

INSTRUKCJA SKŁADANIA WNIOSKU O ŚWIADCZENIA SENIORCARE

SENIORCARE APPLICATION INSTRUCTIONS

Wniosek SeniorCare służy wyłącznie do składania wniosków w ramach programu SeniorCare dotyczącego leków na receptę. Wniosek ten nie dotyczy żadnego innego programu ubezpieczenia zdrowotnego ani programu świadczeń.

Jeśli potrzebujesz pomocy przy wypełnianiu wniosku, zadzwoń do działu obsługi klienta SeniorCare pod numer 800-657-2038. Dostępne są usługi TTY oraz usługi tłumaczeniowe. Można również skontaktować się telefonicznie z lokalnym biurem ds. osób starszych lub Centrum Zasobów dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych (Aging and Disability Resource Center). Więcej informacji znajdziesz na stronie FindMyADRC.org.

Możesz zlecić złożenie wniosku w twoim imieniu upoważnionemu przedstawicielowi. Aby wyznaczyć upoważnionego przedstawiciela, należy wypełnić formularz [Wyznaczenie, zmiana lub odwołanie upoważnionego przedstawiciela: Formularz osobisty, F-10126A](#) lub [Wyznaczenie, zmiana lub odwołanie upoważnionego przedstawiciela: Formularz organizacyjny, F-10126B](#) i dołączyć go do wniosku. Dzięki temu twój upoważniony przedstawiciel może wypełnić i podpisać wniosek w twoim imieniu.

Jak wypełnić wniosek

- **Pisz czytelnie** i używaj wyłącznie **niebieskiego lub czarnego atramentu**. Jeśli chcesz wybrać odpowiedź na pytanie, zaznacz krzyżykiem pole po lewej stronie właściwych odpowiedzi.

- Wypełnij wszystkie sekcje wniosku i uiść odpowiednią opłatę rejestracyjną. Jeśli twój wniosek będzie niekompletny lub będzie zawierać błędy, przedstawiciel działu obsługi klienta SeniorCare może skontaktować się z tobą w celu uzyskania dodatkowych informacji. Może to spowodować opóźnienie w procesie rozpatrywania twojego wniosku.
- W formularzu wniosku należy podać dane dotyczące ciebie oraz twojego małżonka (jeśli masz małżonka mieszkającego z tobą). Nie podawaj informacji dotyczących innych osób mieszkających w twoim gospodarstwie domowym.

Dane wnioskodawcy (sekcja 1)

Więcej informacji na temat wypełniania pól w sekcji „Dane wnioskodawcy” i „Informacje” znajdziesz poniżej.

Adres

Wpisz swój adres zamieszkania w pierwszej sekcji pól adresowych w formularzu wniosku. Jeśli twój adres korespondencyjny różni się od adresu zamieszkania, wpisz go w drugim zestawie pól adresowych poniżej, w miejscu przeznaczonym na adres zamieszkania.

Numer ubezpieczenia społecznego

Wpisz swój numer ubezpieczenia społecznego (SSN). Zgodnie z przepisami prawa jesteśmy zobowiązani do uzyskania twojego numeru ubezpieczenia społecznego (SSN) oraz innych danych umożliwiających identyfikację osoby (Wis. Stat. §§ 49.688 i 49.82(2)). Nieprzedłożenie tych informacji może skutkować odrzuceniem wniosku o przyznanie świadczeń.

Twój numer ubezpieczenia społecznego (SSN) oraz dane umożliwiające identyfikację osoby będą wykorzystywane wyłącznie do bezpośredniej realizacji programu SeniorCare. Twój numer SSN umożliwia komputerową weryfikację twoich danych w innych agencjach rządowych, takich jak Urząd Skarbowy (Internal Revenue Service; IRS),

Administracja Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration; SSA) oraz Departament Rozwoju Siły Roboczej (Department of Workforce Development; DWD). Ponadto DHS zweryfikuje twoje imię i nazwisko oraz numer ubezpieczenia społecznego (SSN) z danymi przekazanymi przez ubezpieczycieli zdrowotnych, aby ustalić, czy posiadasz inne ubezpieczenie. Jeśli posiadasz ubezpieczenie zdrowotne, SeniorCare zajmie się koordynacją zakresu świadczeń z twoim planem ubezpieczeniowym.

Rasa i pochodzenie etniczne (opcjonalnie)

Wybierz opcję, która najlepiej opisuje pochodzenie rasowe lub etniczne twoje i twojego współmałżonka. Podanie tych informacji jest dobrowolne i nie będzie miało wpływu na decyzję o rejestracji.

