



## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВКИ

(APPLICATION INSTRUCTIONS)

Форма заявки на участие в программе SeniorCare предназначена только для лиц, подающих заявку на участие в программе SeniorCare Prescription Drug Program (страховое покрытие рецептурных препаратов). Эта заявка не предназначена для запроса на участие в какой-либо другой программе льгот.

Если вам нужна помощь с этой формой, свяжитесь с  
**SeniorCare службой поддержки клиентов по телефону 800-657-2038,**  
с понедельника по пятницу с 8 до 18  
(доступны услуги телетайпа и перевода).

Помощь также можно получить в вашем местном отделении по делам престарелых, в доме для престарелых или информационном центре для пожилых людей. Информация доступна на веб-сайте Department of Health Services (Департамента здравоохранения, DHS) штата Wisconsin по адресу [dhs.wisconsin.gov/seniorcare](http://dhs.wisconsin.gov/seniorcare).

### ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- Датой вашей заявки является дата получения заполненной и подписной формы заявки программой SeniorCare. Решение о регистрации вас в программе SeniorCare будет отправлено вам по почте в течение 4–6 недель. Не полностью заполненные или не подписанные заявки рассматриваться не будут, а будут вам возвращены.
- Приложите регистрационный взнос в размере **30 долл. США** за каждого заявителя (**60 долл. США**, если вы и ваш (-а) супруг (-а) оба подаете заявку на участие в программе SeniorCare). Ваша регистрация может быть отложена, если регистрационный взнос не будет получен в полном объеме во время подачи заявки. Если вы не сможете зарегистрироваться в программе SeniorCare, ваш регистрационный взнос будет возвращен в течение 6–8 недель.
- Заполните, подпишите и отправьте форму заявки с вложенным регистрационным взносом по адресу, указанному в форме.

Если вы хотите уполномочить представителя подать заявку от вашего имени, обратитесь в службу поддержки клиентов программы SeniorCare по номеру телефона **800-657-2038**. Вам отправят по почте соответствующую форму и информацию. Вы также можете получить форму заявки на участие в программе SeniorCare, которую разрешено заполнять представителю, онлайн по адресу: [dhs.wisconsin.gov/forms/f1/f10080.pdf](http://dhs.wisconsin.gov/forms/f1/f10080.pdf).

### КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭТУ ФОРМУ

1. Пишите **разборчиво**, используя ЗАГЛАВНЫЕ буквы. Используйте **только** синие или черные чернила. Заштрихуйте кружочки рядом с соответствующими ответами, полностью закрасив их.
2. Заполните обе стороны формы заявки и подавайте ее вместе с соответствующим регистрационным взносом. Если ваша заявка не полностью или неверно заполнена, представитель службы поддержки клиентов программы SeniorCare может связаться с вами для получения дополнительной информации. Это может привести к задержке в обработке вашей заявки программой SeniorCare.
3. Предоставьте информацию в форме заявки по вам и супругу (-е) (если у вас есть супруг (-а), проживающий (-ая) с вами в одном доме). **Не** включайте информацию о других членах вашей семьи.

## **ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ И ЕГО (ЕЕ) СУПРУГЕ (РАЗДЕЛ I И РАЗДЕЛ II)**

При регистрации в программе SeniorCare за основу берут уровень вашего дохода и дохода вашего (-ей) супруга (-и), если он (она) проживает с вами. Если ваш (-а) супруг (-а) проживает с вами, заполните разделы формы заявки для вас и супруга (-и), даже если он (она) не подает заявку на участие в программе SeniorCare. **Помните: раздел «Информация о супружге» формы заявления необходимо заполнить, если супруг (-а) живет с вами.** Доход других членов семьи не учитывается для участия в программе SeniorCare.

### **Постоянные жители штата Wisconsin**

Регистрация в программе SeniorCare возможна, даже если вы временно проживаете за пределами штата Wisconsin, если вы:

- имеете постоянное место жительства в штате Wisconsin;
- или считаетесь налоговым резидентом штата Wisconsin;
- или являетесь зарегистрированным избирателем в штате Wisconsin.

### **Гражданин США**

Если вы (или супруг (-а), проживающий (-ая) с вами) подаете заявление на участие в программе SeniorCare и не являетесь гражданином США, приложите копии обеих сторон вашей регистрационной карты иностранца, чтобы подтвердить свой иммиграционный статус и регистрационный номер иностранца.

