

SENIORCARE 申请表填写说明

SENIORCARE APPLICATION INSTRUCTIONS

本 SeniorCare 申请表仅用于申请 SeniorCare 处方药项目。本表不可用于申请其他任何医疗保障或福利项目。

如您填写表格时需要协助，请致电 SeniorCare 客户服务热线 800-657-2038。我们提供 TTY 和翻译服务。您也可致电当地老龄办公室或老龄与残障资源中心。更多详情请访问 FindMyADRC.org。

您可委托授权代表代为提交申请。如需指定授权代表，请填写[指定、变更或撤销授权代表：个人表\(F-10126A\)](#)或[指定、变更或撤销授权代表：机构表\(F-10126B\)](#)，并随本表一并提交。这样，授权代表便可代您填写并签署申请表。

如何填写申请表

- 字迹清晰，仅使用蓝色或黑色墨水填写。如需选择题作答，请在对应选项左侧方框内打 X。
- 完整填写表格全部板块，并缴纳对应注册费用。若申请表填写不全或信息有误，SeniorCare 客服专员将与您联系补充材料。这样可能延误您的申请审核进度。
- 请在表格中填写您本人及同住配偶（如有）的相关信息，无需填写家中其他人员信息。

申请人信息（第 1 部分）

下文将详细说明申请人信息板块各栏位填写规范。

地址

请在表格第一组地址栏填写常住地址。若邮寄地址与常住地址不一致，请在常住地址下方第二组地址栏填写邮寄地址。

社会保障号

填写您的社会保障号(SSN)。Wis.Stat. §§ 49.688 和 49.82 (2)规定，我方依法需收集您的 SSN 及其他个人身份信息。如未提供上述信息，您的福利申请可能被驳回。

您的 SSN 及个人身份信息仅用于 SeniorCare 项目日常管理工作。凭借 SSN，相关部门可与 Internal Revenue Service (IRS)、Social Security Administration (SSA)和 Department of Workforce Development (DWD)等政府机构联网核验您的信息。此外，DHS 会将您的姓名、SSN 与保险公司提供的数据比对，核实您是否持有其他医保。若您已有医保，SeniorCare 将与现有保险统筹福利赔付。

种族与族裔（选填）

选择最贴合您及配偶种族或族裔背景的选项。此项信息自愿填写，不作为资格审核依据。

婚姻状况与居住情况

勾选符合您实际情况的婚姻状态选项。

针对“您是否与配偶同住”问题：

- 若已婚且共同居住，选择“是”；
- 若无配偶或配偶未共同居住，选择“否”。

威斯康星州居民身份

若满足以下任一条件，即认定为威斯康星州居民：

- 在威斯康星州拥有固定住所
- 税务层面为威斯康星州居民
- 在威斯康星州完成选民登记

美国公民身份

若您申请 SeniorCare 但非美国公民，请提供外籍登记号或 USCIS 编号。您可附上外籍登记卡正反面复印件，佐证移民身份与外籍登记编号。

请如实填写入境时间、是否有担保人、是否具备军方相关背景等问题。

配偶信息（第 2 部分）

仅当您有配偶且**配偶与您同住**时，填写本板块。若配偶未与您同住且有意申请本项目，需单独提交申请表。

核算 SeniorCare 收入时，不计入家庭其他成员收入。

种族与族裔（选填）

选择最贴合配偶种族或族裔背景的选项。此项信息自愿填写，不作为资格审核依据。

威斯康星州居民身份

若配偶满足以下任一条件，即认定为威斯康星州居民：

- 在威斯康星州拥有固定住所
- 税务层面为威斯康星州居民
- 在威斯康星州完成选民登记

美国公民身份

若配偶非美国公民，请提供其外籍登记号或 **USCIS** 编号。您可附上配偶外籍登记卡正反面复印件，佐证移民身份及外籍登记编号。

如实填写配偶入境时间、是否有担保人、是否具备军方相关背景。

婚姻状况与居住情况

勾选符合配偶实际情况的婚姻状态选项。

社会保障号

填写配偶的 SSN。Wis. Stat. §§ 49.688 和 49.82 (2)要求我方收集您配偶 SSN 及个人身份信息。未提供相关信息可能导致福利申请被驳回。配偶 SSN 及个人身份信息仅用于 SeniorCare 项目管理。凭借 SSN，可与 IRS、SSA、DWD 等政府机构联网核验信息。DHS 还会比对配偶姓名、SSN 与保险公司数据，确认其是否持有其他医保。若配偶已有医疗保险，SeniorCare 将与该保险统筹福利。

