

BEWERBUNGSANLEITUNG

(APPLICATION INSTRUCTIONS)

Das SeniorCare Antragsformular ist nur für Personen vorgesehen, die sich für das SeniorCare Programm für verschreibungspflichtige Arzneimittel bewerben. Dies stellt keine Bewerbung für ein anderes Leistungsprogramm dar.

Wenden Sie sich an den SeniorCare-Kundendienst in,
wenn Sie Hilfe bei diesem Formular benötigen **800-657-2038**,
welche von Montag bis Freitag zwischen 8:00 Uhr und 18:00 Uhr erreichbar ist.
(TTY und Übersetzungsdienste sind verfügbar).

Möglicherweise erhalten Sie auch Hilfe bei Ihrem örtlichen Seniorenbüro, Seniorenzentrum oder Seniorenressourcenzentrum. Informationen hierzu finden Sie auf der Website des Department of Health Services (DHS, Gesundheitsministerium) von Wisconsin unter: dhs.wisconsin.gov/seniorcare.

WICHTIGE INFORMATIONEN

- Ihr Bewerbungsdatum ist das Datum, an dem das ausgefüllte und unterschriebene Bewerbungsformular beim SeniorCare Programm eingeht. Die Entscheidung über Ihre Aufnahme in SeniorCare wird Ihnen innerhalb von 4–6 Wochen zugesandt. Nicht vollständig ausgefüllte oder nicht unterschriebene Bewerbungsformulare werden nicht bearbeitet und werden an Sie zurückgeschickt.
- Legen Sie die Anmeldegebühr von **30 \$** für jeden Bewerber bei (**60 \$**, wenn Sie und Ihr Ehepartner sich für SeniorCare bewerben). Ihre Aufnahme kann sich verzögern, wenn zum Zeitpunkt Ihrer Bewerbung nicht die vollständige Anmeldegebühr eingeht. Wenn Sie nicht an SeniorCare teilnehmen können, wird Ihnen die Anmeldegebühr innerhalb von 6–8 Wochen zurückerstattet.
- Füllen Sie das Bewerbungsformular aus, unterschreiben Sie es und senden Sie es zusammen mit der Anmeldegebühr per Post an die auf dem Formular angegebene Adresse.

Sie können sich mit dem SeniorCare-Kundendienst in Verbindung setzen, wenn Sie jemandem die Erlaubnis erteilen möchten, den Antrag in Ihrem Namen zu stellen **800-657-2038**. Das entsprechende Formular und die Informationen werden Ihnen per Post zugesandt. Das SeniorCare Formular für die Bevollmächtigung eines Vertreters ist auch online verfügbar: dhs.wisconsin.gov/forms/fl/f10080.pdf.

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN DIESES FORMULARS

1. Schreiben Sie **deutlich** in Druck- und GROSSBUCHSTABEN. Verwenden Sie **nur** einen blauen oder schwarzen Stift. Schattieren Sie die Kreise neben den richtigen Antworten, indem Sie die Kreise vollständig ausmalen.
2. Füllen Sie beide Seiten der Bewerbung aus und reichen Sie die entsprechende Anmeldegebühr ein. Wenn Ihre Bewerbung nicht vollständig oder korrekt ist, kann ein SeniorCare Kundendienstmitarbeiter Sie für weitere Informationen kontaktieren. Dies kann zu einer Verzögerung bei der Bearbeitung Ihrer SeniorCare Bewerbung führen.
3. Machen Sie auf dem Bewerbungsformular Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Ehepartner (wenn Sie einen Ehepartner haben, der in Ihrem Haushalt lebt). Machen Sie **keine** Angaben zu anderen Personen in Ihrem Haushalt.

ANGABEN ZUM BEWERBER UND EhePARTNER (ABSCHNITTE I UND II)

Ihre Aufnahme in SeniorCare erfolgt auf der Grundlage Ihres Einkommens und des Einkommens Ihres Ehepartners, wenn dieser mit Ihnen zusammenlebt. Wenn Ihr Ehepartner mit Ihnen zusammenlebt, füllen Sie die auf Sie **und** Ihren Ehepartner zutreffenden Abschnitte des Bewerbungsformulars aus, auch wenn Ihr Ehepartner SeniorCare nicht beantragt. **Bitte beachten Sie: Der Abschnitt „Angaben zum Ehepartner“ des Bewerbungsformulars muss ausgefüllt werden, wenn Ihr Ehepartner mit Ihnen zusammenlebt.** Das Einkommen anderer Mitglieder Ihres Haushalts wird für SeniorCare nicht berücksichtigt.

