SENIORCARE®
Prescription Drugs for Wisconsin Seniors

WISCONSIN DEPARTMENT of HEALTH SERVICES

INSTRUKCJA SKŁADANIA WNIOSKU
(APPLICATION INSTRUCTIONS)

Formularz wniosku SeniorCare przeznaczony jest wyłącznie dla osób ubiegających się o udział w programie leków na receptę SeniorCare. To nie jest wniosek do żadnego innego programu świadczeń.

Aby uzyskać pomoc z tym formularzem, skontaktuj się z
obsługą klienta SeniorCare pod numerem 800-657-2038,
od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00–18:00.
(Dostępne są usługi TTY i tłumaczenia).

Pomoc może być również dostępna w lokalnym biurze ds. osób starszych, centrum seniora lub centrum zasobów dla osób starszych. Informacje dostępne są na stronie internetowej Department of Health Services (Departament Usług Zdrowotnych (DHS)) stanu Wisconsin pod adresem: dhs.wisconsin.gov/seniorcare.

WAŻNE INFORMACJE

- Data złożenia wniosku to data otrzymania przez biuro obsługi programu SeniorCare wypełnionego i podpisanego formularza wniosku. Decyzja o przyjęciu do SeniorCare zostanie wysłana pocztą w ciągu 4–6 tygodni. Wnioski, które nie są kompletne lub podpisane, nie będą rozpatrywane i zostaną zwrócone.
- Dołącz opłatę rejestracyjną w wysokości **$30** za każdego wnioskodawcę (**$60**, jeśli Ty i Twój małżonek ubiegacie się o przyjęcie do SeniorCare). Rejestracja może zostać opóźniona, jeśli opłata rejestracyjna w pełnej wysokości nie wpłynie w momencie złożenia wniosku. Jeśli zarejestrowanie się w programie SeniorCare nie dojdzie do skutku, opłata rejestracyjna zostanie zwrócona w ciągu 6–8 tygodni.
- Wypełnij, podpisz i wyślij formularz wniosku wraz z opłatą rejestracyjną na adres podany w formularzu.

Jeżeli chcesz autoryzować osobę reprezentującą, aby aplikowała za Ciebie, skontaktuj się z obsługą klienta SeniorCare pod numerem **800-657-2038.** Odpowiedni formularz i informacje zostaną wysłane pocztą. Możesz również pobrać formularz upoważnienia przedstawiciela SeniorCare online na stronie: dhs.wisconsin.gov/forms/f1/f10080.pdf.

JAK WYPEŁNIĆ FORMULARZ

1. Pisz **wyraźnie**, używając WIELKICH liter. Używaj **tylko** niebieskiego lub czarnego tuszu. Zacieniuj kółka obok właściwych odpowiedzi, zakreślając je w całości.
2. Wypełnij obie strony wniosku i złóż odpowiednią opłatę rejestracyjną. Jeśli Twój wniosek nie jest kompletny lub poprawny, przedstawiciel biura obsługi klienta SeniorCare może skontaktować się z Tobą w celu uzyskania dodatkowych informacji. Może to spowodować opóźnienie w przetwarzaniu Twojego wniosku SeniorCare.
3. Na formularzu wniosku podaj informacje dotyczące Ciebie i Twojego małżonka (jeśli masz współmałżonka mieszkającego w Twoim gospodarstwie domowym). **Nie** zamieszczaj informacji o innych osobach w Twoim gospodarstwie domowym.

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY I WSPÓŁMAŁŻONKU (SEKCJE I ORAZ II)

Rejestracja w programie SeniorCare będzie oparta na Twoim dochodzie i dochodzie Twojego małżonka, jeśli Twój małżonek mieszka z Tobą. Jeśli Twój małżonek mieszka z Tobą, wypełnij części formularza wniosku dotyczące Ciebie **i** Twojego małżonka, nawet jeśli Twój małżonek nie ubiega się o przyjęcie do SeniorCare. **Pamiętaj: Część formularza wniosku zwana „Informacje o współmałżonku" musi być wypełniona, jeśli Twój małżonek mieszka z Tobą.** Dochody innych członków Twojego gospodarstwa domowego nie są liczone do celów programu SeniorCare.