Stan cywilny i warunki mieszkaniowe

Wybierz opcję odpowiadającą twojemu stanowi cywilnemu.

W przypadku pytania „Czy mieszkasz z małżonkiem/małżonką?”:

- Wybierz opcję „Tak”, jeśli jesteś w związku małżeńskim i mieszkasz ze swoim małżonkiem/małżonką.
- Wybierz opcję „Nie”, jeśli nie masz małżonka lub jeśli twój małżonek/małżonka nie mieszka z tobą.

Mieszkaniec Stanu Wisconsin

Uznaje się, że jesteś mieszkańcem Stanu Wisconsin, jeśli spełniasz którykolwiek z poniższych warunków:

- Posiadasz stałe miejsce zamieszkania w Stanie Wisconsin
- Jesteś uznany za rezydenta Stanu Wisconsin dla celów podatkowych
- Jesteś zarejestrowanym wyborcą w Stanie Wisconsin

Obywatelstwo Stanów Zjednoczonych

Jeśli ubiegasz się o udział w programie SeniorCare i nie jesteś obywatelem Stanów Zjednoczonych, podaj swój numer rejestracji cudzoziemca lub numer USCIS. Można również dołączyć kopię obu stron karty rejestracji cudzoziemca w celu potwierdzenia statusu imigracyjnego oraz numeru rejestracji cudzoziemca.

Odpowiedz na pytania dotyczące tego, kiedy przyjechałeś do Stanów Zjednoczonych, czy masz sponsora oraz czy masz powiązania z wojskiem.

Dane współmałżonka (sekcja 2)

Wypełnij sekcję dotyczącą małżonka we wniosku tylko wtedy, gdy masz małżonka/małżonkę i **mieszka on/ona obecnie z tobą**. Jeśli nie mieszkasz ze swoim małżonkiem, a on lub ona chce złożyć wniosek, musi to zrobić samodzielnie.

W ramach programu SeniorCare nie uwzględniamy dochodów pozostałych członków twojego gospodarstwa domowego.

Rasa i pochodzenie etniczne (opcjonalnie)

Wybierz opcję, która najlepiej opisuje pochodzenie rasowe lub etniczne twojego współmałżonka. Podanie tych informacji jest dobrowolne i nie będzie miało wpływu na decyzję o rejestracji.

Mieszkaniec Stanu Wisconsin

Uznaje się, że małżonek/małżonka jest mieszkańcem Stanu Wisconsin, jeśli spełniają którykolwiek z poniższych warunków:

- Posiadasz stałe miejsce zamieszkania w Stanie Wisconsin
- Jesteś uznany za rezydenta Stanu Wisconsin dla celów podatkowych
- Jesteś zarejestrowanym wyborcą w Stanie Wisconsin

Obywatelstwo Stanów Zjednoczonych

Jeśli twój małżonek/małżonka nie jest obywatelem Stanów Zjednoczonych, podaj jego/jej numer rejestracji cudzoziemca lub numer USCIS. Można również dołączyć kopię obu stron karty rejestracji cudzoziemca w celu potwierdzenia statusu imigracyjnego oraz numeru rejestracji cudzoziemca.

Odpowiedz na pytania dotyczące tego, kiedy twój małżonek/małżonka przyjechał do Stanów Zjednoczonych, czy ma sponsora oraz czy ma powiązania z wojskiem.

Stan cywilny i warunki mieszkaniowe

Wybierz opcję odpowiadającą stanowi cywilnemu twojego małżonka/małżonki..

Numer ubezpieczenia społecznego

Wpisz numer SSN swojego małżonka. Zgodnie z przepisami prawa jesteśmy zobowiązani do uzyskania numeru ubezpieczenia społecznego (SSN) twojego współmałżonka oraz innych danych umożliwiających identyfikację osoby (Wis. Stat. §§ 49.688 i 49.82(2)). Nieprzedłożenie tych informacji może skutkować odrzuceniem wniosku o przyznanie świadczeń. Numer ubezpieczenia społecznego (SSN) twojego małżonka oraz dane umożliwiające identyfikację osoby będą wykorzystywane wyłącznie do bezpośredniej realizacji programu SeniorCare. Ich numer SSN umożliwia komputerową weryfikację ich danych w innych agencjach rządowych, takich jak IRS, SSA i DWD. Ponadto DHS zweryfikuje ich imię i nazwisko oraz numer ubezpieczenia społecznego (SSN) z danymi przekazanymi przez ubezpieczycieli zdrowotnych, aby ustalić, czy posiadają inne ubezpieczenie. Jeśli posiadają ubezpieczenie zdrowotne, SeniorCare zajmie się koordynacją zakresu świadczeń z ich planem ubezpieczeniowym.

