

ISTRUZIONI PER PRESENTARE LA DOMANDA SENIORCARE

SENIORCARE APPLICATION INSTRUCTIONS

La domanda SeniorCare serve solo per richiedere l'iscrizione al Programma per i farmaci da prescrizione SeniorCare. La domanda non serve per altri programmi di copertura sanitaria o di prestazioni.

Se occorre aiuto nella compilazione della domanda, si può telefonare al Servizio clienti SeniorCare al numero 800-657-2038. Sono disponibili i servizi TTY e traduzione. È anche possibile contattare il proprio ufficio per la terza età di zona o il Centro risorse per la terza età e la disabilità (Aging and Disability Resource Center). Per maggiori informazioni, si prega di visitare la pagina FindMyADRC.org.

È possibile delegare un rappresentante autorizzato perché presenti la domanda a vostro nome. Per nominare un rappresentante autorizzato, compilate uno dei seguenti moduli: Modulo F-10126A per le persone, Nomina, modifica e revoca di un rappresentante personale ([Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person form, F-10126A](#)) oppure Modulo F-10126B per le organizzazioni: Nomina, modifica o revoca di un rappresentante autorizzato ([Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization form, F-10126B](#)) e inviatelo insieme alla vostra domanda. Tale procedura consente al rappresentante autorizzato di compilare e firmare la domanda al vostro posto.

Come compilare la domanda

- **Scrivete a macchina o stampatello in modo chiaro** e utilizzate unicamente **inchiostro blu o nero**. Se dovete selezionare una risposta a

una domanda, contrassegnate con una X la casella a sinistra della risposta giusta.

- Compilate tutte le sezioni della domanda e inviate la tariffa di iscrizione corretta. Se la vostra domanda non risulta completa o corretta, è possibile che un Rappresentante del Servizio clienti SeniorCare vi contatti per maggiori informazioni. Tale contrattempo potrebbe causare ritardi nell'elaborazione della vostra domanda.
- Sul modulo di domanda, riportate le informazioni riguardanti voi e il vostro coniuge (se convivente con voi). Non includete informazioni su altre persone del vostro nucleo familiare.

Dati del richiedente (sezione 1)

Leggete più avanti maggiori informazioni su come rispondere nei campi della sezione richiedente e informazioni.

Indirizzo

Scrivete a macchina o stampatello sulla domanda il vostro indirizzo di residenza nella prima serie di campi dell'indirizzo. Se il vostro indirizzo postale è diverso dalla vostra residenza, scrivete a macchina o stampatello il vostro indirizzo postale nella seconda serie di campi dell'indirizzo, sotto il punto in cui avrete inserito il vostro indirizzo di residenza.

Numero di sicurezza sociale

Scrivete a macchina o stampatello il vostro numero di sicurezza sociale (Social Security number, SSN). Abbiamo l'obbligo per legge di acquisire il vostro SSN e altre informazioni di identificazione personale (Wis. Stat. §§ 49.688 e 49.82(2)). La mancata indicazione di tali informazioni potrebbe determinare il rifiuto della vostra domanda di prestazioni.

Il vostro SSN e le informazioni di identificazione personale saranno utilizzati solo per la gestione diretta del programma SeniorCare. Il vostro

SSN consente un controllo informatico incrociato delle vostre informazioni con altri enti pubblici, come l'Agenzia delle entrate (Internal Revenue Service, IRS), l'Amministrazione della sicurezza sociale (Social Security Administration, SSA) e il Dipartimento dello sviluppo della forza lavoro (Department of Workforce Development, DWD). Inoltre, il DHS abbinerà il vostro nome e il SSN con un file fornito da compagnie di assicurazione sanitaria per verificare se avete altre assicurazioni. Se avete un'assicurazione sanitaria, SeniorCare coordinerà la copertura delle prestazioni con il vostro piano.

Razza e origine etnica (facoltativo)

Selezionate l'opzione che descrive nel modo più esatto la vostra razza o l'origine etnica e quelle del vostro coniuge. Queste informazioni sono rese volontariamente e non saranno utilizzate per decidere sulla vostra iscrizione.

Stato civile e modello di vita familiare

Selezionate l'opzione opportuna relativa al vostro stato civile.

Nella domanda "Convivete con il vostro coniuge?":

- selezionate "Sì" se siete coniugato/a e convivete con il vostro coniuge.
- selezionate "No" se non avete un coniuge o se il vostro coniuge non convive con voi.

Residente del Wisconsin

Siete considerato/a residente del Wisconsin se corrispondete a uno dei seguenti requisiti:

- avete una residenza permanente nel Wisconsin
- siete considerato/a residente nel Wisconsin ai fini fiscali
- siete un elettore/un'elettrice registrato/a nel Wisconsin

Cittadino/a statunitense

Se state presentando la domanda per l'iscrizione a SeniorCare e non siete cittadino/a statunitense, fornite il vostro numero di registrazione come straniero o USCIS. Potete anche allegare una copia di entrambi i lati della vostra tessera di registrazione come straniero, per comprovare il vostro status di immigrazione e il numero di registrazione come straniero.