Mieszkaniec Wisconsin

Rejestracja do SeniorCare jest możliwa nawet w przypadku tymczasowego zamieszkiwania poza stanem Wisconsin, jeśli:

- masz stałe miejsce zamieszkania w stanie Wisconsin; lub
- jesteś uważany/-a za mieszkańca stanu Wisconsin dla celów podatkowych; lub
- jesteś zarejestrowanym wyborcą w stanie Wisconsin.

Obywatel Stanów Zjednoczonych

Jeśli Ty (lub współmałżonek mieszkający z Tobą) ubiegasz się o przyjęcie do SeniorCare, a nie jesteś obywatelem Stanów Zjednoczonych, dołącz kopię obu stron karty rejestracyjnej dla cudzoziemca, aby zweryfikować swój status imigracyjny i numer rejestracyjny cudzoziemca.

Rasa / pochodzenie etniczne (opcjonalnie)

Zakreśl kółko, które najlepiej opisuje rasę lub pochodzenie etniczne Twoje i Twojego małżonka. Podanie tych informacji jest dobrowolne i nie będzie wykorzystane w celu rozstrzygnięcia o Twojej rejestracji.

Stan cywilny i sposób zamieszkania

Jeśli nie jesteś w związku małżeńskim, zacieniuj odpowiedni stan cywilny.

Jeśli jesteś w związku małżeńskim i Twój małżonek mieszka z Tobą, to zakreśl kółko obok odpowiedniego stanu cywilnego i zakreśl kółko przy opcji „Mieszkam z małżonkiem".

Jeśli nie masz już małżonka mieszkającego z Tobą, zakreśl kółko przy opcji „Nie mieszkam z małżonkiem".

Social Security Number (Numer ubezpieczenia społecznego)

Wpisz swój Social Security Number (Numer ubezpieczenia społecznego) (SSN) oraz numer SSN współmałżonka, jeśli oboje ubiegacie się o przyjęcie do programu SeniorCare. Jeśli Twój małżonek nie ubiega się o przyjęcie do SeniorCare, nie musisz wpisywać numeru SSN współmałżonka.

Numer SSN oraz inne dane osobowe są wymagane przez Wis. Stat. §§ 49.688 i 49.82(2). Niepodanie tych informacji może spowodować odrzucenie wniosku o świadczenia. Numer SSN oraz dane osobowe będą wykorzystywane wyłącznie do bezpośredniego administrowania programem SeniorCare. Twój SSN pozwala na komputerowe sprawdzenie Twoich danych w innych agencjach rządowych, takich jak Internal Revenue Service (Urząd Skarbowy) (IRS), Social Security Administration (Urząd ds. Ubezpieczeń Społecznych) (SSA) i Department of Workforce Development (Departament Rozwoju Siły Roboczej) (DWD). Ponadto DHS porówna Twoje nazwisko i numer SSN z plikiem dostarczonym przez firmy oferujące ubezpieczenia zdrowotne w celu ustalenia, czy posiadasz inne ubezpieczenie. Jeśli posiadasz plan ubezpieczenia zdrowotnego, SeniorCare skoordynuje zakres świadczeń z Twoim planem.

ADRES DO KORESPONDENCJI (SEKCJA III)

Adres

Wpisz adres, na który chcesz, aby wysyłane były informacje dotyczące Twojej rejestracji w programie SeniorCare. Może to być Twój aktualny adres LUB aktualny adres Twojego przedstawiciela, opiekuna prawnego lub pełnomocnika.

Zakreśl kółko, które wskazuje, czy adres w sekcji Adres do korespondencji jest Twoim miejscem zamieszkania, adresem innym niż Twoje miejsce zamieszkania, czy też adresem Twojego przedstawiciela, opiekuna prawnego lub pełnomocnika.

PRZEWIDYWANY ROCZNY DOCHÓD (SEKCJA IV)

Rejestracja do SeniorCare opiera się na Twoim dochodzie oraz dochodzie Twojego małżonka, jeśli masz współmałżonka, który mieszka z Tobą. Wpisz przewidywane kwoty dochodu brutto na najbliższy okres 12 miesięcy. **Nie** wpisuj kwot miesięcznych. Dochód brutto to kwota wszystkich pieniędzy, które zarobiłeś/-aś przed odjęciem podatków.