### **Раса / этническое происхождение (не обязательно)**

Закрасьте кружок, который лучше всего описывает расу или этническое происхождение вас и супруга (-и). Эта информация предоставляется добровольно и не будет использоваться для определения вашего права на участие в программе.

### **Семейное положение и жилищные условия**

Если вы не состоите в браке, укажите соответствующее семейное положение.

Если вы состоите в браке и супруг (-а) живет вместе с вами, заштрихуйте кружок рядом с соответствующим семейным положением и заштрихуйте кружок рядом с «Проживаю с супругом (-ой)».

Если супруг (-а) больше не живет с вами, заштрихуйте кружок рядом с надписью «Не живу с супругом (-ой)».

### **Social Security Number (номер социального обеспечения)**

Введите свой Social Security number (номер социального обеспечения, SSN) и номер супруга (-и), если вы оба подаете заявку на участие в программе SeniorCare. Если ваш (-а) супруг (-а) не подает заявку на участие в программе SeniorCare, вам не нужно указывать его (ее) SSN.

SSN и другая информация, позволяющая установить личность, требуются в соответствии со Сводом законов штата Wisconsin, ст. 49.688 и 49.82(2). Непредоставление информации может привести к отклонению вашей заявки на получение пособий. SSN и информация, позволяющая установить личность, будут использоваться только для непосредственного управления программой SeniorCare. Ваш SSN позволяет компьютеру проверять информацию в других государственных учреждениях, таких как Internal Revenue Service (Налоговая служба США, IRS), Social Security Administration (Управление социального обеспечения, SSA) и Department of Workforce Development (Департамент подготовки трудовых ресурсов, DWD). Кроме того, DHS сопоставит ваше имя и фамилию и номер SSN с файлом, предоставленным страховой компанией, чтобы определить, есть ли у вас другая страховка. Если у вас есть план медицинского страхования, программа SeniorCare согласует покрытие льгот с вашим планом.

## **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (РАЗДЕЛ III)**

### **Адрес**

Укажите адрес, по которому вы хотите получить информацию о вашей регистрации в программе SeniorCare. Это может быть ваш текущий адрес ИЛИ текущий адрес вашего представителя, законного опекуна или доверенного лица по доверенности.

Заштрихуйте кружок, указывающий, является ли адрес, указанный в разделе «Почтовый адрес», вашим местом жительства, отличается от вашего места жительства или является адресом вашего представителя, законного опекуна или доверенного лица по доверенности.

## **ОЖИДАЕМЫЙ ГОДОВОЙ ДОХОД (РАЗДЕЛ IV)**

При регистрации в программе SeniorCare за основу берут уровень вашего дохода и дохода супруга (-и), если у вас есть супруг (-а), который (-ая) проживает с вами. Укажите ожидаемые суммы валового дохода за следующий 12-месячный период. Не указывайте суммы за месяц. Валовой доход — это сумма всех денег, которые вы заработали, до вычета налогов.

Укажите самую высокую сумму для каждого из следующих видов дохода (всегда округляйте до целых единиц). В конце рекомендаций прилагается таблица, которая поможет вам рассчитать свой доход для заполнения формы заявки.

### **Валовое Social Security (социальное обеспечение) (прогноз, всего за 12 месяцев)**

Укажите ожидаемые ежегодные валовые суммы выплат Social Security (социального обеспечения) как для вас, так и для супруга (-и), включая страховые взносы Medicare, если они удерживаются из вашего чека выдачи пособия или из любых электронных денежных переводов.

### **Валовая заработка (прогноз, всего за 12 месяцев)**

Укажите предполагаемую годовую валовую заработную плату, премии и комиссионное вознаграждение (не включая доходы от самостоятельной занятости или партнерства), полученные от работы как вами, так и супругом (-ой). Укажите сумму заработка до каких-либо вычетов. Вы можете использовать свою налоговую декларацию или форму W-2 за прошлый год, чтобы оценить свой заработок, принимая во внимание, планируете ли вы работать в таком же объеме, больше или меньше в течение следующих 12 месяцев. Не используйте в своих расчетах скорректированный валовой доход.

### **Проценты, дивиденды и прирост капитала (прогноз, всего за 12 месяцев)**

Укажите суммы предполагаемых годовых процентов, дивидендов и прироста капитала для вас и супруга (-и). Вы должны указать заработанные суммы, даже если вы не получаете этот доход. Например, требуется указать проценты по certificate of deposit (депозитному сертификату, CD), заработанные и добавленные обратно непосредственно к основной сумме CD.