Rispondete alle domande riguardanti quando siete arrivato/a negli Stati Uniti, se avete uno sponsor e se avete un legame con le forze armate.

Informazioni sul coniuge (sezione 2)

Compilate la sezione della vostra domanda riguardante le informazioni sul coniuge, se avete un coniuge che **attualmente convive con voi**. Se non convivete con il vostro coniuge e il coniuge vuole presentare la domanda, deve inviarne una a parte.

Per SeniorCare, non calcoliamo il reddito di alcun altro componente del vostro nucleo familiare.

Razza e origine etnica (facoltativo)

Selezionate l'opzione che descrive nel modo più esatto la razza o l'origine etnica del vostro coniuge. Queste informazioni sono rese volontariamente e non saranno utilizzate per decidere sulla vostra iscrizione.

Residente del Wisconsin

Il vostro coniuge è considerato/a residente del Wisconsin se corrisponde a uno dei seguenti requisiti:

- ha una residenza permanente nel Wisconsin
- è considerato/a residente nel Wisconsin ai fini fiscali
- è un elettore/un'elettrice registrato/a nel Wisconsin

Cittadino/a statunitense

Se il vostro coniuge non è cittadino/a statunitense, fornite il suo numero di registrazione come straniero o USCIS. Potete anche allegare una copia di entrambi i lati della sua tessera di registrazione come straniero, per comprovare il suo status di immigrazione e il numero di registrazione come straniero.

Rispondete alle domande riguardanti quando è arrivato/a negli Stati Uniti, se ha uno sponsor e se ha un legame con le forze armate.

Stato civile e modello di vita familiare

Selezionate l'opzione opportuna relativa allo stato civile del vostro coniuge.

Numero di sicurezza sociale

Inserite il SSN del vostro coniuge. Il numero SNN del vostro coniuge e altre informazioni di identificazione personale sono prescritti da Wis. Stat. §§ 49.688 e 49.82(2). La mancata indicazione di tali informazioni potrebbe determinare il rifiuto della vostra domanda di prestazioni. Il suo SSN e le informazioni di identificazione personale saranno utilizzati solo per la gestione diretta del programma SeniorCare. Il suo SSN consente un controllo informatico incrociato delle vostre informazioni con altri enti pubblici, come IRS, SSA e DWD. Inoltre, il DHS abbinerà il suo nome e il SSN con un file fornito da compagnie di assicurazione sanitaria per verificare se ha altre assicurazioni. Se ha un'assicurazione sanitaria, SeniorCare coordinerà la copertura delle prestazioni con il vostro piano.

Indirizzo

Dovete inserire nei campi dell'indirizzo i dati dell'indirizzo del vostro coniuge solo se tale indirizzo è diverso dal vostro.

Informazioni sul reddito (sezione 3)

L'iscrizione a SeniorCare si basa sul reddito che voi prevedete di guadagnare nei **prossimi 12 mesi**. Se voi convivete con il vostro coniuge, dovete includere anche il reddito del vostro coniuge.

Dovete inserire l'importo lordo per tutti i tipi di reddito, ad eccezione dei guadagni da lavoro autonomo. L'importo lordo è la cifra da cui non sono ancora state sottratte le tasse o altre trattenute.

Quando inserite l'importo del vostro reddito, dovete:

- inserire solo i dollari e non i centesimi;
- inserire "\$0" se non percepite entrate in una categoria;
- prestare attenzione a inserire l'importo annuale e non il conto mensile.

Non vengono **conteggiati** molti tipi di entrate, tra cui:

- Reddito previdenziale supplementare (Supplemental Security Income, SSI)
- aiuti finanziari per gravi disastri ed emergenze
- conti per lo sviluppo individuale
- pagamenti per indennizzi approvati dalla legge federale per i nativi americani
- entrate o prestazioni provenienti da alcuni programmi speciali

Per calcolare più agevolmente, il vostro reddito, utilizzate il foglio di calcolo per conteggiare il reddito che inizia a pagina 13 delle presenti istruzioni.

Di seguito si descrivono le più importanti fonti di reddito conteggiate per SeniorCare.

Sicurezza sociale

L'importo totale dei vostri versamenti per la Sicurezza sociale, tra cui i

premi Medicare, se sono sottratti dal vostro assegno delle prestazioni o dai trasferimenti di fondi elettronici. Questa riga include anche le prestazioni pensionistiche ferroviarie **se pagate dall'Amministrazione della sicurezza sociale.**

Reddito da lavoro e retribuzioni

Il totale di salari, stipendi, bonus e commissioni (escluse le entrate da lavoro autonomo o collaborazioni) al lordo di tasse e deduzioni.