Podaj najdokładniej oszacowane przez siebie kwoty dla każdego z następujących rodzajów dochodów (zawsze zaokrąglaj do pełnego dolara). Na końcu tej instrukcji znajduje się arkusz, który pomoże Ci w obliczeniu Twojego dochodu do wpisania na formularzu wniosku.

Social Security (ubezpieczenie społeczne) brutto (szacunkowa suma obejmująca 12 miesięcy)

Wpisz oczekiwane roczne płatności brutto na Social Security (ubezpieczenie społeczne) dla Ciebie i Twojego małżonka, w tym składki na Medicare, jeśli są one potrącane z Twojego czeku ze świadczeniami lub wszelkich elektronicznych przelewów pieniężnych.

Wynagrodzenie brutto (szacunkowa suma obejmująca 12 miesięcy)

Wpisz szacunkowe roczne wynagrodzenie brutto, pensje, premie i prowizje (nie wliczaj zarobków z samozatrudnienia lub ze spółek) otrzymane z pracy zarówno przez Ciebie, jak i Twojego małżonka. Wpisz kwotę przed odjęciem wszelkich potrąceń od zarobków. Możesz użyć swojego zeznania podatkowego lub formularza W-2 z zeszłego roku, aby oszacować swoje zarobki, biorąc pod uwagę, czy spodziewasz się pracować tyle samo, więcej czy mniej w ciągu najbliższych 12 miesięcy. **Nie** używaj swojego skorygowanego dochodu brutto.

Odsetki i dywidendy oraz zyski kapitałowe (szacunkowa suma obejmująca 12 miesięcy)

Wpisz szacunkowe roczne odsetki, dywidendy i zyski kapitałowe dotyczące Ciebie i Twojego małżonka. Musisz uwzględnić kwoty, które są zarobione, nawet jeśli nie otrzymujesz tego dochodu. Na przykład, odsetki od Certificate of Deposit (certyfikatów depozytowych) (CD) zarobione i zrolowane bezpośrednio do kapitału CD muszą być uwzględnione.

Dochód netto z tytułu samozatrudnienia (szacunkowa suma obejmująca 12 miesięcy)

Wprowadź szacunkowy roczny dochód netto z samozatrudnienia dla siebie i małżonka/małżonki. W samozatrudnienie wlicza się rolnictwo lub przedsiębiorstwo, które wraz z małżonkiem/małżonką posiadacie na własność lub wspólnie z innymi osobami. Odejmij swoje koszty biznesowe, straty biznesowe, amortyzację od aktywów biznesowych i wszelkie inne odliczenia, które IRS pozwala Ci potrącić od dochodu z tytułu samozatrudnienia. Możesz sprawdzić swoje podatki z zeszłego roku, aby zorientować się w wysokości zarobków i przysługujących odliczeń. Nie możesz wykorzystać straty z samozatrudnienia do wyrównania innych rodzajów dochodów. Stratę należy wykazać jako zerową.

Dochód z emerytury (szacunkowa suma obejmująca 12 miesięcy)
Wpisz szacunkowe roczne emerytury brutto, świadczenia z tytułu przejścia na emeryturę kombatancką i kolejową, podlegające opodatkowaniu części Individual Retirement Accounts (indywidualnych kont emerytalnych) (IRA) oraz renty dotyczące zarówno Ciebie, jak i Twojego małżonka, które zapewniają regularne okresowe wypłaty.

Inne dochody (szacunkowa suma obejmująca 12 miesięcy)
Wpisz wszystkie inne spodziewane roczne dochody dotyczące Ciebie i Twojego małżonka. Inne dochody obejmują pomoc pieniężną, zasiłek dla bezrobotnych lub odszkodowanie pracownicze, świadczenia alimentacyjne, środki na utrzymanie oraz dochody z wynajmu pomniejszone o koszty operacyjne.

