Reddito netto da lavoro autonomo (totale stimato per 12 mesi)**

Indichi il reddito netto annuo stimato da lavoro autonomo suo e del suo coniuge. Il lavoro autonomo comprende l'attività agricola o un'impresa posseduta da lei o dal suo coniuge da soli o con altri.

Sottragga i costi aziendali, le perdite aziendali, l'ammortamento dei beni aziendali e qualsiasi altra deduzione che l'IRS (Agenzia delle Entrate) consente di applicare al reddito da lavoro autonomo. Per avere un'idea di quanto ha guadagnato e di quanto ha potuto dedurre, è possibile consultare le imposte dell'anno precedente. Non è possibile utilizzare una perdita connessa al lavoro autonomo per compensare altri tipi di reddito. Una perdita deve essere indicata come zero.

### **Reddito da pensione (totale stimato per 12 mesi)**

Indichi le pensioni lorde annue stimate, i sussidi per i veterani e le pensioni ferroviarie, le quote imponibili degli individual retirement accounts (conti pensionistici individuali) (IRA) e le rendite sia sue sia del coniuge che prevedono pagamenti periodici regolari.

### **Altri redditi (totale stimato per 12 mesi)**

Indichi tutti gli altri redditi annui previsti suoi e del suo coniuge. Gli altri redditi comprendono l'assistenza in denaro, l'indennità di disoccupazione o di lavoro, i pagamenti degli alimenti, il denaro per il mantenimento e il reddito da locazione meno le spese di gestione.

Il reddito eventualmente percepito dal coniuge non convivente va incluso tra gli altri redditi. **NON INCLUDA** redditi percepiti da una qualsiasi delle fonti riportate di seguito:

- Supplemental Security Income (Reddito integrativo di sicurezza) (SSI). L'SSI è un programma federale di integrazione del reddito, ideato per aiutare le persone anziane, cieche o disabili con disponibilità economica esigua o nulla.
- Pagamenti per grandi disastri e di assistenza di emergenza.
- Pagamenti da un conto di sviluppo individuale.
- Rimborsi delle spese sostenute durante il volontariato o spese per il lavoro o la formazione.
- Pagamenti per la liquidazione dei sinistri approvati dalla legge federale per i Nativi americani.
- Reddito o benefici da alcuni programmi speciali, tra cui:
  - Homestead Tax Credit (Credito d'imposta per le abitazioni).
  - Programmi di assistenza energetica a basso reddito e di assistenza di emergenza per il carburante.
  - Programmi di servizio alla comunità, come Retired Senior Volunteer Program (Programma di volontariato per anziani in pensione), Service Corporation of Retired Executives (Società di servizi per dirigenti in pensione) e Volunteers in Service to America (Volontari al servizio dell'America).
  - Programmi di sussidi governativi per affitto, vitto o alloggio.
  - Federal Emergency Management Assistance (Assistenza federale per la gestione delle emergenze) (FEMA).
  - Fondi di liquidazione Agent Orange.
  - Foster Grandparents Program (Programma nonni affidatari).

Possono essere esclusi altri tipi di reddito simili. In caso di domande, contattare l'Assistenza Clienti SeniorCare al numero **800-657-2038**.

### **Totale complessivo (facoltativo - Totale stimato per 12 mesi)**

È possibile inserire qui il totale complessivo degli importi di tutti i redditi, ma non è obbligatorio. Se non inserisce il totale complessivo, questo verrà calcolato al momento della ricezione del modulo da parte del programma SeniorCare.

### **FIRMA DEL RICHIEDENTE (SEZIONE V)**

Il modulo di domanda deve essere firmato dal richiedente o dal suo rappresentante. Se è rappresentante, tutore legale o procuratore e ha compilato questo modulo di domanda per conto di qualcun altro è tenuto a firmare nell'apposito spazio. **I moduli privi di firma non saranno elaborati e le saranno restituiti.**

## **QUOTA DI ISCRIZIONE (SEZIONE VI)**

**L'iscrizione a SeniorCare potrebbe essere negata o ritardata in caso di mancanza della quota di iscrizione corretta allegata al presente modulo.**

### **Quota di iscrizione allegata**

Se la domanda è presentata per una sola persona, colori il cerchio da **30 dollari**. Se presenta la domanda per SeniorCare per lei e il suo coniuge, colori il cerchio da **60 dollari**. Alleghi l'importo corretto alla domanda compilata. Il pagamento può essere effettuato tramite vaglia, assegno circolare o assegno personale intestato a "**State of Wisconsin**". L'assegno o il vaglia devono includere i nomi di ciascun richiedente di SeniorCare. **NON INCLUDA CONTANTI**. Se non riesce a iscriversi a SeniorCare, la quota di iscrizione le sarà restituita entro 6-8 settimane.