### **Чистый доход от самостоятельной предпринимательской деятельности (прогноз, всего за 12 месяцев)**

Укажите предполагаемый чистый годовой доход от самостоятельной предпринимательской деятельности для вас и супруга (-и). Самостоятельная предпринимательская деятельность включает в себя фермерство или бизнес, которым вы или супруг (-а) владеете единолично или совместно с другими лицами. Вычтите эксплуатационные расходы, коммерческие убытки, амортизационные расходы производственных активов и любые другие вычеты, которые IRS позволяет вам делать из дохода от самостоятельной предпринимательской деятельности. Вы можете посмотреть свои налоги за прошлый год, чтобы получить представление о том, что вы заработали и что вам было разрешено вычесть. Вы не можете использовать убытки от самостоятельной предпринимательской деятельности для компенсации других видов дохода. Убыток следует указывать как ноль.

### **Пенсионный доход (прогноз, всего за 12 месяцев)**

Укажите сумму приблизительной ежегодной валовой пенсии, пенсионного пособия для ветеранов и железнодорожников, налогооблагаемую часть individual retirement accounts (индивидуальных пенсионных счетов, IRA) и аннуитеты для вас и супруга (-и), которые обеспечивают регулярные периодические выплаты.

### **Прочие доходы (прогноз, всего за 12 месяцев)**

Укажите суммы от всех видов другого ожидаемого годового дохода для вас и супруга (-и). Прочие доходы включают денежную помощь, пособие по безработице или пособие по нетрудоспособности работникам, алименты, алименты на содержание и доход от аренды за вычетом операционных расходов.

Если ваш (-а) супруг (-а) не живет с вами, но вы получаете от него (нее) доход, укажите этот доход в разделе «Прочие доходы». **НЕ ВКЛЮЧАЙТЕ** любой доход, который вы можете получить из какого-либо из источников, перечисленных ниже.

- Supplemental Security Income (дополнительный социальный доход, SSI). SSI — это федеральная программа дополнительного дохода, предназначенная для помощи пожилым, слепым или инвалидам, у которых мало или совсем нет денег.
- Выплаты помощи при крупных стихийных бедствиях и в чрезвычайных ситуациях.
- Выплаты со счета индивидуального развития.
- Возмещение, которое вы получаете за расходы, понесенные либо во время работы волонтером, либо в связи с расходами на работу или обучение.
- Выплаты по урегулированию убытков, утвержденные федеральным законом для коренных американцев.
- Доход или выгода от некоторых специальных программ, в том числе указанных ниже.
  - Homestead Tax Credit (налоговая субсидия на участок поселенца).
  - Энергетическая помощь малоимущим и программы топливной помощи во время чрезвычайных ситуаций с отоплением.
  - Программы бытового обеспечения военнослужащих и их семей, такие как Retired Senior Volunteer Program (волонтерская программа для пенсионеров и пожилых людей), Service Corporation of Retired Executives (Служба бывших руководителей) и Volunteers in Service to America (Добровольцы на службе Америке).
  - Программы государственных субсидий на аренду жилья, жилье или продукты питания.
  - Federal Emergency Management Assistance (Федеральная помощь по управлению чрезвычайными ситуациями, FEMA).
  - Финансовые средства, полученные от фонда Agent Orange («Агент Оранж»).
  - Foster Grandparents Program (программа «Приемные бабушки и дедушки»).

Другие подобные виды дохода могут быть исключены. Если у вас есть вопросы, обращайтесь в службу поддержки клиентов программы SeniorCare по телефону **800-657-2038**.

### **Общая сумма (необязательно — прогноз общей суммы за 12 месяцев)**

Здесь вы можете ввести общую сумму всех доходов, но это не обязательно. Если вы не укажете общую сумму, она будет рассчитана для вас, когда программа SeniorCare получит форму.