Einwohner von Wisconsin

Die Aufnahme in SeniorCare ist auch dann möglich, wenn Sie vorübergehend außerhalb des Bundesstaates Wisconsin leben und eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Sie haben einen ständigen Wohnsitz in Wisconsin,
- werden für steuerliche Zwecke als in Wisconsin ansässig betrachtet oder
- sind als Wähler in Wisconsin registriert.

US-Bürger

Wenn Sie (oder Ihr mit Ihnen zusammenlebender Ehepartner) SeniorCare beantragen und kein US-Bürger sind, fügen Sie eine Kopie beider Seiten Ihrer Ausländerregistrierungskarte bei, um Ihren Einwanderungsstatus und Ihre Ausländerregistrierungsnummer zu bestätigen.

Ethnische Herkunft (optional)

Schattieren Sie den Kreis, der am ehesten Ihrer ethnischen Herkunft bzw. der Ihres Ehepartners entspricht. Diese Angabe ist freiwillig und wird nicht verwendet, um über Ihre Aufnahme zu entscheiden.

Familienstand und Wohnform

Wenn Sie nicht verheiratet sind, schattieren Sie den entsprechenden Familienstand.

Wenn Sie verheiratet sind und Ihr Ehepartner mit Ihnen zusammenlebt, schattieren Sie den Kreis neben dem entsprechenden Familienstand sowie den Kreis neben „Lebe mit Ehepartner zusammen“.

Wenn Ihr Ehepartner nicht mehr mit Ihnen zusammenlebt, schattieren Sie den Kreis neben „Lebe nicht mit Ehepartner zusammen“.

Social Security Number (Sozialversicherungsnummer)

Geben Sie Ihre Social Security Number (SSN, Sozialversicherungsnummer) und die Ihres Ehepartners ein, wenn Sie beide SeniorCare beantragen. Wenn Ihr Ehepartner SeniorCare nicht beantragt, müssen Sie die SSN Ihres Ehepartners nicht eingeben.

Die Angabe der SSN und anderer personenbezogener Daten ist in den §§ 49.688 und 49.82(2) des Bundesstaates Wisconsin vorgeschrieben. Wenn Sie die erforderlichen Informationen nicht zur Verfügung stellen, kann Ihr Antrag auf Leistungen abgelehnt werden. Die SSN und personenbezogene Daten werden nur für die direkte Verwaltung des SeniorCare Programms verwendet. Ihre SSN ermöglicht einen Computerabgleich Ihrer Daten bei anderen Behörden wie dem Internal Revenue Service (IRS, US-Steuerbehörde), der Social Security Administration (SSA, Sozialversicherung) und dem Department of Workforce Development (DWD, Ministerium für Arbeitskräfteentwicklung). Darüber hinaus gleicht das DHS Ihren Namen und Ihre SSN mit einer Datei ab, die von den Krankenversicherungen zur Verfügung gestellt wird, um festzustellen, ob Sie anderweitig versichert sind.

Wenn Sie eine Krankenversicherung haben, koordiniert SeniorCare den Leistungsumfang mit Ihrer Versicherung.

POSTANSCHRIFT (ABSCHNITT III)

Adresse

Geben Sie die Adresse, an die Informationen zu Ihrer Aufnahme in SeniorCare gesendet werden sollen, in Druckbuchstaben an. Dies kann Ihre aktuelle Adresse ODER die aktuelle Adresse Ihres Vertreters, Erziehungsberechtigten oder Bevollmächtigten sein.

Schattieren Sie den entsprechenden Kreis, je nachdem, ob es sich bei der Adresse im Abschnitt „Postanschrift“ um Ihren Wohnsitz, eine andere Adresse als Ihren Wohnsitz oder die Adresse Ihres Vertreters, Erziehungsberechtigten oder Bevollmächtigten handelt.