Adres

Adres współmałżonka należy wpisać w odpowiednich polach tylko wtedy, gdy różni się on od twojego adresu.

Informacje o dochodach (sekcja 3)

Rejestracja w programie SeniorCare opiera się na dochodach, jakie planujesz uzyskać w ciągu **najbliższych 12 miesięcy**. Jeśli mieszkasz ze swoim małżonkiem/małżonką, musisz uwzględnić również jego/jej dochody.

Należy uwzględnić kwotę brutto wszystkich rodzajów dochodów z działalności na własny rachunek zwolnionych z podatku. Kwota brutto to kwota przed odliczeniem podatków lub innych potrąceń.

Podając kwotę swoich dochodów, należy:

- Wpisuj tylko kwoty w dolarach, bez centów.
- Jeśli w danej kategorii nie masz żadnych dochodów, wpisz „0 USD”.
- Upewnij się, że podajesz kwotę roczną, a nie miesięczną.

Wiele rodzajów dochodów **nie jest uwzględnianych**. Należą do nich:

- Dodatkowy dochód zabezpieczający (SSI)
- Świadczenia z tytułu poważnych klęsk żywiołowych i sytuacji nadzwyczajnych
- Program oszczędnościowy z dopłatą
- Wypłaty z tytułu rozstrzygnięcia roszczeń zatwierdzone na mocy prawa federalnego dla rdzennych Amerykanów
- Dochody lub świadczenia z niektórych programów specjalnych

Aby obliczyć swoje dochody, skorzystaj z arkusza kalkulacyjnego, który znajduje się na stronie 13 niniejszej instrukcji.

Poniżej opisano główne źródła dochodów uwzględniane w programie

SeniorCare.

Ubezpieczenie społeczne

Łączna suma twoich świadczeń z ubezpieczenia społecznego, w tym składki na ubezpieczenie Medicare, o ile są one potrącane z twojego czeku z zasiłkiem lub z elektronicznych przelewów środków. W tej pozycji uwzględniono również świadczenia emerytalne dla pracowników kolei, **o ile są one wypłacane przez Administrację Ubezpieczeń Społecznych.**

Dochody i zarobki z pracy

Łączna suma wynagrodzenia, płacy, premii i prowizji (z wyłączeniem dochodów z działalności na własny rachunek lub z tytułu udziału w spółce) przed opodatkowaniem i potrąceniami.

Jeśli do oszacowania swoich dochodów korzystasz z zeznania podatkowego lub formularza W-2 z ubiegłego roku, zastanów się, czy w ciągu najbliższych 12 miesięcy zamierzasz pracować tyle samo, więcej czy mniej. Nie należy korzystać z kwoty skorygowanego dochodu brutto podanej w zeznaniu podatkowym.

Odsetki, dywidendy i zyski kapitałowe

Szacunkowa łączna roczna suma odsetek, dywidend i zysków kapitałowych. Należy uwzględnić kwoty uzyskane, nawet jeśli dochód ten nie został jeszcze wypłacony. Na przykład należy uwzględnić odsetki uzyskane z certyfikatu depozytowego (certificate of deposit; CD), które są ponownie zaliczane na poczet kwoty głównej.

Jeśli spodziewasz się straty netto, wpisz zero. Nie należy wprowadzać wartości ujemnej.

Samozatrudnienie

Dochody z działalności rolniczej lub z działalności gospodarczej

prowadzonej samodzielnie lub wspólnie z innymi osobami. Od dochodu z działalności na własny rachunek należy odjąć koszty prowadzenia działalności, straty z działalności, amortyzację środków trwałych oraz wszelkie inne odliczenia, na które zezwala IRS.

Możesz przejrzeć swoje zeznania podatkowe z zeszłego roku, aby zorientować się, ile zarobiłeś i jakie odliczenia przysługiwały ci w tamtym roku. **Jeśli spodziewasz się straty z tytułu prowadzenia działalności na własny rachunek, wpisz zero.** Nie należy wprowadzać wartości ujemnej.

Emerytura

Emerytury, konta 401(k), świadczenia dla weteranów, podlegające opodatkowaniu części indywidualnych kont emerytalnych (IRA) oraz renty zapewniające regularne, okresowe wypłaty.

Obejmuje to świadczenia emerytalne dla pracowników kolei wypłacane przez Radę ds. Emerytur Kolejowych (Railroad Retirement Board).

Przychody z wynajmu gruntów lub nieruchomości (nie w ramach działalności gospodarczej)

Przychody z wynajmu gruntów/nieruchomości pomniejszone o koszty operacyjne. W tym miejscu nie należy wykazywać dochodów uzyskanych z działalności na własny rachunek.