### **ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ (РАЗДЕЛ V)**

Заявитель или представитель заявителя должны подписать форму заявки. Если вы являетесь представителем, законным опекуном или доверенным лицом, заполнившим эту форму заявки от имени другого лица, вы должны подписаться в отведенном для этого месте. **Формы заявок без подписи не будут обрабатываться и будут возвращены.**

## **РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ВЗНОС (РАЗДЕЛ VI)**

**Если к этой форме заявки не приложена правильная сумма регистрационного взноса, ваша регистрация в программе SeniorCare может быть отклонена или отложена.**

### **Регистрационный взнос приложен**

Если заявку подает только один человек, заштрихуйте кружок, который обозначает сумму в размере **30 долл. США**. Заштрихуйте кружок, который обозначает сумму в размере **60 долл. США**, если вы и ваш (-а) супруг (-а) оба подаете заявку на участие в программе SeniorCare. Приложите к заполненной заявке правильную сумму в долларах. Оплата может быть произведена при помощи денежного перевода, кассового чека или чеком, выданным частным лицом, которые подлежат оплате в пользу **«State of Wisconsin»**. В чеке или денежном переводе должны быть указаны имена всех лиц, подающих заявку на участие в программе SeniorCare. **НАЛИЧНЫЕ НЕ ПРИНИМАЮТСЯ**. Если вы не сможете зарегистрироваться в программе SeniorCare, ваш регистрационный взнос будет возвращен в течение 6–8 недель.

### **Другая информация о программе**

Если вас интересуют другие программы, такие как программа сбережений Medicare или программа FoodShare штата Wisconsin, обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру **800-362-3002**. Программа сбережений Medicare помогает людям, имеющим на это право, оплачивать совместное страхование Medicare и страховые взносы по «Части А» и «Части В». Программа FoodShare штата Wisconsin помогает людям, имеющим на это право, покупать продукты питания. Если вы решите подать заявку на участие в этих программах, вам потребуется дополнительная информация.

Чтобы узнать, можете ли вы получить доступ к программам здравоохранения, питания и другим программам, обратитесь в местное агентство округа или племени или посетите [access.wi.gov](http://access.wi.gov). Ссылка в ACCESS «Am I Eligible?» (Есть ли у меня право?) поможет вам ответить на ряд вопросов о вашей семье, доходах и счетах. Ответив на эти вопросы в ACCESS, вы узнаете, можете ли вы участвовать в программах здравоохранения, питания и других программах, а также как подать заявку.

### **ВАШИ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ**

О таких изменениях, как смерть, смена адреса (включая почтовый адрес), изменение постоянного места жительства за пределами штата Wisconsin и изменения в составе семьи (брак / развод / раздельное проживание супругов), которые касаются вас и/или вашего супруга (-и), необходимо сообщить в отдел обслуживания клиентов SeniorCare по телефону **800-657-2038** в течение 10 дней. Об изменениях также можно сообщить, написав по адресу:

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

Ваша подпись на заявке (Раздел V этой формы) означает, что вы уполномочиваете DHS запрашивать любую дополнительную информацию, которая уместна и необходима для надлежащего администрирования программы SeniorCare.

Вы, ставя свою подпись, или лицо, которое подписывает заявку от вашего имени, соглашаетесь с тем, что информация, предоставленная вами или вашим представителем, является достоверной и правильной. Вы и ваш представитель несете ответственность за недостоверную информацию или ошибки. Наказанием за предоставление недостоверных данных может быть штраф в размере не более 10 тыс. долл. США, или лишение свободы на срок не более одного года, или и то, и другое.

Вы имеете право потребовать проведения беспристрастного слушания, если вы не согласны с какими-либо действиями, предпринятыми в отношении вашей заявки или текущих льгот. Вы можете запросить проведение беспристрастного слушания, написав по адресу:

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

Как работодатель и поставщик услуг Department of Health Services (Департамент здравоохранения) придерживается принципа равных возможностей. Если у вас есть инвалидность и вам необходимо получить доступ к этой информации в другом формате или требуется перевод на другой язык, позвоните по номеру 608-266-3356 (голосовой вызов) или 711 (телефайп). Все услуги по переводу предоставляются бесплатно.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию, обратитесь по адресу:

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

Телефон 608-267-4955 (голосовой вызов) или 711 (телефайп) или факс 608-267-2147.

## КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК

- Заявка полностью заполнена?
- Вы или ваш представитель, законный опекун или доверенное лицо по доверенности подписали заявку?
- Вы приложили регистрационный взнос (**30 долл. США** на одного человека; **60 долл. США**, если вы и супруг (-а) подаете заявку вместе)?
- Вы не забыли написать имя и фамилию каждого заявителя на чеке или денежном переводе на оплату регистрационного взноса?
- Вы прочитали раздел «Права и обязанности»?

