

ИНСТРУКЦИИ ПО ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ В ПРОГРАММУ SENIORCARE

SENIORCARE APPLICATION INSTRUCTIONS

Заявление SeniorCare предназначено только для подачи заявления на участие в программе обеспечения рецептурными лекарственными средствами SeniorCare. Данное заявление не предназначено для подачи заявки на участие в каких-либо других программах медицинского страхования или получения льгот.

Если вам нужна помощь при заполнении заявления, позвоните в службу поддержки клиентов SeniorCare по телефону 800-657-2038. Доступны услуги ТТУ и переводческие услуги. Вы также можете обратиться в местное управление по делам пожилых людей или в Центр ресурсов по вопросам старения и инвалидности (ADRC). Дополнительную информацию можно найти на сайте FindMyADRC.org.

Вы можете назначить уполномоченного представителя для подачи заявления от вашего имени. Чтобы назначить уполномоченного представителя, заполните одну из следующих форм: [«Назначение, изменение или удаление уполномоченного представителя: физическое лицо» \(форма F-10126A\)](#) или [«Назначение, изменение или удаление уполномоченного представителя: организация» \(форма F-10126B\)](#) и отправьте ее вместе с заявлением. Это позволит вашему уполномоченному представителю заполнить и подписать заявление вместо вас.

Правила заполнения заявления

- **Пишите разборчиво**, используя только **синие или черные чернила**. Если для ответа на вопрос необходимо выбрать один из вариантов, поставьте X в поле слева от соответствующего ответа.
- Заполните все разделы заявления и приложите соответствующий регистрационный взнос. Если ваше заявление заполнено не полностью или содержит ошибки, представитель службы поддержки клиентов SeniorCare может связаться с вами для получения дополнительной информации. Это может привести к задержке обработки вашего заявления.
- Укажите в заявлении информацию о себе и о своем супруге/супруге (если вы состоите в браке и проживаете совместно). Не указывайте информацию о других людях, проживающих в вашем домохозяйстве.

Информация о заявителе (раздел 1)

Ниже приведена дополнительная информация о том, как заполнять поля раздела «Информация о заявителе».

Адрес

Впишите печатными буквами адрес вашего места проживания в первый раздел заявления, предназначенный для указания адреса. Если ваш почтовый адрес отличается от адреса проживания, укажите его печатными буквами во втором разделе для указания адреса, расположенном ниже адреса проживания.

Номер социального страхования

Укажите ваш номер социального страхования (Social Security Number, SSN). По закону мы обязаны собирать номер социального страхования (SSN) и другую персонально идентифицируемую информацию (ст. §§ 49.688 и 49.82(2) Свода законов штата Висконсин). Непредоставление данной информации может привести к отказу в рассмотрении вашего заявления на получение льгот.

Ваш номер SSN и персонально идентифицирующая информация будут использоваться только для непосредственного администрирования программы SeniorCare. Ваш номер SSN позволяет проводить компьютерную проверку предоставленной вами информации через другие государственные учреждения, такие как Налоговая служба США (Internal Revenue Service, IRS), Администрация социального обеспечения (Social Security Administration, SSA) и Департамент развития трудовых ресурсов (Department of Workforce Development, DWD). Кроме того, Департамент здравоохранения штата (DHS) сверит ваше имя и номер SSN с информацией, предоставленной страховыми компаниями, чтобы определить, имеется ли у вас другое медицинское страхование. Если у вас есть медицинская страховка, программа SeniorCare будет координировать предоставление льгот с вашим страховым планом.

Раса и этническое происхождение (необязательно)

Выберите вариант, который наиболее точно описывает вашу расовую или этническую принадлежность, а также принадлежность вашего супруга/супруги. Предоставление этой информации является добровольным и не будет использоваться при принятии решения о вашем зачислении в программу.

Семейное положение и условия проживания

Выберите вариант, соответствующий вашему семейному положению.

Для вопроса «Проживаете ли вы вместе с супругом/супругой?»:

- Выберите «Да», если вы состоите в браке и проживаете вместе со своим супругом/супругой.
- Выберите «Нет», если у вас нет супруга/супруги или если ваш супруг/супруга не проживает вместе с вами.

Резидент штата Висконсин

Вы считаетесь резидентом штата Висконсин, если соответствуете любому из следующих критериев:

- Имеете постоянное место жительства в штате Висконсин
- Считаетесь резидентом штата Висконсин для целей налогообложения
- Зарегистрированы в качестве избирателя в штате Висконсин

Гражданин США

Если вы подаете заявление на участие в программе SeniorCare и не являетесь гражданином США, укажите свой регистрационный номер иностранца (Alien Registration Number) или номер USCIS. Вы также можете приложить копию обеих сторон вашей регистрационной карты иностранца для подтверждения вашего иммиграционного статуса и номера регистрации иностранца.

