



ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບການສະໝັກ
(APPLICATION INSTRUCTIONS)

ແບບຟອມສະໝັກຂອງ SeniorCare ແມ່ນສຳລັບບຸກຄົນທີ່ສະໝັກໂຄງການ SeniorCare Prescription Drug (ຢາຕາມ ແພດສັ່ງຂອງ SeniorCare). ນີ້ບໍ່ແມ່ນການສະໝັກສຳລັບໂຄງການສິດຜົນປະໂຫຍດອື່ນໆ.

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບແບບຟອມນີ້, ໃຫ້ຕິດຕໍ່
ພາກສ່ວນບໍລິການລູກຄ້າຂອງ SeniorCare ໄດ້ທີ່ 800-657-2038,
ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 6:00 ໂມງແລງ
(ມີ TTY ແລະ ບໍລິການແປພາສາໃຫ້.)

ສາມາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຫ້ອງການຜູ້ສູງອາຍຸ, ສູນສຳລັບຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ສູນຊັບພະຍາກອນຜູ້ສູງອາຍຸ. ຂໍ້ມູນແມ່ນມີໃຫ້ທີ່ ເວັບໄຊຂອງ Wisconsin Department of Health Services (ກະຊວງສາທາລະນະສຸກລັດວິສຄອນຊິນ, DHS) ທີ່: dhs.wisconsin.gov/seniorcare.

ຂໍ້ມູນສຳຄັນ

- ວັນທີ່ສະໝັກຂອງທ່ານແມ່ນວັນທີ່ໂຄງການ SeniorCare ໄດ້ຮັບແບບຟອມທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນສຳເລັດ ແລະ ລົງລາຍເຊັນ ໃສ່ແລ້ວ. ຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບການສະໝັກ SeniorCare ຂອງທ່ານຈະຖືກສົ່ງຫາທ່ານທາງໄປສະນີພາຍໃນ 4-6 ອາທິດ. ໃບສະໝັກທີ່ບໍ່ໄດ້ຕື່ມ ຫຼື ເຊັນຈະບໍ່ຖືກດຳເນີນການ ແລະ ຈະສົ່ງກັບຄືນໄປຫາທ່ານ.
- ປະກອບຄ່າທຳນຽມການລົງທະບຽນ \$30 ສຳລັບຜູ້ສະໝັກແຕ່ລະຄົນ (\$60, ຖ້າທັງທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານຂໍ SeniorCare). ການສະໝັກຂອງທ່ານອາດຈະຊັກຊ້າ, ຖ້າຫາກບໍ່ໄດ້ຮັບຄ່າທຳນຽມການເຂົ້າຮ່ວມທັງໝົດໃນເວລາທີ່ທ່ານສະໝັກ. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນ SeniorCare, ຄ່າທຳນຽມການສະໝັກຂອງທ່ານຈະຖືກສົ່ງຄືນພາຍໃນ 6-8 ອາທິດ.
- ຕື່ມ, ເຊັນ ແລະ ສິ່ງແບບຟອມສະໝັກພ້ອມດ້ວຍຄ່າທຳນຽມການສະໝັກຕາມທີ່ຢູ່ໃນແບບຟອມ.

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າສະໝັກໃຫ້ແກ່ທ່ານ, ຕິດຕໍ່ຫາສາຍດ່ວນບໍລິການລູກຄ້າຂອງ SeniorCare ໄດ້ທີ່ 800-657-2038. ແບບຟອມສະໝັກ ແລະ ຂໍ້ມູນຈະຖືກສົ່ງໄປຫາທ່ານທາງໄປສະນີ. ທ່ານຍັງສາມາດເອົາແບບຟອມການມອບອຳນາດໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງ SeniorCare ທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່: dhs.wisconsin.gov/forms/f1/f10080.pdf.

ວິທີໃຊ້ແບບຟອມນີ້

1. ພິມອອກໃຫ້ແຈ້ງໂດຍນໍາໃຊ້ຕົວພິມໃຫຍ່. ໃຊ້ນໍ້າເມັກສີຟ້າ ຫຼື ສີດໍາ ເທົ່ານັ້ນ. ທາສີໃສ່ວົງມົນຖັດຈາກຄໍາຕອບທີ່ ເໝາະສົມ ໂດຍການທາສີໃສ່ວົງມົນໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.
2. ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ທັງສອງດ້ານຂອງແບບຟອມ ແລະ ສິ່ງຄ່າທໍານຽມການສະໝັກທີ່ເໝາະສົມ. ຖ້າຫາກໃບສະໝັກຂອງທ່ານບໍ່ຄົບຖ້ວນ ຫຼື ຖືກຕ້ອງ, ຜູ້ຕາງໜ້າສູນບໍລິການລູກຄ້າຂອງ SeniorCare ອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ສິ່ງນີ້ອາດຈະກໍ່ໃຫ້ເກີດຄວາມຊັກຊ້າໃນການດໍາເນີນການ SeniorCare ຂອງທ່ານ.
3. ໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມສະໝັກສໍາລັບທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມລົດທ່ານ (ຖ້າຫາກຄູ່ສົມລົດທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ). ຢ່າຕື່ມຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບຸກຄົນອື່ນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຄູ່ສົມລົດ (ພາກ I ແລະ II)