Jeśli Twój małżonek nie mieszka z Tobą, ale otrzymujesz od niego dochody, uwzględnij je w pozycji Inne dochody. **NIE UWZGLĘDNIAJ** żadnych dochodów, które możesz otrzymywać z któregokolwiek z wymienionych poniżej źródeł:

- Supplemental Security Income (Uzupełniający zasiłek z ubezpieczeń społecznych) (SSI). SSI to federalny program uzupełniający dochody, którego celem jest pomoc osobom starszym, niewidomym lub niepełnosprawnym, które mają mało pieniędzy lub nie mają ich wcale.
- Wypłaty z tytułu pomocy na wypadek poważnych klęsk żywiołowych i sytuacji kryzysowych.
- Wypłaty z indywidualnego konta rozwojowego.
- Zwroty, które otrzymujesz z tytułu wydatków poniesionych podczas pracy jako wolontariusz lub wydatków związanych z wykonywaną pracą lub odbywanym szkoleniem.
- Płatności z tytułu zaspokojenia roszczeń zatwierdzone przez prawo federalne dla rdzennych Amerykanów.
- Dochody lub świadczenia z niektórych specjalnych programów, w tym:
  - Homestead Tax Credit (Ulga podatkowa od nieruchomości).
  - Programy pomocy energetycznej dla osób o niskich dochodach i awaryjnej pomocy paliwowej.
  - Programy usług społecznych, takie jak Retired Senior Volunteer Program (Program wolontariatu emerytowanych seniorów), Service Corporation of Retired Executives (Korporacja obsługi emerytowanych kierowników) i Volunteers in Service to America (Wolontariusze w służbie dla Ameryki).
  - Rządowe programy dotacji na czynsz, mieszkanie lub żywność.
  - Federal Emergency Management Assistance (FEMA) (Federalna pomoc w zarządzaniu kryzysowym).
  - Fundusze z ugody w sprawie Agent Orange.
  - Foster Grandparents Program (Program „Dziadkowie zastępczy”).

Inne podobne rodzaje dochodów mogą być wyłączone. W przypadku pytań skontaktuj się z obsługą klienta SeniorCare pod numerem **800-657-2038**.

Suma całkowita (opcjonalnie — szacunkowa suma obejmująca 12 miesięcy)
Możesz tu wpisać sumę całkowitą kwot ze wszystkich dochodów, ale nie jest to wymagane. Jeśli nie wpiszesz sumy całkowitej, zostanie ona obliczona dla Ciebie, gdy formularz zostanie odebrany przez biuro obsługi programu SeniorCare.

PODPIS WNIOSKODAWCY (SEKCJA V)

Wnioskodawca lub przedstawiciel wnioskodawcy musi podpisać formularz wniosku. Jeśli jesteś przedstawicielem, opiekunem prawnym lub pełnomocnikiem, który wypełnił ten formularz wniosku

w imieniu innej osoby, musisz podpisać się w wyznaczonym miejscu. **Formularze bez podpisu nie będą rozpatrywane i zostaną zwrócone**.

OPŁATA REJESTRACYJNA (SEKCJA VI)

Jeśli opłata rejestracyjna w odpowiedniej wysokości nie zostanie dołączona do tego formularza, rejestracja do programu SeniorCare może zostać odrzucona lub opóźniona.

Opłata rejestracyjna w załączeniu

Zakreśl kółko **$30**, jeśli ubiega się tylko jedna osoba. Zakreśl kółko **$60**, jeśli Ty i Twój małżonek oboje ubiegacie się o przyjęcie do SeniorCare. Do wypełnionego wniosku dołącz odpowiednią kwotę w dolarach. Płatności można dokonać za pomocą przekazu pieniężnego, czeku kasjerskiego lub osobistego czeku płatnego na rzecz „**State of Wisconsin**". Czek lub przekaz pieniężny musi zawierać nazwiska każdej osoby ubiegającej się o przyjęcie do SeniorCare. **NIE DOŁĄCZAJ GOTÓWKI**. Jeśli zarejestrowanie się w programie SeniorCare nie dojdzie do skutku, opłata rejestracyjna zostanie zwrócona w ciągu 6–8 tygodni.

Inne informacje o programie

W przypadku zainteresowania innymi programami, takimi jak program oszczędnościowy Medicare lub FoodShare Wisconsin, należy skontaktować się z Biurem usług dla członków pod numerem **800-362-3002.** Program oszczędnościowy Medicare pomaga uprawnionym osobom płacić za współubezpieczenie Medicare i składki na Część A i Część B. FoodShare Wisconsin pomaga uprawnionym osobom kupować żywność. Jeśli zdecydujesz się ubiegać o przyjęcie do tych programów, potrzebne będą dodatkowe informacje.