Inne

Pomoc pieniężna, zasiłek dla bezrobotnych lub odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy, alimenty, świadczenia alimentacyjne oraz inne źródła dochodu niewymienione w pozycji „inne źródła dochodu”.

Jeśli uzyskujesz dochód od małżonka, który nie mieszka z tobą, uwzględnij go w tym miejscu.

Suma (opcjonalnie)

Podanie sumy nie jest obowiązkowe. Jeśli tego nie zrobisz, suma zostanie obliczona za ciebie przez SeniorCare.

Podpis (sekcja 4)

Wysłanie wniosku bez podpisu może spowodować opóźnienie rejestracji. Wniosek musi być podpisany i opatrzony datą przez wnioskodawcę lub upoważnionego przedstawiciela, opiekuna prawnego, pełnomocnika lub kuratora wypełniającego wniosek w jego imieniu.

Opłata rejestracyjna (sekcja 5)

Jeśli nie uiścisz pełnej opłaty rejestracyjnej, **twoja rejestracja w programie SeniorCare może zostać odrzucona lub opóźniona.**

Wysyłając wypełniony wniosek pocztą, pamiętaj o dołączeniu pełnej kwoty opłaty.

Jeśli twój wniosek o udział w programie SeniorCare nie zostanie zatwierdzony, w ciągu sześciu do ośmiu tygodni zwrócimy ci opłatę rejestracyjną pocztą.

Załączono opłatę rejestracyjną (sekcja 5)

Jeśli wniosek składa tylko jedna osoba, należy zaznaczyć krzyżykiem pole obok kwoty **30 USD**. Zaznacz krzyżykiem pole obok kwoty **60 USD**, jeśli zarówno ty, jak i twój współmałżonek mieszkający z tobą składacie wspólny wniosek o udział w programie SeniorCare.

Płatności można dokonać za pomocą przekazu pieniężnego, czeku kasjerskiego lub czeku osobistego wystawionego na „**State of Wisconsin**”. Na czeku lub przekazie pieniężnym należy podać imiona i nazwiska wszystkich wnioskodawców. **Nie należy dołączać gotówki.**

Inne informacje o programie

Jeśli interesują cię inne programy, takie jak program oszczędnościowy Medicare lub FoodShare, skontaktuj się z Działem Obsługi Klienta pod numerem **800-362-3002**. Program oszczędnościowy Medicare pomaga osobom spełniającym kryteria w pokryciu kosztów współubezpieczenia oraz składek w ramach części A i części B programu Medicare. Program FoodShare pomaga osobom spełniającym kryteria w zakupie żywności. Jeśli zdecydujesz się złożyć wniosek o udział w tych programach, konieczne będzie podanie dodatkowych informacji.

Aby sprawdzić, czy kwalifikujesz się do innych programów, możesz skontaktować się z lokalną agencją hrabstwa lub agencją plemienną albo wejść na stronę access.wi.gov. Wejdź na stronę dhs.wi.gov/im-agency, aby znaleźć dane kontaktowe swojej agencji.

Twoje prawa i obowiązki

Zmiany, takie jak śmierć członka, zmiana adresu (w tym adresu korespondencyjnego), zmiana stałego miejsca zamieszkania poza Stanem Wisconsin oraz zmiany w składzie gospodarstwa domowego (małżeństwo, rozwód lub separacja), które mają wpływ na ciebie i/lub twojego współmałżonka, należy zgłaszać do Działu Obsługi Klienta SeniorCare pod numerem **800-657-2038** w ciągu 10 dni. Zmiany można również zgłaszać, pisząc na adres:

SeniorCare

PO Box 6710

Madison, WI 53716-0710

Podpisanie wniosku (sekcja 4 formularza) oznacza, że upoważniasz DHS do zwrócenia się o wszelkie dodatkowe informacje, które są właściwe i niezbędne do prawidłowego prowadzenia programu SeniorCare.

Składając swój podpis lub dołączając podpis osoby podpisującej w twoim imieniu, potwierdzasz, że informacje podane przez ciebie lub twojego przedstawiciela są prawdziwe i zgodne z rzeczywistością. Ty i twój przedstawiciel ponosicie odpowiedzialność za podanie nieprawidłowych informacji lub błędy. Kary za podanie fałszywych informacji mogą polegać na grzywnie w wysokości nieprzekraczającej 10 000 USD lub karze pozbawienia wolności na okres nieprzekraczający jednego roku, albo na obu tych karach łącznie.

