

申请指南

(APPLICATION INSTRUCTIONS)

SeniorCare 申请表只用于申请 SeniorCare 处方药项目。此申请表不能用于申请其他福利项目。

若对此表格存在疑问，请联系
SeniorCare 客户服务 800-657-2038，
工作时间为星期一至星期五的上午 8 时至下午 6 时。
(提供 TTY 和翻译服务。)

亦可在当地的老龄办、老年中心或老年资源中心获取帮助。可在 Wisconsin Department of Health Services (卫生服务部) (DHS) 网站获得相关信息 dhs.wisconsin.gov/seniorcare。

重要信息

- 申请日期为 SeniorCare 项目收到填妥并签字的申请表日期。您的 SeniorCare 注册结果将在 4-6 周内通过邮件发送给您。未填妥或签名的申请表不予处理，并将退回给您。
- 每位申请人需随表附上注册费用 **30 美元**（如果您和您的配偶均申请 SeniorCare，请附上 **60 美元**）。如果在申请时没有收到您完整的注册费用，您的注册会被延迟。如果您没能注册 SeniorCare，您的注册费用将会在 6-8 周内退还。
- 完成、签署申请表格，并将申请表格与注册费用邮寄至表格中的地址。

如果您希望授权一位代表代您申请，请联系 SeniorCare 客户服务 **800-657-2038**。我们会将相应的表格和信息邮寄给您。您也可以在以下网站领取 SeniorCare 代表授权表格：
dhs.wisconsin.gov/forms/f1/f10080.pdf。

如何使用此表格

1. 请用大写字母填写，字迹**清晰**。只能使用蓝色或黑色墨水。将相应选项旁的圆圈涂上颜色。
2. 请准确填写申请表的每一页，并附上相应的注册费用。如果您的申请表未填妥或有信息不正确，SeniorCare 客户服务代表会联系您获取更多信息。这会使您的 SeniorCare 申请延迟处理。
3. 请填写申请表上关于您和您配偶一栏（如果配偶住在家中）。**切勿**提供住在您家中的其他成员的信息。

申请者及配偶信息（I 和 II 部分）

如果配偶与您同住，SeniorCare 将根据您和配偶的收入处理申请。如果您的配偶与您同住，即使您的配偶没有申请 SeniorCare，也请填写您和您配偶的表格。**请谨记：如果您的配偶与您同住，请填写“配偶信息部分”。**SeniorCare 不需要您告知家中其他成员的收入信息。

Wisconsin 居民

即使您只是暂住 Wisconsin，只要满足以下条件，就可以申请 SeniorCare：

- 拥有 Wisconsin 的永久居留权，或
- 是 Wisconsin 的纳税居民，或
- 是 Wisconsin 的注册选民。

美国公民

如果您（或同住的配偶）正在申请 SeniorCare 且非美国公民，请附上一份外侨登记卡正反面复印件，来证实您的移民状态和外侨登记号码。

种族/民族（选填）

请将最符合您和您配偶的种族或民族的描述旁的圆圈涂上颜色。此信息为选填信息，不会影响您的注册结果。

婚姻状况与生活安排

如果您未婚，请将代表相应婚姻状况的圆圈涂上颜色。

如果您已婚且与您的配偶同住，请将代表您所处婚姻状况及“与配偶同住”旁的圆圈涂色。

如果您没有与您同住的配偶，请将“未与配偶同住”涂上颜色。

Social Security Number（社会安全码）

如果您和您的配偶均在申请 SeniorCare，请输入您和您配偶的 Social Security number (社会安全码) (SSN)。如果您的配偶没有申请 SeniorCare，就无需填写您配偶的 SSN。

SSN 和其他个人身份信息需按 Wis. Stat. §§ 49.688 和 49.82(2) 的要求填写。不提供这些信息的，可能导致福利申请被拒。SSN 和其他个人身份信息仅用于直接注册 SeniorCare 项目。您的 SSN 允许计算机检查您与其他政府机构的信息，例如 Internal Revenue Service (美国国税局) (IRS)、Social Security Administration (社会保障局) (SSA) 和 Department of Workforce Development (劳动力发展部) (DWD)。另外，DHS 会将您的姓名和 SSN 与医疗保险公司提供的档案进行对比，确定您是否购买其他保险。如果您有健康保险计划，SeniorCare 将根据保险计划调整您的福利。

邮寄地址（III 部分）

地址

填写您希望将 SeniorCare 注册信息寄送到哪个地址。可以是您的现居住地址，也可以是您的代表、法定监护人或委托人的地址。

如果邮寄地址处所填的邮寄地址是您的住址、不同于您或是您的代表、法定监护人或委托人的地址，请将相应的圆圈涂色。

预计年收入 (IV 部分)

如果您有同住的配偶，SeniorCare 将根据您和您配偶的收入审核您提交的注册申请。请填写未来一年的预计总收入。**请勿**填写月收入。总收入是指您赚取收入的税前总额。

请提供下列各项收入的最准确预计（四舍五入至最接近的数额）值。指南的最后是一份工作表，可帮助您计算并填写表格中的收入一栏。

总体 Social Security (社会保障) (估算 12 个月的总收入)