Aby sprawdzić, czy możesz skorzystać z programów zdrowotnych, żywieniowych i innych, skontaktuj się z lokalną agencją hrabstwa lub plemienia albo odwiedź stronę access.wi.gov. Po kliknięciu linku „Am I Eligible?" („Czy kwalifikuję się?") w ACCESS zobaczysz serię pytań dotyczących Twojego gospodarstwa domowego, dochodów i rachunków. Po udzieleniu odpowiedzi na pytania, ACCESS poinformuje Cię, czy możesz być w stanie uzyskać dostęp do programów zdrowotnych, żywieniowych i innych oraz jak się o nie ubiegać.

TWOJE PRAWA I OBOWIĄZKI

Zmiany, takie jak śmierć, adres (w tym adres korespondencyjny), zmiana miejsca stałego zamieszkania na miejsce poza granicami stanu Wisconsin oraz zmiany składu gospodarstwa domowego (małżeństwo/rozwód/separacja), które dotyczą Ciebie i/lub małżonka/małżonki, muszą być zgłaszane do obsługi klienta SeniorCare pod numerem **800-657-2038** w ciągu 10 dni. Zmiany można również zgłaszać pisząc na adres:

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

Twój podpis na wniosku (Sekcja V na tym formularzu) oznacza, że upoważniasz DHS do zażądania wszelkich dodatkowych informacji, które są odpowiednie i niezbędne do prawidłowego administrowania programem SeniorCare.

Podpisując się swoim nazwiskiem lub za pośrednictwem podpisu osoby podpisującej się w Twoim imieniu, zgadzasz się, że informacje podane przez Ciebie lub Twojego przedstawiciela są prawdziwe i poprawne. Ty i Twój przedstawiciel jesteście odpowiedzialni za nieprawidłowe informacje lub błędy. Podanie fałszywych informacji może podlegać karze grzywny w wysokości nie większej niż 10 tys. dolarów lub pozbawienia wolności na okres nie dłuższy niż rok, lub obie te kary.

Masz prawo do zażądania sprawiedliwego przesłuchania, jeśli nie zgadzasz się z jakimkolwiek działaniem podjętym w sprawie Twojego wniosku lub bieżących świadczeń. Możesz zażądać sprawiedliwego przesłuchania pisząc do:

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

Department of Health Services (Departament usług zdrowotnych) jest pracodawcą i dostawcą usług o równych szansach. Jeśli jesteś osobą niepełnosprawną i potrzebujesz dostępu do tych informacji w alternatywnym formacie lub potrzebujesz ich tłumaczenia na inny język, skontaktuj się z 608-266-3356 (głosowo) lub 711 (TTY). Wszystkie usługi tłumaczeniowe są bezpłatne.

Aby złożyć skargę na dyskryminację, należy wysłać ją na następujący adres:

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

Telefon 608-267-4955 (głosowo) lub 711 (TTY) lub faks 608-267-2147

LISTA KONTROLNA

- ☐ Czy wniosek jest kompletny?
- ☐ Czy podpisałeś/-aś lub zleciłeś/-aś podpisanie wniosku swojemu przedstawicielowi, opiekunowi prawnemu lub pełnomocnikowi?
- ☐ Czy dołączyłeś/-aś opłatę rejestracyjną (**$30** za jedną osobę; **$60**, jeśli Ty i Twój małżonek składacie wniosek)?
- ☐ Czy pamiętałeś/-aś o wpisaniu na czeku lub przekazie pieniężnym z opłatą rejestracyjną nazwiska każdej osoby składającej wniosek?
- ☐ Czy przeczytałeś/-aś sekcję Prawa i obowiązki?

Formularz wniosku należy przesłać na adres:

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

Przykładowy arkusz obliczania dochodu (opcjonalnie)

Ten arkusz ma pomóc Ci w obliczeniu wartości dochodu, które należy wpisać we wniosku SeniorCare. Ten arkusz możesz zachować dla siebie. We wniosku SeniorCare wpisz kwoty w pełnych dolarach, bez centów. Opisy rodzajów dochodu znajdują się w Sekcji IV niniejszej instrukcji.