Отправьте форму заявки по адресу:

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

**Пример таблицы для расчета дохода (необязательно)**

Эта таблица поможет вам рассчитать суммы дохода, которые необходимо указать в заявке на участие в программе SeniorCare. Эта таблица останется у вас. В заявке на участие в программе SeniorCare указывайте целые суммы в долларах, без центов. Описание видов дохода см. в разделе IV этих рекомендаций.

Валовое Social Security (социальное обеспечение)	Заявитель	Супруг (-а)
1. Ежемесячная сумма Social Security (социального обеспечения) (включая электронные денежные переводы)	_____ долл. США × 12 мес = _____	_____ долл. США × 12 мес = _____
2. Страховой взнос по «Части В» программы Medicare (еслидержан из ваших льгот)	+ _____ долл. США × 12 мес = _____	+ _____ долл. США × 12 мес = _____
<b>ИТОГО Валовое социальное обеспечение</b>	_____ долл. США	_____ долл. США
Валовая заработка	Заявитель	Супруг (-а)
1. Предполагаемый ежемесячный заработок. Используйте валовые суммы, указанные в ведомостях о заработной плате (суммы до вычета налогов и списаний)	_____ долл. США × 12 мес = _____	_____ долл. США × 12 мес = _____
2. Повторите эти действия для всех видов заработка, который вы получаете	_____ долл. США × 12 мес = _____	_____ долл. США × 12 мес = _____
+ _____ долл. США × 12 мес = _____	+ _____ долл. США × 12 мес = _____	+ _____ долл. США × 12 мес = _____
<b>ИТОГО Валовая заработка</b>	_____ долл. США	_____ долл. США
Проценты, дивиденды и прирост капитала	Заявитель	Супруг (-а)
1. Сумма дохода от процентов, дивидендов и прироста капитала, которую вы получаете, умножается на частоту, с которой вы получаете эти выплаты в течение года	_____ долл. США × _____ = _____ частота	_____ долл. США × _____ = _____ частота
2. Добавьте суммы, удержаные из этих платежей, например налоги	_____ долл. США × _____ = _____ частота	_____ долл. США × _____ = _____ частота
+ _____ долл. США × _____ = _____ частота	+ _____ долл. США × _____ = _____ частота	+ _____ долл. США × _____ = _____ частота
<b>ИТОГО Процентного дохода, дивидендов и прироста капитала</b>	_____ долл. США	_____ долл. США

<b>Чистый доход от самостоятельной предпринимательской деятельности</b>	<b>Заявитель</b>	<b>Супруг (-а)</b>
1. Предполагаемый чистый ежемесячный доход от самостоятельной предпринимательской деятельности или партнерства	_____ долл. США × 12 мес = _____	_____ долл. США × 12 мес = _____
2. Повторите эти действия для всех видов дохода от самостоятельной предпринимательской деятельности или партнерства, которые вы получаете	_____ долл. США × 12 мес = _____ + _____ долл. США × 12 мес = _____	_____ долл. США × 12 мес = _____ + _____ долл. США × 12 мес = _____
<b>ИТОГО Чистого дохода от самостоятельной предпринимательской деятельности</b>	_____ долл. США	_____ долл. США
<b>Пенсионный доход</b>	<b>Заявитель</b>	<b>Супруг (-а)</b>
1. Пенсионный доход, который вы получаете, умножается на частоту, с которой вы получаете этот доход	_____ долл. США × _____ частота = _____	_____ долл. США × _____ частота = _____
2. Добавьте сумму, удержанную из вашего дохода, например, налоги или страховые взносы	+ _____ долл. США × _____ частота = _____	+ _____ долл. США × _____ частота = _____
<b>ИТОГО Пенсионный доход</b>	_____ долл. США	_____ долл. США
<b>Прочие доходы</b>	<b>Заявитель</b>	<b>Супруг (-а)</b>
1. Прочие доходы, которые вы получаете, умножаются на частоту, с которой вы получаете эти доходы	_____ долл. США × _____ частота = _____	_____ долл. США × _____ частота = _____
2. Добавьте сумму, удержанную из вашего дохода, например, налоги или страховые взносы	+ _____ долл. США × _____ частота = _____	+ _____ долл. США × _____ частота = _____
<b>ИТОГО Прочие доходы</b>	_____ долл. США	_____ долл. США
<b>ОБЩАЯ СУММА (необязательно)</b>	<b>Заявитель</b>	<b>Супруг (-а)</b>
Сложите все суммы. Округлите сумму дохода до целого числа	_____ долл. США	_____ долл. США