



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.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- Датой вашей заявки является дата получения заполненной и подписанной 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/fl/fl0080.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 супруге» 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 заработная плата (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. 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 (телетайп). 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 (телетайп) 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 (если удержан из ваших льгот)	+ _____долл. США × 12 мес = _____	+ _____долл. США × 12 мес = _____
ИТОГО Валовое социальное обеспечение	_____долл. США	_____долл. США
Валовая заработная плата	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 = _____
ИТОГО Валовая заработная плата	_____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, удержанные из этих платежей, например налоги	_____долл. США × _____ = _____ частота	_____долл. США × _____ = _____ частота
3. Повторите эти действия для всех типов процентного дохода, дивидендов и прироста капитала, которые вы получаете	+ _____долл. США × _____ = _____ частота	+ _____долл. США × _____ = _____ частота
ИТОГО Процентного дохода, дивидендов и прироста капитала	_____долл. США	_____долл. США

Чистый доход от самостоятельной предпринимательской деятельности	Заявитель	Супруг (-а)
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 = _____
ИТОГО Чистого дохода от самостоятельной предпринимательской деятельности	_____долл. США	_____долл. США
Пенсионный доход	Заявитель	Супруг (-а)
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
ИТОГО Пенсионный доход	_____долл. США	_____долл. США
Прочие доходы	Заявитель	Супруг (-а)
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
ИТОГО Прочие доходы	_____долл. США	_____долл. США
ОБЩАЯ СУММА (необязательно)	Заявитель	Супруг (-а)
Сложите все суммы. Округлите сумму дохода до целого числа	_____долл. США	_____долл. США