Social Security (ubezpieczenie społeczne) brutto	**Wnioskodawca**	**Współmałżonek**
1. Miesięczna kwota Social Security (ubezpieczenia społecznego): (uwzględnić przelewy elektroniczne)	$_____ x 12 miesięcy = _____	$_____ x 12 miesięcy = _____
2. Składka na Medicare Część B (jeśli jest potrącana z Twojej wypłaty)	+ $_____ x 12 miesięcy = _____	+ $_____ x 12 miesięcy = _____
ŁĄCZNA KWOTA Social Security (ubezpieczenia społecznego) brutto	$_____	$_____
Wynagrodzenie brutto	**Wnioskodawca**	**Współmałżonek**
1. Szacowane miesięczne zarobki. Należy użyć kwot brutto wykazanych w zestawieniach wynagrodzeń (kwoty przed opodatkowaniem i potrąceniami).	$_____ x 12 miesięcy = _____	$_____ x 12 miesięcy = _____
2. Powtórz dla wszystkich rodzajów zarobków, które otrzymujesz.	$_____ x 12 miesięcy = _____	$_____ x 12 miesięcy = _____
	+ $_____ x 12 miesięcy = _____	+ $_____ x 12 miesięcy = _____
ŁĄCZNA KWOTA wynagrodzenia brutto	$_____	$_____
Odsetki, dywidendy i zyski kapitałowe	**Wnioskodawca**	**Współmałżonek**
1. Kwota odsetek, dywidend i zysków kapitałowych, które otrzymujesz pomnożona przez częstotliwość, z jaką otrzymujesz płatności w ciągu roku.	$_____ x _____ = _____ częstotliwość	$_____ x _____ = _____ częstotliwość
2. Dodaj kwoty potrącane z płatności, takie jak podatki.	$_____ x _____ = _____ częstotliwość	$_____ x _____ = _____ częstotliwość
3. Powtórz dla wszystkich rodzajów odsetek, dywidend i zysków kapitałowych, które otrzymujesz.	+ $_____ x _____ = _____ częstotliwość	+ $_____ x _____ = _____ częstotliwość

ŁĄCZNA KWOTA odsetek, dywidend i zysków kapitałowych	$_____	$_____
Dochód netto z tytułu samozatrudnienia	**Wnioskodawca**	**Współmałżonek**
1. Szacunkowy miesięczny dochód netto z tytułu samozatrudnienia lub działalności w spółce. 2. Powtórz dla wszystkich rodzajów dochodów z samozatrudnienia lub działalności w spółce, które otrzymujesz.	$_____ x 12 miesięcy = _____ $_____ x 12 miesięcy = _____ + $_____ x 12 miesięcy = _____	$_____ x 12 miesięcy = _____ $_____ x 12 miesięcy = _____ + $_____ x 12 miesięcy = _____
ŁĄCZNA KWOTA dochodu netto z tytułu samozatrudnienia	$_____	$_____
Dochód z tytułu emerytury	**Wnioskodawca**	**Współmałżonek**
1. Dochód z tytułu emerytury, który otrzymujesz, pomnożony przez częstotliwość, z jaką otrzymujesz ten dochód. 2. Dodaj kwoty potrącane z dochodu, takie jak podatki lub składki ubezpieczeniowe.	$_____ x _____ = _____ częstotliwość + $_____ x _____ = _____ częstotliwość	$_____ x _____ = _____ częstotliwość + $_____ x _____ = _____ częstotliwość
ŁĄCZNA KWOTA dochodu z tytułu emerytury	$_____	$_____
Inne dochody	**Wnioskodawca**	**Współmałżonek**
1. Inne dochody, które otrzymujesz, pomnożone przez częstotliwość, z jaką otrzymujesz te dochody. 2. Dodaj kwoty potrącane z dochodu, takie jak podatki lub składki ubezpieczeniowe.	$_____ x _____ = _____ częstotliwość + $_____ x _____ = _____ częstotliwość	$_____ x _____ = _____ częstotliwość + $_____ x _____ = _____ częstotliwość
ŁĄCZNA KWOTA innych dochodów	$_____	$_____
SUMA CAŁKOWITA (opcjonalnie)	**Wnioskodawca**	**Współmałżonek**
Dodaj wszystkie łączne kwoty. Zaokrąglij dochód do pełnego dolara.	$_____	$_____