填写您和您配偶的年度总体 Social Security (社会保障) 支出，包括 Medicare 保险费，如果它们是从您的福利支票或任何电子资金转账中扣除的。

工资总额 (估算 12 个月的总收入)

填入您和配偶一年工作所得的总薪资、工资、分红和佣金（不包括自营职业或合伙收入）。填写您未被扣除任何费用时的总收入。您可以使用上一年的纳税申报单或 W-2 表格计算您的收入，并计算未来 12 个月您的预期工作量是保持不变、增多还是减少。**请勿**使用您的调整后总收入。

利息、股息和资本收入 (估算 12 个月的总额)

填入您和您配偶的年度利息、股息和资本收入。必须计入赚取的所有收入，包括未入账的款项。例如赚取的 certificate of deposit (存单) (CD) 利息和直接转入 CD 本金的部分必须计算在内。

自营职业净收入 (估算 12 个月的总额)

填入您和您配偶的年度自营职业净收入。自营职业包括农作或您或您配偶的独立或与他人共同拥有的企业。减去您的商业成本、商业损失、商业资产的折旧，以及 IRS 允许从您自营职业收入中免除的费用。您可以查看上一年税费来计算您的收入和允许免除的费用。您不能用自营收入损失的钱款来抵消其他类型的收入。请务必上报损失额度为零。

退休收入 (估算 12 个月的总额)

填入您和您配偶的年度总养老金、退伍军人和铁路退休福利、individual retirement accounts (个人退休账户的应税部分) (IRAs) 和定期支付的年金。

其他收入 (估算 12 个月的总额)

填入您和您配偶的其他预计年收入。其他收入包括现金援助、失业或工人补偿金、赡养费、抚养费、租金收入减去运营费用后的收入。

如果您的配偶未与您同住，但是您从配偶处取得收入，将其计入其他收入。**请勿**纳入您可能从下列来源取得的收入：

- Supplemental Security Income (附加保障收入) (SSI)。SSI 一项联邦收入附加项目，为帮助拥有很少钱财和没有钱财的老人、盲人或残疾人而设立。
- 重大灾难和紧急援助款项。
- 个人发展账户款项。
- 您作为志愿者工作时产生的费用或因工作或培训得到的报销费用。
- 联邦法律为美国原住民批准的索赔结算款项。
- 特殊项目的收入或福利，包括：

- Homestead Tax Credit (房产税减免)。
- 低收入能源支援与紧急能源支援项目。
- 社区服务项目，例如 Retired Senior Volunteer Program (退休老人志愿者项目)、Service Corporation of Retired Executives (退休干部服务公司) 和 Volunteers in Service to America (服务美国志愿项目)。
- 政府对房租、住房或食品的补贴计划。
- Federal Emergency Management Assistance (联邦紧急事务管理局) (FEMA)。
- 橙剂结算资金。
- Foster Grandparents Program (寄养祖父母计划)。

其他类似的收入也可能不计算在内。如果您有疑问，请联系 SeniorCare 客户服务 **800-657-2038**。

收入总金额（估算 12 个月的总额）

您可以在此填写所有收入总金额，此项非必填项。如果您不填写收入总金额，SeniorCare 项目收到您的表格后会为您计算此项。

申请者签名（V 部分）

申请者或申请者的代表必须在申请表格上签字。如果您是代替他人填写表格的代表、法定监护人或委托人，请务必在空白处签名。**未签名的表格不予处理，并将发回给您。**

注册费用（VI 部分）

如果您提交的表格没有附上相应的注册费用，您的 SeniorCare 注册可能会被否决或推迟处理。

随附注册费用

如果只一人申请，请将 **30 美元** 旁边的圆圈涂色。如果您和您的配偶均申请 SeniorCare，请将 **60 美元** 的圆圈涂色。随填写完整的表格附交相应的注册费用。可以用汇票、本票或个人支票付款，收款人为“**State of Wisconsin**”。汇票或本票必须注明 SeniorCare 所有申请者的姓名。**不包括现金。**如果您没能注册 SeniorCare，您的注册费用将会在 6-8 周内退还。

其他项目信息

如果您对其他项目感兴趣，例如 Medicare 储蓄项目或 FoodShare Wisconsin，请拨打 **800-362-3002** 联系成员服务。Medicare 储蓄项目帮助相应人群支付 Medicare 共付保险和保险费用的 A 和 B 部分。FoodShare Wisconsin 帮助相应人群购买食物。如果您决定申请这些项目，还需要提供其他信息。

若您想知道是否可以获得健康、营养和其他项目，请联系您当地的郡或部落机构，或访问 access.wi.gov。ACCESS 中的“Am I Eligible?” (“我是否具备条件?”) 链接会展示一系列关于住房、收入和账单的问题。回答相应问题后，ACCESS 会告诉您是否能够获得健康、营养和其他项目，以及如何申请。

