

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN SENIORCARE DE WISCONSIN

WISCONSIN SENIORCARE APPLICATION

INSTRUCCIONES

- Use tinta azul o negra.
- Escriba todas las fechas en formato MM/DD/AAAA.

Seleccione el motivo por el que presenta esta solicitud.

- ☐ Solicito la inscripción en SeniorCare por primera vez.
- ☐ Deseo agregar a mi cónyuge (con quien convivo) a SeniorCare.

Mi número de caso actual (si lo conoce) es: _____.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

En esta sección le solicitamos información sobre usted como solicitante.

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo
Nombre al nacer y/o nombres anteriores		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Nombre elegido (el nombre por el que prefiere que lo llamen) <i>opcional</i>		Número de Seguro Social	
Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro/prefiere no responder		¿Solicita la inscripción en SeniorCare? ☐ Sí ☐ No	
¿Cuál es su idioma de preferencia?		¿En qué idioma desea recibir su correspondencia impresa? ☐ Inglés ☐ Español	
Raza [†] (seleccione una o más) <i>opcional</i> ☐ Nativo americano/de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hawaiano/de otras islas del Pacífico ☐ Blanco			
Origen étnico [†] <i>opcional</i> ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino			

[†] No tiene que responder las preguntas sobre el origen étnico y/o la raza si no desea hacerlo. Estas preguntas se realizan con el fin de mejorar nuestros programas y garantizar que no exista discriminación por motivos de origen étnico o raza. Las respuestas no se usarán para tomar decisiones sobre sus beneficios.

¿Cuál es su estado civil? ☐ Divorciado ☐ Legalmente separado ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo	¿Convive con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No	¿Es residente del estado de Wisconsin? ☐ Sí ☐ No
--	---	---

¿Es ciudadano de los Estados Unidos?

☐ Sí ☐ No Si su respuesta es "no", responda las siguientes cuatro preguntas:

- ¿Cuál es su número de registro de extranjero o USCIS? _____
- ¿Cuándo vino a vivir a los Estados Unidos? _____
- ¿Tiene un patrocinador? ☐ Sí ☐ No
- ¿Se encuentra en alguna de las siguientes situaciones: es miembro activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos; es un veterano dado de baja con honores; está casado con una persona en servicio activo o con un veterano dado de baja con honores; es el cónyuge sobreviviente de un veterano; o es hijo/a de una persona en servicio activo o de un veterano dado de baja con honores?
☐ Sí ☐ No

Sin dirección postal

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección postal (si es diferente de la indicada anteriormente)

Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono principal () -	Número de teléfono alternativo () -	

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (si convive con el solicitante)

Si es un solicitante nuevo de SeniorCare, llene esta sección solo si **en la actualidad convive con su cónyuge**. Si no viven juntos y su cónyuge desea presentar una solicitud, deberá hacerlo por separado.

Si actualmente está inscrito en SeniorCare e incorpora a su cónyuge a sus beneficios de SeniorCare, este quedará inscrito en SeniorCare durante el resto de su periodo de inscripción vigente.

Primer nombre del cónyuge	Inicial del segundo nombre	Apellido del cónyuge	Sufijo
Nombre al nacer y/o nombres anteriores			Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Nombre elegido (el nombre por el que su cónyuge prefiere que lo llamen) <i>opcional</i>		Número de Seguro Social
Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro/prefiere no responder		¿Solicita la inscripción en SeniorCare para su cónyuge? ☐ Sí ☐ No
¿Cuál es el idioma de preferencia de su cónyuge?		
Raza† (seleccione una o más) <i>opcional</i> ☐ Nativo americano/de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hawaiano/de otras islas del Pacífico ☐ Blanco		
Origen étnico† <i>opcional</i> ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino		
† No tiene que responder las preguntas sobre el origen étnico y/o la raza si no desea hacerlo. Estas preguntas se realizan con el fin de mejorar nuestros programas y garantizar que no exista discriminación por motivos de origen étnico o raza. Las respuestas no se usarán para tomar decisiones sobre sus beneficios.		
¿Cuál es el estado civil de su cónyuge? ☐ Divorciado ☐ Legalmente separado ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo	¿Su cónyuge es residente de Wisconsin? ☐ Sí ☐ No	
¿Su cónyuge es ciudadano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es "no", responda las siguientes cuatro preguntas: ¿Cuál es el número de registro de extranjero o USCIS de su cónyuge? _____ ¿Cuándo vino su cónyuge a vivir a los Estados Unidos? _____ ¿Su cónyuge tiene un patrocinador? ☐ Sí ☐ No ¿Se encuentra su cónyuge en alguna de las siguientes situaciones: es miembro activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos; es un veterano dado de baja con honores; está casado con una persona en servicio activo o con un veterano dado de baja con honores; es el cónyuge sobreviviente de un veterano; o es hijo/a de una persona en servicio activo o de un veterano dado de baja con honores? ☐ Sí ☐ No		
Dirección postal (si es diferente de la del solicitante)		
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la indicada anteriormente)		

Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono principal () -	Número de teléfono alternativo () -	

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Ingrese el monto total anual de cada tipo de ingreso que tiene previsto recibir en los **próximos 12 meses**. Asegúrese de ingresar el **monto bruto para todos los tipos de ingreso, excepto los ingresos por trabajo autónomo**. El monto bruto es la cantidad **antes de los impuestos** u otras deducciones. Ingrese **solo dólares**, no centavos. Si ha tenido una disminución de ingresos en alguna de las categorías desde la última vez que llenó esta solicitud, escriba el nuevo monto de ingresos que recibe actualmente. Si en este momento no tiene ingresos en alguna categoría, ingrese "\$0".

Si está casado/a y vive con su cónyuge, también debe informar los ingresos de su cónyuge.

Consulte las **Instrucciones de la Solicitud de SeniorCare** y la **Hoja de Cálculo de Ingresos** para ayudarlo a llenar esta sección.

Tipo de ingreso anual	Solicitante	Cónyuge (si convive con el solicitante)
1) Seguro Social	\$	\$
2) Ingresos laborales y salarios	\$	\$
3) Intereses, dividendos y ganancias de capital	\$	\$
4) Trabajo autónomo	\$	\$
5) Ingreso de jubilación (401[k], IRA, pensión, beneficios para veteranos)	\$	\$
6) Ingresos por alquiler de tierras o propiedades (no comerciales)	\$	\$

7) Otro ingreso	\$	\$
Total	\$	\$

SECCIÓN 4: FIRMA

Si no entiende algo o necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con el Servicio de atención al cliente de SeniorCare al **800-657-2038**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Al firmar a continuación, usted acepta las siguientes declaraciones:

- Entiendo las preguntas y declaraciones de este formulario de solicitud.
- Entiendo las sanciones por dar información falsa o incumplir las normas, tal como se indica en la sección de derechos y responsabilidades de las instrucciones de la solicitud de SeniorCare.
- Certifico, bajo pena de perjurio y falso testimonio, que todas mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender, incluida la información facilitada sobre la situación de ciudadanía o estatus migratorio de mi cónyuge y el mío.
- Acepto proporcionar documentos que respalden lo que he declarado.
- Entiendo que la agencia puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad para los beneficios.

¿Quién firma esta solicitud? **Seleccione una opción:**

- ☐ Yo (solicitante)
- ☐ Mi representante autorizado
- ☐ Mi tutor legal
- ☐ Mi apoderado con poder notarial
- ☐ Mi curador

FIRMA: solicitante o representante autorizado, tutor legal, apoderado con poder notarial o curador

Fecha de firma

Si firma con una X, dos personas deben firmar como testigos de que lo vieron firmar. De lo contrario, deje estos casilleros en blanco.

Firma del testigo uno aquí:

Escriba en letra imprenta el nombre del
firmante aquí:

Firma del testigo dos aquí:

Escriba en letra imprenta el nombre del
firmante aquí:

SECCIÓN 5: TARIFA DE INSCRIPCIÓN

Tarifa de inscripción adjunta

☐ Un solicitante (\$30) ☐ Dos solicitantes (\$60)

Hacer el pago a nombre de: **Estado de Wisconsin**

Incluya los nombres de todos los solicitantes en su cheque
o giro postal. Si tiene un número de caso, escríbalo también
en el pago. **No envíe dinero en efectivo.**

Devuelva el formulario de solicitud lleno y la tarifa a:

SeniorCare

PO Box 6710

Madison, WI 53716-0710

FOR OFFICE USE ONLY

Enrollment fee enclosed

☐ One applicant (\$30) ☐ Two applicants (\$60) ☐ No payment included ☐ Other amount: _____