Ответьте на вопросы о том: когда вы прибыли в США; есть ли у вас спонсор; имеете ли вы отношение к военной службе.

Информация о супруге (раздел 2)

Заполняйте раздел заявления «Информация о супруге» только в том случае, если у вас есть супруг/супруга и **он(она) в настоящее время проживает вместе с вами**. Если вы не проживаете вместе со своим супругом/супругой и он(она) хочет подать заявление, ему(ей) необходимо подать отдельное заявление.

При определении права на участие в программе SeniorCare доходы других членов вашего домохозяйства не учитываются.

Раса и этническое происхождение (необязательно)

Выберите вариант, который наиболее точно описывает расовую или этническую принадлежность вашего супруга/супруги.

Предоставление этой информации является добровольным и не будет использоваться при принятии решения о вашем зачислении в программу.

Резидент штата Висконсин

Ваш супруг/супруга считается резидентом штата Висконсин, если соответствует любому из следующих критериев:

- Имеет постоянное место жительства в штате Висконсин
- Считается резидентом штата Висконсин для целей налогообложения
- Зарегистрирован в качестве избирателя в штате Висконсин

Гражданин США

Если ваш супруг/супруга не является гражданином США, укажите его(ее) регистрационный номер иностранца (Alien Registration Number) или номер USCIS. Вы также можете приложить копию обеих сторон его(ее) карты регистрации иностранца для подтверждения его(ее) иммиграционного статуса и регистрационного номера иностранца.

Ответьте на вопросы о том, когда он(она) прибыл(а) в США, есть ли у него(нее) спонсор и имеет ли он(она) связь с военной службой.

Семейное положение и условия проживания

Выберите соответствующий вариант семейного положения вашего супруга/супруги.

Номер социального страхования

Укажите номер социального страхования (SSN) вашего супруга/супруги. Номер SSN вашего супруга/супруги и другая персонально идентифицирующая информация требуются в соответствии со ст. §§ 49.688 и 49.82(2) Свода законов штата Висконсин. Непредоставление

данной информации может привести к отказу в рассмотрении вашего заявления на получение льгот. Номер SSN вашего супруга/супруги и персонально идентифицирующая информация будут использоваться только для непосредственного администрирования программы SeniorCare. Номер SSN позволяет проводить компьютерную проверку информации через другие государственные учреждения, такие как Налоговая служба США (IRS), Администрация социального обеспечения (SSA) и Департамент развития трудовых ресурсов (DWD). Кроме того, DHS сверит имя и номер SSN вашего супруга/супруги с информацией, предоставленной страховыми компаниями, чтобы определить, есть ли у него/нее другая медицинская страховка. Если у него/нее есть план медицинского страхования, программа SeniorCare будет координировать предоставление льгот с вашим страховым планом.

Адрес

Указывайте адрес вашего супруга/супруги в полях для адреса только в том случае, если его/ее адрес отличается от вашего.

Информация о доходах (раздел 3)

Право на участие в программе SeniorCare определяется на основании дохода, который вы ожидаете получить в течение **следующих 12 месяцев**. Если вы проживаете вместе со своим супругом/супругой, вы также должны указать доход вашего супруга/супруги.

Вы должны указать валовую сумму всех видов дохода, за исключением доходов от самостоятельной занятости. Валовая сумма – это сумма до вычета налогов или других удержаний.

При указании суммы дохода необходимо:

- Указывать только доллары, без центов.

- Указать «\$0», если у вас нет дохода в данной категории.
- Убедиться, что указана годовая сумма, а не ежемесячная сумма.

Многие виды доходов **не учитываются**. К ним относятся:

- Дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income – SSI)
- Выплаты помощи в связи с крупными стихийными бедствиями и чрезвычайными ситуациями
- Индивидуальные счета развития (Individual Development Accounts)
- Выплаты по урегулированию требований, утвержденные федеральным законодательством для коренных американцев
- Доходы или выплаты по некоторым специальным программам

Используйте таблицу расчета доходов, которая начинается на странице 13 этой инструкции, чтобы помочь вам рассчитать свой доход.

Основные источники дохода, учитываемые в программе SeniorCare, описаны ниже.

Пособия по социальному обеспечению (Social Security)

Общая сумма ваших выплат по программе Social Security, включая страховые взносы Medicare, если они удерживаются из вашего чека с выплатами или электронных переводов денежных средств. В эту строку также включаются выплаты по пенсионной программе для работников железнодорожного транспорта, **если они выплачиваются Администрацией социального обеспечения (Social Security Administration).**

Доход от работы и заработная плата

Общая сумма вашей заработной платы, оплаты труда, премий и комиссионных выплат (не включая доходы от самостоятельной

занятости или партнерства) до вычета налогов или других удержаний.