### **Altre informazioni sul Programma**

Per interesse verso altri programmi, come il Programma di risparmio Medicare o il FoodShare Wisconsin, si rivolga al Servizio Soci al numero **800-362-3002**. Il Programma di risparmio Medicare aiuta gli aventi diritto a pagare la coassicurazione e i premi Medicare per la Parte A e la Parte B. FoodShare Wisconsin aiuta gli aventi diritto ad acquistare generi alimentari. Ulteriori informazioni saranno necessarie se si decide di presentare domanda per questi programmi.

Per sapere se è possibile ottenere programmi sanitari, nutrizionali e di altro tipo, si rivolga all'agenzia locale della contea o della tribù o visiti il sito [access.wi.gov](http://access.wi.gov). Il collegamento "Am I Eligible?" (Posso presentare domanda?) in ACCESS le sottopone una serie di domande sul nucleo familiare, sul reddito e sulle bollette. Dopo aver risposto alle domande, ACCESS comunicherà la possibilità di ottenere programmi sanitari, nutrizionali e di altro tipo e come fare domanda.

### **DIRITTI E RESPONSABILITÀ**

Variazioni, quali il decesso, l'indirizzo (compreso quello postale), il cambiamento di residenza permanente al di fuori del Wisconsin e i cambiamenti nella composizione del nucleo familiare (matrimonio/divorzio/separazione), che riguardano lei e/o il suo coniuge, devono essere segnalati all'Assistenza Clienti SeniorCare al numero **800-657-2038** entro 10 giorni. Le modifiche possono essere comunicate anche per iscritto a:

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

Apponendo la firma sulla domanda (Sezione V del modulo) autorizza DHS a richiedere qualsiasi informazione aggiuntiva che sia appropriata e necessaria per la corretta amministrazione del programma SeniorCare.

Apponendo la sua firma o con la firma di una persona che firma per suo conto, accetta che le informazioni fornite da lei o dal rappresentante siano veritieri e corrette. Lei e il suo rappresentante siete responsabili di informazioni errate o di errori. Le sanzioni previste per chi fornisce informazioni fraudolente possono essere una multa non superiore a 10.000 dollari, la reclusione non superiore a un anno, o entrambe.

Ha il diritto di richiedere un'udienza equa se non è d'accordo con le azioni intraprese in merito alla sua domanda o alle prestazioni in corso. Può richiedere un'udienza equa scrivendo a:

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

Il Department of Health Services (Dipartimento dei Servizi Sanitari) è un datore di lavoro e un fornitore di servizi che offre pari opportunità. Le persone disabili che hanno bisogno di accedere alle presenti informazioni in un formato alternativo o di tradurle in un'altra lingua, possono rivolgersi al numero 608-266-3356 (voce) o al 711 (TTY). Tutti i servizi di traduzione sono gratuiti.

Per presentare una denuncia di discriminazione, si rivolga a:

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

Telefono 608-267-4955 (voce) o 711 (TTY) o fax 608-267-2147

### **CHECKLIST**

- La domanda è completa?
- Ha firmato o fatto firmare la domanda al suo rappresentante, tutore legale o procuratore?
- Ha allegato la quota di iscrizione (**30 dollari** per una persona; **60 dollari** se iscrive lei e il suo coniuge)?
- Ha riportato il nome di ciascuna persona che ha presentato domanda sull'assegno o sul vaglia per la quota di iscrizione?
- Ha letto la sezione Diritti e responsabilità?

Invii il modulo di richiesta a:

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

### Esempio di foglio di lavoro per il calcolo del reddito (facoltativo)

Questo foglio di lavoro consente di calcolare i valori di reddito da inserire nella domanda SeniorCare. Questo foglio di lavoro è da conservare. Nella domanda SeniorCare inserisca gli importi in dollari interi, senza centesimi. Per la descrizione dei tipi di reddito consulti la sezione IV delle presenti istruzioni.