ERWARTETES JAHRESEINKOMMEN (ABSCHNITT IV)

Ihre Aufnahme in SeniorCare erfolgt auf der Grundlage Ihres Einkommens und des Einkommens Ihres Ehepartners, wenn dieser mit Ihnen zusammenlebt. Geben Sie das voraussichtliche Bruttoeinkommen für die nächsten 12 Monate ein. Geben Sie **keine** Monatsbeträge ein. Das Bruttoeinkommen ist Ihr Gesamtverdienst vor Abzug von Steuern.

Geben Sie Ihre beste Schätzung für jede der folgenden Einkommensarten an (immer auf den nächsten Dollar aufrunden). Am Ende dieser Anleitung finden Sie ein Arbeitsblatt, das Ihnen hilft, Ihr Einkommen zu berechnen und in das Antragsformular einzutragen.

Brutto-Social-Security-Betrag (Bruttosozialversicherungsbetrag, geschätzte Gesamtsumme über 12 Monate)

Geben Sie die voraussichtlichen jährlichen Brutto-Social-Security-(Sozialversicherungs-) zahlungen für Sie und Ihren Ehepartner ein, einschließlich der Medicare-Prämien, falls diese von Ihrem Leistungsscheck oder von elektronischen Geldüberweisungen einbehalten werden.

Bruttolöhne (geschätzte Gesamtsumme über 12 Monate)

Geben Sie die geschätzten jährlichen Bruttolöhne, -gehälter, -prämien und -provisionen (ohne Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit oder aus einer Partnerschaft) ein, die Sie und Ihr Ehepartner von der Arbeit erhalten. Geben Sie Ihr Einkommen vor jeglichen Abzügen ein. Sie können Ihre Steuererklärung oder Ihr W-2-Formular vom letzten Jahr verwenden, um Ihr Einkommen zu schätzen, wobei Sie berücksichtigen, ob Sie in den nächsten 12 Monaten voraussichtlich gleich viel, mehr oder weniger arbeiten werden. Verwenden Sie **nicht** Ihr bereinigtes Bruttoeinkommen.

Zinsen, Dividenden und Kapitalgewinne (geschätzte Gesamtsumme über 12 Monate)

Geben Sie die geschätzten jährlichen Zinsen, Dividenden und Kapitalgewinne für Sie und Ihren Ehepartner ein. Sie müssen eingenommene Beträge mit einbeziehen, auch wenn Sie dieses Einkommen nicht erhalten. So müssen zum Beispiel die Zinsen von Certificates of Deposit (CD; Einlagenzertifikate), die eingenommen werden und direkt in das Kapital der CD zurückfließen, mit einbezogen werden.

Nettoeinkommen aus selbstständiger Tätigkeit (geschätzte Gesamtsumme über 12 Monate)

Geben Sie Ihr voraussichtliches jährliches Nettoeinkommen aus selbstständiger Tätigkeit und das Einkommen Ihres Ehepartners an. Landwirtschaftliche Betriebe und Unternehmen, die Sie oder Ihr Ehepartner unabhängig oder gemeinsam mit anderen besitzen, sind Beispiele für eine selbstständige Tätigkeit. Ziehen Sie Ihre Geschäftskosten, Geschäftsverluste, Abschreibungen auf Geschäftsvermögen

und alle anderen Abzüge ab, die Ihnen das IRS für Ihr Einkommen aus selbständiger Tätigkeit gewährt. Sie können Ihre Steuererklärung vom letzten Jahr heranziehen, um eine Vorstellung davon zu bekommen, was Sie verdient haben und was Sie absetzen durften. Sie können einen Verlust aus selbständiger Tätigkeit nicht mit anderen Einkommensarten verrechnen. Ein Verlust muss mit Null angegeben werden.

Renteneinkommen (geschätzte Gesamtsumme über 12 Monate)

Geben Sie die geschätzten jährlichen Bruttorenten, Veteranen- und Eisenbahnrenten, steuerpflichtigen Anteile von Individual Retirement Accounts (IRAs, individuelle Rentenkonto) und Renten für Sie und Ihren Ehepartner an, die regelmäßig wiederkehrende Zahlungen vorsehen.

Sonstige Einkünfte (geschätzte Gesamtsumme über 12 Monate)

Geben Sie alle sonstigen erwarteten jährlichen Einkünfte für Sie und Ihren Ehepartner ein. Zu den sonstigen Einkünften zählen Geldleistungen, Arbeitslosengeld oder Arbeitnehmerentschädigung, Unterhaltszahlungen, Fördergelder und Mieteinnahmen abzüglich Betriebskosten.