Если для оценки вашего дохода вы используете налоговую декларацию или форму W-2 за прошлый год, учитывайте, ожидаете ли вы работать столько же, больше или меньше в течение следующих 12 месяцев. Не используйте показатель скорректированного валового дохода (adjusted gross income) из вашей налоговой декларации.

Проценты, дивиденды и прирост капитала

Предполагаемая общая годовая сумма процентов, дивидендов и прироста капитала. Вы должны включить суммы, которые были начислены, даже если вы фактически не получаете этот доход. Например, необходимо включить проценты, начисленные по депозитному сертификату (CD), если они добавляются к основной сумме вклада.

Если вы ожидаете чистый убыток, укажите ноль. Не указывайте отрицательное значение.

Самостоятельная занятость

Доход от ведения сельского хозяйства или бизнеса, которым вы владеете самостоятельно или совместно с другими лицами. Вычтите расходы на ведение бизнеса, убытки от бизнеса, амортизацию бизнес-активов и любые другие вычеты, разрешенные Налоговой службой США (IRS) для доходов от самостоятельной занятости.

Вы можете использовать данные вашей налоговой декларации за прошлый год, чтобы оценить полученный доход и сумму разрешенных вычетов. **Если вы ожидаете убыток от самостоятельной занятости, укажите ноль.** Не указывайте отрицательное значение.

Пенсионные выплаты

Пенсии, счета 401(k), выплаты ветеранам, налогооблагаемая часть индивидуальных пенсионных счетов (IRA) и аннуитеты, предусматривающие регулярные периодические выплаты.

В эту категорию также включаются выплаты по пенсионной программе для работников железнодорожного транспорта, выплачиваемые Советом по пенсионному обеспечению работников железнодорожного транспорта (Railroad Retirement Board).

Доход от аренды земли или недвижимости (не связанный с бизнесом)

Доход, связанный со сдачей в аренду земли или недвижимости, за вычетом эксплуатационных расходов. Не указывайте этот доход в данном разделе, если он получен в рамках самостоятельной занятости.

Другое

Денежная помощь, пособие по безработице или выплаты по компенсации работникам, алименты, выплаты на содержание и другие источники дохода, не указанные в других категориях доходов.

Если вы получаете доход от супруга/супруги, который(ая) не проживает вместе с вами, укажите его здесь.

Итого (необязательно)

Указывать итоговую сумму необязательно. Если вы ее не укажете, сумма будет рассчитана сотрудниками SeniorCare.

Подпись (раздел 4)

Отправка заявления без подписи может привести к задержке зачисления в программу. Заявление должно быть подписано и датировано заявителем или уполномоченным представителем, законным

опекуном, лицом, имеющим доверенность, или попечителем, заполняющим заявление от имени заявителя.

Взнос за участие в программе (раздел 5)

Если вы не приложите полный взнос за участие в программе, **ваше заявление на участие в SeniorCare может быть отклонено или его рассмотрение может быть задержано.** При отправке заполненного заявления по почте убедитесь, что вы приложили полную сумму взноса.

Если ваше заявление на участие в SeniorCare не будет одобрено, мы отправим ваш взнос обратно по почте в течение шести-восьми недель.

Внесенный взнос за участие в программе

Поставьте знак X в поле рядом с суммой **\$30**, если заявление подает только один человек. Поставьте знак X в поле рядом с суммой **\$60**, если вы и ваш супруг/супруга, проживающий(ая) вместе с вами, оба подаете заявление на участие в программе SeniorCare.

Оплату можно произвести денежным переводом (money order), банковским чеком (cashier's check) или личным чеком, выписанным на «**State of Wisconsin**». Укажите имена всех заявителей на чеке или денежном переводе. **Не отправляйте наличные деньги.**

Информация о других программах

Если вы заинтересованы в других программах, таких как программа сбережений Medicare (Medicare Savings Program) или FoodShare, обратитесь в службу поддержки участников по телефону **800-362-3002**. Программа сбережений Medicare помогает лицам, имеющим право на участие, оплачивать совместное страхование и страховые взносы по частям А и В программы Medicare. Программа FoodShare помогает лицам, имеющим право на участие, приобретать продукты питания. Если вы решите подать заявление на участие в этих программах, потребуется предоставить дополнительную информацию.

Чтобы узнать, имеете ли вы право на участие в других программах, вы можете обратиться в местное окружное или племенное агентство либо посетить сайт access.wi.gov. Чтобы найти контактную информацию вашего агентства, посетите сайт dhs.wi.gov/im-agency.