Masz prawo zwrócić się o przeprowadzenie rzetelnego postępowania, jeśli nie zgadzasz się z jakąkolwiek decyzją podjętą w sprawie twojego wniosku lub obecnie przysługujących ci świadczeń. Wniosek o rzetelne postępowanie można złożyć, pisząc na adres:

Wisconsin Department of Administration

Division of Hearings and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

Departament Usług Zdrowotnych (Department of Health Services; DHS) jest pracodawcą i usługodawcą zapewniającym równe szanse. Jeśli jesteś osobą niepełnosprawną i potrzebujesz uzyskać dostęp do tych informacji w innym formacie lub potrzebujesz ich tłumaczenia na inny język, skontaktuj się z nami pod numerem 608-266-3356 (połączenie głosowe) lub 711 (TTY). Wszystkie usługi tłumaczeniowe są bezpłatne.

Aby złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji, należy skontaktować się z:

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

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

Lista kontrolna wniosku SeniorCare

- ☐ **Wypełnij każdą sekcję.** Jeśli jesteś w związku małżeńskim i mieszkasz ze swoim małżonkiem/małżonką, pamiętaj o podaniu jego/jej danych.
- ☐ **Podpisz wniosek i wpisz datę.** Jeśli masz upoważnionego przedstawiciela, opiekuna prawnego lub pełnomocnika, to podpis powinna złożyć ta osoba.
- ☐ **Wystaw czek lub przekaz pieniężny na rzecz „State of Wisconsin” na kwotę opłaty rejestracyjnej i dołącz go do wniosku** (30,00 USD za jedną osobę; 60,00 USD, jeśli wniosek składacie wspólnie z małżonkiem).
- ☐ **Prześlij wniosek wraz z opłatą rejestracyjną na adres:**

SeniorCare

PO Box 6710

Madison, WI 53716-0710.
- ☐ **Sprawdź swoją skrzynkę pocztową – wkrótce otrzymasz zawiadomienie o decyzji.** Zazwyczaj trzeba poczekać 4–6 tygodni, aby dowiedzieć się, czy zostałeś przyjęty do programu SeniorCare.

Arkusz kalkulacyjny do obliczania dochodów

Ten arkusz pomoże ci przeliczyć miesięczny dochód na roczną kwotę, jaką spodziewasz się uzyskać w ciągu najbliższych 12 miesięcy. W pierwszej tabeli wpisz swoje dochody. Jeśli współmałżonek mieszka z Tobą, skorzystaj z drugiej tabeli, aby podać jego dochody.

Ważne: Należy wpisać **kwotę brutto (kwotę przed odliczeniem podatków i innych potrąceń)** dla każdego rodzaju dochodu, z wyjątkiem dochodów z działalności na własny rachunek, w przypadku których należy podać kwotę netto po potrąceniach. Podaj **najlepsze szacunki** dla każdego rodzaju dochodu. Wpisuj **tylko kwoty w dolarach**, bez centów.

Arkusz kalkulacyjny wnioskodawcy

Rodzaj dochodu	Kwota miesięczna	Współczynnik mnożny dla okresu 12 miesięcy	Suma
1) Ubezpieczenie społeczne	_____ USD	x 12	= _____ USD
2) Dochody i zarobki z pracy	_____ USD	x 12	= _____ USD
3) Odsetki, dywidendy i zyski kapitałowe	_____ USD	x 12	= _____ USD

4) Samozatrudnienie	_____ USD	x 12	= _____ USD
5) Emerytura	_____ USD	x 12	= _____ USD
6) Przychody z wynajmu gruntów lub nieruchomości (nie w ramach działalności gospodarczej)	_____ USD	x 12	= _____ USD
7) Inne	_____ USD	x 12	= _____ USD
Suma	_____ USD	x 12	= _____ USD

Arkusz kalkulacyjny współmałżonka

Rodzaj dochodu	Kwota miesięczna	Współczynnik mnożny dla okresu 12 miesięcy	Suma
1) Ubezpieczenie społeczne	_____ USD	x 12	= _____ USD

2) Dochody i zarobki z pracy	_____ USD	x 12	= _____ USD
3) Odsetki, dywidendy i zyski kapitałowe	_____ USD	x 12	= _____ USD
4) Samozatrudnienie	_____ USD	x 12	= _____ USD
5) Emerytura	_____ USD	x 12	= _____ USD
6) Przychody z wynajmu gruntów lub nieruchomości (nie w ramach działalności gospodarczej)	_____ USD	x 12	= _____ USD
7) Inne	_____ USD	x 12	= _____ USD
Suma	_____ USD	x 12	= _____ USD