地址

仅当配偶地址与您不一致时，才填写配偶地址信息。

收入信息（第 3 部分）

SeniorCare 参保资格依据您未来 **12** 个月预期总收入判定。若与配偶同住，需同步申报配偶收入。

除自营收入外，所有类型收入均填报税前总收入。该总收入为扣除税费、其他扣款前的全额。

填写收入金额需遵守以下要求：

- 仅填写美元整数，无需标注美分。
- 某类别无收入则填写“\$0”；
- 填报全年总收入，而非月度收入。

部分收入不计入核算范围，其中包括：

- 补充保障收入(SSI)
- 重大灾害与紧急救助补助
- 个人发展账户资金
- 联邦法律认可的原住民理赔款
- 部分专项福利项目收入

您可参考本说明第 13 页起的收入计算工作表核算收入。

以下为计入 SeniorCare 核算的主要收入类型：

社会保障

全部社会保障发放金额，包含从福利支票或电子转账中代扣的 Medicare 保费；

Social Security Administration 发放的铁路退休福利也计入此项。

工作收入和工资

税前/扣除前全部工资、薪水、奖金、佣金（不含自营或合伙经营收入）。

若以上一年度报税表或 **W-2** 表单预估收入，请结合未来 **12** 个月工作时长（不变/增加/减少）调整预估金额。请勿使用报税表调整后总收入。

利息、股息与资本收益

预估全年利息、股息、资本收益总额。即使收益未实际支取，也需填报。例如，自动转存本金的定期存款(CD)利息收入必须填报。

若预估净亏损，统一填 **0**。请勿填写负数。

自营收入

农业、个人/合伙经营生意所得。扣除经营成本、经营亏损、经营资产折旧及 IRS 允许的其他自营收入抵扣项后填报净额。

可参考上一年度报税记录预估营收与可抵扣金额。若预估经营亏损，统一填 **0**。请勿填写负数。

退休福利

养老金、**401 (k)**账户、退伍军人福利、个人退休账户(IRA)应税部分、定期发放年金；

Railroad Retirement Board 发放的铁路退休福利同样计入此项。

土地/房产租赁收入（非经营性）

土地/房屋出租所得扣除运营成本后的收入；若租赁收入属于自营经营范畴，则不在此项填报。

其他收入

现金救助、失业补偿金、工伤赔偿、赡养费、抚养费及以上未列入“其他收入来源”的各类收入；

分居配偶给予的生活费也填报于此。

合计（选填）

总收入栏为选填项。如未填写，SeniorCare 系统将自动核算总额。

签名板块（第 4 部分）

未签署的申请表会延长资格审核周期。申请表须由申请人本人、授权代表、法定监护人、委托代理人或财产管理人签字并填写日期。

注册费用（第 5 部分）

如未足额缴纳注册费用，可能导致 **SeniorCare** 注册申请驳回或审核延期。在邮寄填好的申请表时，务必一并附上全额注册费。

若您的 SeniorCare 申请未通过，注册费将在 6 至 8 周内原路退回。

随表缴纳注册费

仅单人申请：在**\$30** 旁方框内打 X；若与同住配偶共同申请 SeniorCare：在**\$60** 旁方框内打 X。

缴费方式：邮政汇票、银行本票或个人支票，收款方填写“**State of Wisconsin**”。支票/汇票上注明全部申请人姓名。不接受现金。

其他项目信息

若您有意申请 Medicare Savings Program、FoodShare 等其他项目，请致电会员服务热线 **800-362-3002**。Medicare Savings Program 帮助符合条件者承担 Medicare Part A 和 Part B 共同保险和保费；FoodShare 为符合条件人群提供食品采购补助。若要申请以上项目，需补充额外材料。