Ваши права и обязанности

Изменения, такие как смерть участника программы, изменение адреса (включая почтовый адрес), изменение постоянного места жительства за пределы штата Висконсин и изменения состава домохозяйства (брак, развод или раздельное проживание), которые влияют на вас и/или вашего супруга/супругу, должны быть сообщены в службу поддержки клиентов SeniorCare по телефону **800-657-2038** в течение 10 дней. Об изменениях также можно сообщить в письменной форме по адресу:

SeniorCare

PO Box 6710

Madison, WI 53716-0710

Ваша подпись на заявлении (раздел 4 формы) означает, что вы разрешаете DHS запрашивать любую дополнительную информацию, которая является необходимой и уместной для надлежащего администрирования программы SeniorCare.

Ставя свою подпись или предоставляя подпись лица, подписывающего заявление от вашего имени, вы подтверждаете, что информация, предоставленная вами или вашим представителем, является достоверной и правильной. Вы и ваш представитель несете ответственность за предоставление неверной информации или допущенные ошибки. За предоставление ложной информации могут быть предусмотрены следующие наказания: штраф в размере не более \$10 000 или лишение свободы на срок не более одного года, либо оба вида наказания одновременно.

Вы имеете право запросить беспристрастное слушание, если не согласны с любым действием, предпринятым в отношении вашего заявления или текущих льгот. Вы можете запросить проведение

беспристрастного слушания, направив письменное обращение по адресу:

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

Департамент здравоохранения является работодателем и поставщиком услуг, обеспечивающим равные возможности. Если у вас есть инвалидность и вам необходимо получить эту информацию в альтернативном формате или перевести ее на другой язык, обратитесь по телефону 608-266-3356 (голосовая связь) или в службу 711 (TTY). Все услуги перевода предоставляются бесплатно.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию, обратитесь в:

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

Телефон: 608-267-4955 (голосовая связь) или 711 (TTY), факс: 608-267-2147

Контрольный список для подачи заявления SeniorCare

- ☐ **Заполните каждый раздел.** Если вы состоите в браке и проживаете вместе со своим супругом/супругой, обязательно укажите его/ее информацию.
- ☐ **Подпишите и поставьте дату на заявлении.** Если у вас есть уполномоченный представитель, законный опекун или лицо, имеющее доверенность, они должны подписать заявление.
- ☐ **Выпишите чек или оформите денежный перевод на «State of Wisconsin» для оплаты взноса за участие в программе и приложите его к заявлению** (\$30 для одного человека; \$60, если вы и ваш супруг/супруга подаете заявление вместе).
- ☐ **Отправьте заявление и взнос за участие в программе по адресу:**

SeniorCare
PO Box 6710
Madison, WI 53716-0710.
- ☐ **Следите за почтой – вам будет направлено уведомление о принятом решении.** Обычно требуется 4–6 недель, чтобы узнать, зачислены ли вы в программу SeniorCare.

Расчет дохода заявителя

Эта таблица поможет вам преобразовать ежемесячный доход в общую годовую сумму, которую вы ожидаете получить в течение следующих 12 месяцев. Используйте первую таблицу для расчета своего дохода.

Используйте вторую таблицу для расчета дохода вашего супруга/супруги, если он(она) проживает вместе с вами.

Внимание! Укажите **валовую сумму (сумму до вычета налогов** или других удержаний) для каждого вида дохода, за исключением дохода от самостоятельной занятости, для которого следует указывать чистую сумму после вычетов. Укажите **наиболее точную оценочную сумму** для каждого вида дохода. Указывайте **только доллары**, без центов.

Расчёт дохода заявителя

Вид дохода	Ежемесячная сумма	Расчет за 12 месяцев	Итого
1) Пособия по социальному обеспечению (Social Security)	\$ _____	x 12	= \$ _____
2) Доход от работы и заработная плата	\$ _____	x 12	= \$ _____
3) Проценты, дивиденды и доход от прироста капитала	\$ _____	x 12	= \$ _____
4) Самостоятельная занятость	\$ _____	x 12	= \$ _____

5) Пенсионные выплаты	\$ _____	x 12	= \$ _____
6) Доход от аренды земли или недвижимости (не связанный с бизнесом)	\$ _____	x 12	= \$ _____
7) Другое	\$ _____	x 12	= \$ _____
Итого	\$ _____	x 12	= \$ _____

Расчет дохода супруга/супруги

Вид дохода	Ежемесячная сумма	Расчет за 12 месяцев	Итого
1) Пособия по социальному обеспечению (Social Security)	\$ _____	x 12	= \$ _____
2) Доход от работы и заработная плата	\$ _____	x 12	= \$ _____
3) Проценты, дивиденды и доход от прироста капитала	\$ _____	x 12	= \$ _____

4) Самостоятельная занятость	\$ _____	x 12	= \$ _____
5) Пенсионные выплаты	\$ _____	x 12	= \$ _____
6) Доход от аренды земли или недвижимости (не связанный с бизнесом)	\$ _____	x 12	= \$ _____
7) Другое	\$ _____	x 12	= \$ _____
Итого	\$ _____	x 12	= \$ _____