Wenn Ihr Ehepartner nicht mit Ihnen zusammenlebt, Sie aber Einkünfte von ihm erhalten, geben Sie diese als sonstige Einkünfte an. Beziehen Sie **KEINE** Einkünfte aus einer der unten aufgeführten Quellen ein:

- Supplemental Security Income (SSI, zusätzliches Sicherheitseinkommen). SSI ist ein Bundesprogramm zur Einkommensergänzung, das älteren, blinden oder behinderten Menschen helfen soll, die wenig oder gar kein Geld haben.
- Hilfszahlungen bei Katastrophen größeren Ausmaßes und in Notfällen.
- Zahlungen von einem individuellen Entwicklungskonto.
- Erstattungen, die Sie für Ausgaben erhalten, die Sie entweder während Ihrer Freiwilligentätigkeit oder an Ihrem Arbeitsplatz oder während Ihrer Ausbildung gemacht haben.
- Zahlungen zur Erfüllung von Ansprüchen, die durch Bundesgesetz für amerikanische Ureinwohner genehmigt wurden.
- Einkommen oder Leistungen aus bestimmten Sonderprogrammen, darunter:
 - Homestead Tax Credit (Homestead-Steuererleichterung).
 - Programme zur Unterstützung einkommensschwacher Haushalte bei der Energieversorgung und zur Unterstützung mit Brennstoff in Notfällen.
 - Gemeindedienstprogramme, wie das Retired Senior Volunteer Program (Freiwilligenprogramm für Senioren im Ruhestand), die Service Corporation of Retired Executives (Servicegesellschaft der Führungskräfte im Ruhestand) und Volunteers in Service to America (Freiwillige im Dienst für Amerika).
 - Staatliche Förderprogramme für Miete, Wohnung oder Lebensmittel.
 - Federal Emergency Management Assistance (FEMA; Unterstützung durch die Federal Emergency Management Agency).
 - Agent-Orange-Entschädigungsfonds.
 - Das Foster Grandparents Program (Programm zur Unterstützung von Großeltern).

Andere ähnliche Einkommensarten können ausgeschlossen werden. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an den SeniorCare-Kundendienst unter **800-657-2038**.

Gesamtbetrag (optional – geschätzte Gesamtsumme über 12 Monate)

Sie können hier die Gesamtsumme der Beträge aller Einkünfte eingeben, dies aber nicht erforderlich. Wenn Sie die Gesamtsumme nicht eingeben, wird sie für Sie berechnet, sobald das Formular beim SeniorCare Programm eingeht.

UNTERSCHRIFT DES ANTRAGSTELLERS (ABSCHNITT V)

Der Antragsteller oder sein Vertreter muss das Antragsformular unterschreiben. Wenn Sie ein Vertreter, Erziehungsberechtigter oder Bevollmächtigter sind, der dieses Antragsformular im Namen einer anderen Person ausgefüllt hat, müssen Sie an der dafür vorgesehenen Stelle unterschreiben.

Formulare ohne Unterschrift werden nicht bearbeitet und gehen an Sie zurück.

ANMELDEGEBÜHR (ABSCHNITT VI)

Wenn diesem Formular nicht die korrekte Anmeldegebühr beiliegt, kann Ihre Aufnahme in SeniorCare abgelehnt oder verzögert werden.

Anmeldegebühr beiliegend

Schattieren Sie den **30-\$**-Kreis, wenn sich nur eine Person bewirbt. Schattieren Sie den **60-\$**-Kreis, wenn Sie und Ihr Ehepartner sich beide für SeniorCare bewerben. Legen Sie dem ausgefüllten Antrag den korrekten Dollarbetrag bei. Die Zahlung kann per Zahlungsanweisung, Bankscheck oder persönlichem Scheck, zahlbar an den „**State of Wisconsin**“, erfolgen. Der Scheck oder die Zahlungsanweisung muss die Namen aller Personen enthalten, die SeniorCare beantragen. **FÜGEN SIE KEIN BARGELD BEI.** Wenn Sie nicht an SeniorCare teilnehmen können, wird Ihnen die Anmeldegebühr innerhalb von 6–8 Wochen zurückerstattet.