Se per stimare i vostri guadagni utilizzate la vostra dichiarazione dei redditi o il modello W-2 dell'anno scorso, tenete conto delle vostre previsioni di lavorare nella stessa misura, di più o di meno nei prossimi 12 mesi. Non utilizzate la cifra del reddito lordo rettificato tratta dalla vostra dichiarazione dei redditi.

Interessi, dividendi e plusvalenze

La stima del totale di interessi, dividendi e plusvalenze Dovete includere gli importi guadagnati anche se non ricevete tali entrate. Ad esempio, occorre includere gli interessi guadagnati con un certificato di deposito (CD) che vengono capitalizzati.

Se prevedete una perdita netta, inserite zero. Non inserite cifre negative.

Lavoro autonomo

Il reddito proveniente da attività agricola o impresa di proprietà esclusiva o in comproprietà. Sottraete i costi e le perdite di impresa, la svalutazione dei beni aziendali e qualsiasi altra deduzione che l'IRS vi permette di detrarre sul vostro reddito da lavoro autonomo.

Potete consultare le vostre imposte dell'anno scorso per avere un'idea di quanto avete guadagnato e quanto vi è consentito di dedurre. **Se prevedete una perdita nel lavoro autonomo, inserite zero.** Non

inserite cifre negative.

Pensione

Le pensioni, i conti 401(k), le prestazioni per i veterani (Veterans Benefits), le quote imponibili dei conti pensionistici individuali (individual retirement account, IRA) e i vitalizi che erogano sistematicamente pagamenti periodici.

Vi rientrano le prestazioni pensionistiche ferroviarie versate dal Railroad Retirement Board.

Il reddito da affitto di terreni o immobili (non d'impresa)

Il reddito correlato all'affitto di terreni/immobili, da cui vanno sottratte le spese di esercizio. Non si deve indicare in questo spazio il reddito che viene guadagnato attraverso il lavoro autonomo.

Altro

Assistenza economica, indennità di disoccupazione o assicurazione infortuni, pagamento di alimenti, denaro di sostegno e altre fonti di reddito non elencate nelle altre fonti di reddito.

Se ricevete entrate da un coniuge che non vive con voi, includetelo qui.

Totale (facoltativo)

L'inserimento del totale è facoltativo. Se non lo indicherà, la cifra sarà calcolata per voi da SeniorCare.

Firma (sezione 4)

L'invio di una domanda senza firma potrebbe determinare ritardi nell'iscrizione. La domanda deve essere firmata e datata dal richiedente o dal rappresentante autorizzato, dal tutore legale, dal delegato o dal custode che compila la domanda per conto del richiedente.

Tariffa di iscrizione (sezione 5)

Se non avrete incluso l'intera tariffa di iscrizione, **è possibile che la vostra iscrizione SeniorCare subisca ritardi o venga negata.** Prestate attenzione a includere l'importo integrale della vostra tariffa insieme alla domanda, quando inviate per posta la domanda compilata.

Se la vostra domanda SeniorCare non viene approvata, vi restituiremo per posta la vostra tariffa di iscrizione entro sei/otto settimane.

Tariffa di iscrizione allegata

Contrassegnate con una X la casella accanto a **\$30** se la domanda viene presentata da una sola persona. Contrassegnate con una X la casella accanto a **\$60** se la domanda per SeniorCare viene presentata contestualmente da voi e dal vostro coniuge convivente con voi.

È possibile pagare mediante vaglia, assegno circolare o assegno personale pagabile allo "**State of Wisconsin.**" Sull'assegno o sul vaglia riportate i nomi di tutti i richiedenti. **Non inserite contanti.**

Altre informazioni sul programma

Se vi interessano altri programmi, come Medicare Savings Program o FoodShare, contattate i Servizi per i membri al numero **800-362-3002**. Il Medicare Savings Program aiuta le persone ammissibili a pagare la coassicurazione e i premi Medicare per la Parte A e la Parte B. FoodShare aiuta le persone ammissibili ad acquistare alimenti. Se decidete di presentare la domanda per questi programmi, saranno necessarie altre informazioni.

Per capire se potete ottenere l'idoneità a tali programmi, potete contattare la contea locale o l'agenzia tribale, oppure visitare access.wi.gov. Per trovare i dati di contatto della vostra agenzia, visitate online la pagina dhs.wi.gov/im-agency.