<b>Social Security (Previdenza sociale) linda</b>	<b>Richiedente</b>	<b>Coniuge</b>
1. Importo mensile della Social Security (Previdenza sociale): (includere i trasferimenti elettronici di fondi)	_____ dollari x 12 mesi = _____	_____ dollari x 12 mesi = _____
2. Premio Medicare Parte B (se trattenuto dall'assegno)	+ _____ dollari x 12 mesi = _____	+ _____ dollari x 12 mesi = _____
<b>TOTALE Lordo Social Security (Previdenza sociale)</b>	_____ dollari	_____ dollari
<b>Salari lordi</b>	<b>Richiedente</b>	<b>Coniuge</b>
1. Guadagni mensili stimati. Utilizzare gli importi lordi indicati nelle buste paga (importi al lordo di tasse e detrazioni).	_____ dollari x 12 mesi = _____	_____ dollari x 12 mesi = _____
2. Ripetere l'operazione per tutti i tipi di guadagno percepiti.	_____ dollari x 12 mesi = _____	_____ dollari x 12 mesi = _____
	+ _____ dollari x 12 mesi = _____	+ _____ dollari x 12 mesi = _____
<b>TOTALE Salari lordi</b>	_____ dollari	_____ dollari
<b>Interessi Dividendi e plusvalenze</b>	<b>Richiedente</b>	<b>Coniuge</b>
1. Importo degli interessi, dei dividendi e delle plusvalenze percepiti moltiplicato per la frequenza di ricezione dei pagamenti durante l'anno.	_____ dollari x _____ = _____ frequenza	_____ dollari x _____ = _____ frequenza
2. Aggiungere gli importi trattenuti dai pagamenti, come ad esempio le tasse.	_____ dollari x _____ = _____ frequenza	_____ dollari x _____ = _____ frequenza
3. Ripetere l'operazione per tutti i tipi di interessi, dividendi e plusvalenze percepiti.	+ _____ dollari x _____ = _____ frequenza	+ _____ dollari x _____ = _____ frequenza
<b>TOTALE Interessi, dividendi e plusvalenze</b>	_____ dollari	_____ dollari

<b>Reddito netto da lavoro autonomo</b>	<b>Richiedente</b>	<b>Coniuge</b>
1. Stima del reddito netto mensile da lavoro autonomo o da società.	_____ dollari x 12 mesi = _____	_____ dollari x 12 mesi = _____
2. Ripetere l'operazione per tutti i tipi di reddito da lavoro autonomo o da partnership percepiti.	_____ dollari x 12 mesi = _____ + _____ dollari x 12 mesi = _____	_____ dollari x 12 mesi = _____ + _____ dollari x 12 mesi = _____
<b>TOTALE Reddito netto da lavoro autonomo</b>	_____ dollari	_____ dollari
<b>Reddito da pensione</b>	<b>Richiedente</b>	<b>Coniuge</b>
1. Reddito da pensione percepito moltiplicato per frequenza con cui lo si percepisce.	_____ dollari x _____ = _____ frequenza	_____ dollari x _____ = _____ frequenza
2. Aggiungere l'importo trattenuto dal reddito, come le tasse o i premi assicurativi.	+ _____ dollari x _____ = _____ frequenza	+ _____ dollari x _____ = _____ frequenza
<b>TOTALE Reddito da pensione</b>	_____ dollari	_____ dollari
<b>Altri redditi</b>	<b>Richiedente</b>	<b>Coniuge</b>
1. Altri redditi percepiti moltiplicati per la frequenza con cui vengono percepiti.	_____ dollari x _____ = _____ frequenza	_____ dollari x _____ = _____ frequenza
2. Aggiungere l'importo trattenuto dal reddito, come le tasse o i premi assicurativi.	+ _____ dollari x _____ = _____ frequenza	+ _____ dollari x _____ = _____ frequenza
<b>TOTALE Altri redditi</b>	_____ dollari	_____ dollari
<b>TOTALE GENERALE (facoltativo)</b>	<b>Richiedente</b>	<b>Coniuge</b>
Sommare tutti i totali. Arrotondare il reddito al dollaro più vicino.	_____ dollari	_____ dollari