Weitere Informationen zum Programm

Wenn Sie sich für andere Programme interessieren, wie z. B. das Medicare-Sparprogramm oder FoodShare Wisconsin, wenden Sie sich bitte an den Mitgliederservice unter **800-362-3002**.

Das Medicare-Sparprogramm unterstützt Anspruchsberechtigte bei der Bezahlung der Medicare-Mitversicherung und der Prämien für Teil A und Teil B. FoodShare Wisconsin unterstützt Anspruchsberechtigte beim Kauf von Lebensmitteln. Wenn Sie sich für diese Programme bewerben möchten, benötigen Sie zusätzliche Informationen.

Wenn Sie wissen möchten, ob Sie Gesundheits-, Ernährungs- und andere Programme in Anspruch nehmen können, wenden Sie sich an Ihre örtliche Bezirks- oder Stammesbehörde oder besuchen Sie access.wi.gov. Der Link „Am I Eligible?“ (Bin ich anspruchsberechtigt?) in ACCESS führt Sie durch eine Reihe von Fragen zu Ihrem Haushalt, Ihrem Einkommen und Ihren Rechnungen. Nach Beantwortung der Fragen teilt ACCESS Ihnen mit, ob Sie für Gesundheits-, Ernährungs- und andere Programme in Frage kommen und wie Sie sich bewerben können.

IHRE RECHTE UND PFLICHTEN

Änderungen, wie z. B. Tod, Adresse (einschließlich Postanschrift), Änderung des ständigen Wohnsitzes außerhalb von Wisconsin und Änderungen in der Haushaltszusammensetzung (Heirat/Scheidung/Trennung), die Auswirkungen auf Sie und/oder Ihren Ehepartner müssen dem SeniorCare-Kundendienst unter **800-657-2038** innerhalb von 10 Tagen mitgeteilt werden. Änderungen können auch schriftlich mitgeteilt werden an:

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

Mit Ihrer Unterschrift auf dem Antrag (Abschnitt V auf diesem Formular) ermächtigen Sie das DHS, alle zusätzlichen Informationen anzufordern, die für die ordnungsgemäße Verwaltung des SeniorCare Programms angemessen und notwendig sind.

Mit Ihrer Unterschrift oder der Unterschrift einer Person, die in Ihrem Namen unterschreibt, stimmen Sie zu, dass die von Ihnen oder Ihrem Vertreter gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Sie und Ihr Vertreter sind für falsche Informationen oder Fehler verantwortlich. Betrügerische Angaben können mit einer Geldstrafe von bis zu 10.000 \$ oder einer Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder beidem geahndet werden.

Sie haben das Recht, eine faire Anhörung zu beantragen, wenn Sie mit einer Maßnahme, die Ihren Antrag oder laufende Leistungen betrifft, nicht einverstanden sind. Sie können eine faire Anhörung beantragen, indem Sie sich schriftlich an folgende Adresse wenden:

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

Das Department of Health Services (Gesundheitsministerium) ist ein Arbeitgeber und Dienstleister mit Chancengleichheit. Wenn Sie eine Behinderung haben und diese Informationen in einem alternativen Format abrufen müssen oder in eine andere Sprache übersetzt werden sollen, wenden Sie sich bitte an 608-266-3356 (Sprachmitteilung) oder 711 (TTY). Alle Übersetzungsdienstleistungen werden kostenlos angeboten.

Um eine Beschwerde wegen Diskriminierung einzureichen, wenden Sie sich an:

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

Telefon 608-267-4955 (Sprachmitteilung), 711 (TTY) oder Fax 608-267-2147

CHECKLISTE

- Ist der Antrag vollständig?
- Haben Sie den Antrag unterschrieben oder von Ihrem Vertreter, Erziehungsberechtigten oder Bevollmächtigten unterschreiben lassen?
- Haben Sie die Anmeldegebühr beigelegt (**30 \$** für eine Person; **60 \$**, wenn Sie und Ihr Ehepartner sich bewerben)?
- Haben Sie daran gedacht, den Namen jeder Person, die sich bewirbt, auf den Scheck oder die Zahlungsanweisung für die Anmeldegebühr zu schreiben?
- Haben Sie den Abschnitt über die Rechte und Pflichten gelesen?