I vostri diritti e doveri

È obbligatorio comunicare entro 10 giorni al Servizio clienti SeniorCare al numero **800-657-2038** ogni variazione riguardante voi e/o il vostro coniuge, come il decesso di un membro, l'indirizzo (compreso l'indirizzo postale), la variazione della residenza permanente al di fuori del Wisconsin e le variazioni nella composizione del nucleo familiare (matrimonio, divorzio o separazione). È possibile comunicare le variazioni anche per iscritto a:

SeniorCare

PO Box 6710

Madison, WI 53716-0710

Con la vostra firma sulla domanda (Sezione 4 del modulo) autorizzate il DHS a richiedere le eventuali altre informazioni opportune e necessarie per gestire adeguatamente il programma SeniorCare.

Firmando con il vostro nome o facendo firmare una persona che sottoscrive per vostro conto, attestate che le informazioni fornite da voi o dal vostro rappresentante sono vere e corrette. Voi e il vostro rappresentante siete responsabili di eventuali informazioni non corrette o errori. Le sanzioni per aver fornito informazioni fraudolente potrebbero consistere in una multa non superiore a \$10.000 o in una reclusione non superiore a un anno, oppure in entrambe le sanzioni.

Se non siete d'accordo con qualsiasi azione intrapresa riguardo alla vostra domanda o a prestazioni in corso, avete il diritto di chiedere un'udienza imparziale, scrivendo a:

Wisconsin Department of Administration

Division of Hearings and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

Il Dipartimento dei servizi sanitari (Department of Health Services) è un datore di lavoro e fornitore di servizi che rispetta le pari opportunità. Se avete una disabilità per cui queste informazioni vi occorrono in un formato diverso o tradotte in un'altra lingua, contattate il numero 608-266-3356 (a voce) o 711 (TTY). Tutti i servizi di traduzione sono gratuiti.

Per presentare un reclamo per discriminazione, rivolgetevi a:

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

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

Lista di controllo per la domanda SeniorCare

- ☐ **Compile ogni sezione** Se siete coniugato/a e convivete con il vostro coniuge, prestate attenzione a includere i dati del coniuge.
- ☐ **Apponete la firma e la data sulla vostra domanda.** Se avete un rappresentante autorizzato, un tutore legale o un delegato, la firma deve essere apposta da tale persona.
- ☐ **Compile un assegno o un vaglia per lo "State of Wisconsin" in relazione alla tariffa di iscrizione e allegatelo alla vostra domanda** (\$30.00 per una persona; \$60.00 se voi e il vostro coniuge se state presentando la domanda insieme).
- ☐ **Inviare la vostra domanda e la tariffa di iscrizione a:**

SeniorCare

PO Box 6710

Madison, WI 53716-0710.
- ☐ **Controlli la vostra posta per la comunicazione della decisione.** Di norma, occorrono 4-6 settimane per sapere se siete iscritto/a a SeniorCare.

Foglio di calcolo per conteggiare il reddito

Questo foglio di calcolo è utile per convertire il vostro reddito mensile nel totale annuale che prevedete di guadagnare nei prossimi 12 mesi. Utilizzate la prima tabella per il vostro reddito. Utilizzate la seconda tabella per il reddito del vostro coniuge convivente con voi.

Importante: inserite l'**importo lordo** (l'**importo prima di sottrarre tasse** o altre trattenute) per ogni tipo di reddito, tranne il reddito da lavoro autonomo, per cui si deve indicare l'importo netto dopo aver sottratto le trattenute. Fornite la vostra **stima più precisa** per ciascun tipo. Inserite **solo i dollari** e non i centesimi.

Calcolo del reddito del richiedente

Tipo di reddito	Importo mensile	Moltiplicatore per 12 mesi	Totale
1) Sicurezza sociale	\$ _____	x 12	= \$ _____
2) Reddito da lavoro e retribuzioni	\$ _____	x 12	= \$ _____
3) Interessi, dividendi e plusvalenze	\$ _____	x 12	= \$ _____
4) Lavoro autonomo	\$ _____	x 12	= \$ _____

5) Pensione	\$ _____ x 12 = \$ _____
6) Il reddito da affitto di terreni o immobili (non d'impresa)	\$ _____ x 12 = \$ _____
7) Altro	\$ _____ x 12 = \$ _____
Totale	\$ _____ x 12 = \$ _____

Calcolo del reddito del coniuge

Tipo di reddito	Importo mensile	Moltiplicatore per 12 mesi	Totale
1) Sicurezza sociale	\$ _____	x 12	= \$ _____
2) Reddito da lavoro e retribuzioni	\$ _____	x 12	= \$ _____
3) Interessi, dividendi e plusvalenze	\$ _____	x 12	= \$ _____
4) Lavoro autonomo	\$ _____	x 12	= \$ _____
5) Pensione	\$ _____	x 12	= \$ _____
6) Il reddito da affitto di terreni o immobili (non d'impresa)	\$ _____	x 12	= \$ _____
7) Altro	\$ _____	x 12	= \$ _____
Totale	\$ _____	x 12	= \$ _____