如需自查项目申请资格，可联系当地县级或部落机构，或访问 access.wi.gov；登录 dhs.wi.gov/im-agency 查询对应机构联系方式。

您的权利和责任

若发生影响您或配偶的变更事项（亲属离世、邮寄/常住地址变更、搬离威斯康星州、婚姻状态变动：结婚、离婚、分居），需在 10 日内致电 SeniorCare 客服热线 **800-657-2038** 报备。也可书面邮寄变更通知至：

SeniorCare

PO Box 6710

Madison, WI 53716-0710

您在申请表第 4 部分签名，即授权 DHS 调取合理、必要的补充材料，用于 SeniorCare 项目规范管理。

您本人签名或委托代表签名，即表示您确认本人或代表填报的信息真实无误。您与授权代表需对不实信息或错误承担责任。提供虚假信息将面临最高\$10,000 罚款、一年以内监禁，或两项处罚并处。

若您不认可本项目针对您的申请或现有福利作出的处理决定，有权申请公平听证会。可书面邮寄听证申请至：

Wisconsin Department of Administration

Division of Hearings and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

Department of Health Services 是一家实行机会均等的雇主和服务提供商。如您存在残障，需要本文件其他格式版本或外文译本，请致电语音电话 **608-266-3356**，TTY 请致电 **711**。所有翻译服务免费。

如需提交歧视投诉，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

PO Box 7850

Madison, WI 53707-7850

语音电话：608-267-4955，TTY：711，传真：608-267-2147

SeniorCare 申请表核对清单

- ☐ 完整填写每个部分。已婚且与配偶同住的申请人，务必填写配偶信息。
- ☐ 在表格上签字并注明日期。若有授权代表、法定监护人或委托代理人，则由对应人员签字。
- ☐ 开具收款方为“**State of Wisconsin**”的支票或汇票作为注册费，随申请表一并提交（单人\$30.00；若与配偶共同申请，则为\$60.00）。
- ☐ 将申请表与注册费邮寄至：

SeniorCare

PO Box 6710

Madison, WI 53716-0710.
- ☐ 留意邮件接收决定通知。SeniorCare 注册资格审核周期通常为 4–6 周。

收入计算工作表

本工作表用于将月度收入换算为未来 12 个月预期全年总收入。第一张表格填写申请人收入。若与配偶同住，则用第二张表格填写配偶收入。

重要提示：除自营收入填报抵扣后净额外，其余所有收入类型均填报**总额**（**税前**或其他扣除前金额）。所有类型仅为**预估**。仅填写**美元整数**，无需标注美分。

申请人收入核算

收入类型	月度金额	乘以 12 个月	总计
1) 社会保障	\$ _____	x 12	= \$ _____
2) 工作收入和工资	\$ _____	x 12	= \$ _____
3) 利息、股息与资本收益	\$ _____	x 12	= \$ _____
4) 自营收入	\$ _____	x 12	= \$ _____
5) 退休福利	\$ _____	x 12	= \$ _____
6) 土地/房产租赁收入（非经营性）	\$ _____	x 12	= \$ _____

7) 其他收入	\$ _____	x 12	= \$ _____
总计	\$ _____	x 12	= \$ _____

配偶收入核算

收入类型	月度金额	乘以 12 个月	总计
1) 社会保障	\$ _____	x 12	= \$ _____
2) 工作收入和工资	\$ _____	x 12	= \$ _____
3) 利息、股息与资本收益	\$ _____	x 12	= \$ _____
4) 自营收入	\$ _____	x 12	= \$ _____
5) 退休福利	\$ _____	x 12	= \$ _____

6) 土地/房产租赁收入（非经营性）	\$ _____	x 12	= \$ _____
7) 其他收入	\$ _____	x 12	= \$ _____
总计	\$ _____	x 12	= \$ _____