Senden Sie das Antragsformular an:

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

Arbeitsblatt mit einer beispielhaften Einkommensberechnung (optional)

Dieses Arbeitsblatt soll Ihnen bei der Berechnung der Einkommenswerte helfen, die Sie in den SeniorCare Antrag eintragen müssen. Dieses Arbeitsblatt können Sie behalten. Geben Sie auf dem SeniorCare Antrag ganze Dollarbeträge ein, keine Centbeträge. Eine Beschreibung der Einkommensarten finden Sie in Abschnitt IV dieser Anleitung.

Brutto-Social-Security- (Sozialversicherungs-)Betrag	Antragsteller	Ehepartner
1. Monatlicher Social-Security-(Sozialversicherungs-) Betrag: (einschließlich elektronischer Geldüberweisungen)	_____ \$ x 12 Monate = _____	_____ \$ x 12 Monate = _____
2. Medicare Teil B Prämie (falls von Ihrem Scheck einbehalten)	+ _____ \$ x 12 Monate = _____	+ _____ \$ x 12 Monate = _____
GESAMT Bruttosozialversicherungsbetrag	_____ \$	_____ \$
Bruttolöhne	Antragsteller	Ehepartner
1. Geschätzter Monatsverdienst. Verwenden Sie die Bruttobeträge auf Ihren Lohnabrechnungen (Beträge vor Steuern und Abzügen).	_____ \$ x 12 Monate = _____	_____ \$ x 12 Monate = _____
2. Wiederholen Sie dies für alle Arten von Einkünften, die Sie erhalten.	_____ \$ x 12 Monate = _____	_____ \$ x 12 Monate = _____
	+ _____ \$ x 12 Monate = _____	+ _____ \$ x 12 Monate = _____
GESAMT Bruttolöhne	_____ \$	_____ \$
Zinsen, Dividenden und Kapitalgewinne	Antragsteller	Ehepartner
1. Betrag der Zinsen, Dividenden und Kapitalgewinne, die Sie erhalten, multipliziert mit der Häufigkeit, mit der Sie während des Jahres Zahlungen erhalten.	_____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit	_____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit
2. Fügen Sie die von den Zahlungen einbehaltenen Beträge wie Steuern hinzu.	_____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit	_____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit
3. Wiederholen Sie dies für alle Arten von Zinsen, Dividenden und Kapitalgewinnen, die Sie erhalten.	+ _____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit	+ _____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit
	_____ \$	_____ \$

GESAMT Zinsen, Dividenden und Kapitalgewinne		
Nettoeinkommen aus selbstständiger Arbeit	Antragsteller	Ehepartner
1. Geschätztes monatliches Nettoeinkommen aus selbstständiger Tätigkeit oder Partnerschaft.	_____ \$ x 12 Monate = _____	_____ \$ x 12 Monate = _____
2. Wiederholen Sie dies für alle Arten von Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit oder Partnerschaft, die Sie beziehen.	_____ \$ x 12 Monate = _____	_____ \$ x 12 Monate = _____
	+ _____ \$ x 12 Monate = _____	+ _____ \$ x 12 Monate = _____
GESAMT Nettoeinkommen aus selbstständiger Tätigkeit	\$ _____	\$ _____
Renteneinkommen	Antragsteller	Ehepartner
1. Renteneinkommen, das Sie erhalten, multipliziert mit der Häufigkeit, mit der Sie dieses Einkommen erhalten.	_____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit	_____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit
2. Fügen Sie den Betrag hinzu, der von Ihrem Einkommen einbehalten wurde, z. B. Steuern oder Versicherungsprämien.	+ _____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit	+ _____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit
GESAMT Renteneinkommen	\$ _____	\$ _____
Anderes Einkommen	Antragsteller	Ehepartner
1. Sonstiges Einkommen, das Sie erhalten, multipliziert mit der Häufigkeit, mit der Sie dieses Einkommen erhalten.	_____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit	_____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit
2. Fügen Sie den Betrag hinzu, der von Ihrem Einkommen einbehalten wurde, z. B. Steuern oder Versicherungsprämien.	+ _____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit	+ _____ \$ x _____ = _____ Häufigkeit
GESAMT Sonstiges Einkommen	\$ _____	\$ _____
GESAMTBETRAG (optional)	Antragsteller	Ehepartner
Addieren Sie alle Summen. Runden Sie das Einkommen auf den nächsten Dollar.	\$ _____	\$ _____