您的权利和责任

如发生影响您和/或您配偶的死亡、地址（包括邮寄地址）、Wisconsin 外的永久居住地变更以及家庭构成变化（结婚/离婚/分居），任何影响到您和/或您的配偶的情况，务必在 10 天内报告给 SeniorCare 客户服务 **800-657-2038**。也可以给以下地址寄信告知变更：

SeniorCare
P.O. Box 6710
Madison, WI 53716-0710

您在申请表上的签名（本表格 V 部分）表明您授权 DHS 获取任何适用和必要的额外信息，以便于 SeniorCare 项目进行适当管理。

您或您的代表人签字，表明您同意您或您的代表所提供的信息真实且正确。您或您的代表将为提供不正确的信息或相关错误负责。提供虚假信息或被处以最高 10,000 美元的罚款或（和）一年以内的监禁。

如果您对申请或享有的福利的任何相关措施存有异议，您有权要求举行听证会。您可写信给以下机构要求举行听证会：

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

The Department of Health Services (卫生服务部) 提供均等的就业机会和服务。如果您有残疾，且需要本表格的其他制式，或需要将表格翻译为其他语言，请联系 608-266-3356（语音）或 711 (TTY)。所有的翻译服务均免费提供。

若要投诉歧视行为，请联系：

Civil Rights Compliance Office
Wisconsin Department of Health Services
Office of Affirmative Action and Civil Rights Compliance
1 W. Wilson Street, Room 561
P.O. Box 7850
Madison, WI 53707-7850

电话 608-267-4955（语音）或 711 (TTY) 或传真 608-267-2147

核对清单

- 申请是否填写完整？
- 您或您的代表、法定监护人或委托人是否在表格上签字？
- 您是否附上了您的注册费用（若一人申请，请附上 **30 美元**；若您和您的配偶均申请，则附上 **60 美元**）？
- 记得在缴纳报名费用的支票或汇票上写上所有申请者的名字！
- 是否阅读《权利和责任》部分？

将申请表格寄至：

SeniorCare
P.O. Box 6710
Madison, WI 53716-0710

收入计算工作表示例（选填）

此工作表辅助您计算要在 SeniorCare 申请表填写的收入值。此工作表归您保管。在 SeniorCare 申请表上填写整数，不保留小数。参见 IV 部分中关于各收入类型的描述。

总体 Social Security (社会保障)	申请者	配偶
1. 月 Social Security (社会保障) 额： (包括电子资金转账)	\$ _____ x 12 个月 = _____	\$ _____ x 12 个月 = _____
2. Medicare B 部分保险费用 (如果从您的支票中扣留)	+ \$ _____ x 12 个月 = _____	+ \$ _____ x 12 个月 = _____
总体社会保障 (Social Security) 总额	\$ _____	\$ _____
工资总额	申请者	配偶
1. 月收入估值。使用您工资单上显示的总金额（扣税和扣除前额度）。	\$ _____ x 12 个月 = _____	\$ _____ x 12 个月 = _____
2. 再次填写您的收入。	\$ _____ x 12 个月 = _____	\$ _____ x 12 个月 = _____
	+ \$ _____ x 12 个月 = _____	+ \$ _____ x 12 个月 = _____
总工资总额	\$ _____	\$ _____
利息、股息和资本收入	申请者	配偶
1. 用您收到的利息、股息和资本收入乘以您一年收到该款项的次数。	\$ _____ x _____ = _____ 次数	\$ _____ x _____ = _____ 次数
2. 添加从付款中扣除的金额，如税款。	\$ _____ x _____ = _____ 次数	\$ _____ x _____ = _____ 次数
3. 再次填写您收到的所有类型的利息、股息和资本输入。	+ \$ _____ x _____ = _____ 次数	+ \$ _____ x _____ = _____ 次数
利息、股息和资本收入总额	\$ _____	\$ _____

自营职业净收入	申请者	配偶
1. 估算月度自营职业或合伙净收入。	\$_____ x 12 个月 = _____	\$_____ x 12 个月 = _____
2. 再次填写您收到的所有类型的自营职业或合伙收入。	\$_____ x 12 个月 = _____	\$_____ x 12 个月 = _____
	+ \$_____ x 12 个月 = _____	+ \$_____ x 12 个月 = _____
自营职业净总收入	\$_____	\$_____
退休收入	申请者	配偶
1. 用您收到的退休收入乘以收到该收入的次数。	\$_____ x _____ = _____ 次数	\$_____ x _____ = _____ 次数
2. 添加您收入中的预扣金额，如税收或保险费用。	+ \$_____ x _____ = _____ 次数	+ \$_____ x _____ = _____ 次数
退休收入总额	\$_____	\$_____
其他收入	申请者	配偶
1. 用您收到的其他收入乘以收到该收入的次数。	\$_____ x _____ = _____ 次数	\$_____ x _____ = _____ 次数
2. 添加您收入中的预扣金额，如税收或保险费用。	+ \$_____ x _____ = _____ 次数	+ \$_____ x _____ = _____ 次数
其他收入总额	\$_____	\$_____
总额（选填）	申请者	配偶
将所有总额相加。四舍五入至最接近的整数。	\$_____	\$_____