ການສະໝັກລົງທະບຽນ SeniorCare ຈະອີງຕາມລາຍຮັບຂອງທ່ານ ແລະ ຂອງຄູ່ສົມລົດທ່ານ, ຖ້າຫາກວ່າຄູ່ສົມລົດທ່ານອາໄສຢູ່ກັບທ່ານ. ຖ້າຫາກຄູ່ສົມລົດທ່ານອາໄສຢູ່ກັບທ່ານ, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃນສ່ວນຂອງແບບຟອມສໍາລັບທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ, ເຖິງແມ່ນວ່າຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຂໍ SeniorCare. **ຂໍ້ຄວນຈື່:** ໃນສ່ວນ “ຂໍ້ມູນຄູ່ສົມລົດ” ຂອງແບບຟອມການສະໝັກຕ້ອງຕື່ມໃຫ້ຄົບຖ້ວນ, ຖ້າຫາກຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ກັບທ່ານ. ລາຍຮັບຂອງສະມາຊິກຄົນອື່ນໆໃນເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່ນັບສໍາລັບ SeniorCare.

ຜູ້ຢູ່ອາໄສຂອງ Wisconsin

ການສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມໃນ SeniorCare ແມ່ນເປັນໄປໄດ້, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະອາໄສຢູ່ນອກລັດ Wisconsin ຊົ່ວຄາວ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານ:

- ມີທີ່ຢູ່ອາໄສຖາວອນໃນລັດ Wisconsin ຫຼື
- ຖືກພິຈາລະນາວ່າເປັນຜູ້ຢູ່ອາໄສຂອງລັດ Wisconsin ເພື່ອຈຸດປະສົງດ້ານພາສີ ຫຼື
- ເປັນຜູ້ມີສິດເລືອກຕັ້ງທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນໃນ Wisconsin.

ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ

ຖ້າຫາກທ່ານ (ຫຼື ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ກັບທ່ານ) ກໍາລັງສະໝັກຂໍ SeniorCare ແລະ ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງສະຫະລັດ, ສອດສໍາເນົາຂອງບັນລັງທະບຽນຄົນຕ່າງປະເທດຂອງທ່ານທັງສອງດ້ານເພື່ອຢືນຢັນສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ ແລະ ເລກລົງທະບຽນຄົນຕ່າງດ້າວ.

ເຊື້ອຊາດ/ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລືອກ)

ທາສີໃນວົງມົນທີ່ອະທິບາຍກ່ຽວກັບເຊື້ອຊາດ ຫຼື ຊົນເຜົ່າຂອງທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມລົດທ່ານ. ຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນແບບສະໝັກໃຈ ແລະ ຈະບໍ່ຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອກໍານົດການສະໝັກຂອງທ່ານ.

ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ ແລະ ການຈັດແຈ້ງທີ່ຢູ່ອາໄສ

ຖ້າຫາກທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ແຕ່ງງານ, ທາສີໃນສະຖານະພາບທີ່ເໝາະສົມ.

ຖ້າຫາກທ່ານແຕ່ງງານແລ້ວ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ກັບທ່ານ, ທາສີໃນວົງມົນດ້ານຂ້າງຂອງສະຖານະການແຕ່ງງານທີ່ເໝາະສົມ ແລະ ທາສີໃນວົງມົນດ້ານຂ້າງຂອງ “ອາໄສຢູ່ກັບຄູ່ສົມລົດ.”

ຖ້າຫາກຄູ່ສົມລົດທ່ານບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ກັບທ່ານ, ທາສີວົງມົນທີ່ຢູ່ຂ້າງ “ບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ກັບຄູ່ສົມລົດ.”

Social Security Number (ເລກປະກັນສັງຄົມ)

ປ້ອນ Social Security Number (ເລກປະກັນສັງຄົມ, SSN) ຂອງທ່ານ ແລະ ຂອງຄູ່ສົມລົດທ່ານຖ້າຫາກວ່າທ່ານທັງສອງກຳລັງສະໝັກຂໍ SeniorCare. ຖ້າຫາກຄູ່ສົມລົດທ່ານບໍ່ໄດ້ສະໝັກເອົາ SeniorCare, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງປ້ອນເລກ SSN ຂອງຄູ່ສົມລົດທ່ານ.

SSN ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນໄດ້ແມ່ນກຳນົດໂດຍ Wis. Stat. §§ 49.688 ແລະ 49.82(2). ຄວາມບໍ່ສາມາດໃນການສະໜອງຂໍ້ມູນອາດຈະສົ່ງຜົນຕໍ່ການປະຕິເສດການສະໝັກຂໍສິດຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ. SSN ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸຕົວບຸກຄົນໄດ້ຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງທາງດ້ານການບໍລິຫານໂດຍກົງຂອງຂອງໂຄງການ SeniorCare ເທົ່ານັ້ນ. ເລກ SSN ຂອງທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ຄອມພິວເຕີສາມາດກວດສອບຂໍ້ມູນກັບໜ່ວຍງານຂອງລັດຖະບານອື່ນໆເຊັ່ນ: Internal Revenue Service (ໜ່ວຍບໍລິການລາຍຮັບພາຍໃນ, IRS), Social Security Administration (ອົງການປະກັນສັງຄົມ, SSA) ແລະ Department of Workforce Development (ກະຊວງພັດທະນາແຮງງານ, DWD). ນອກຈາກນັ້ນ, DHS ຈະຈັບຄູ່ຊື່ ແລະ SSN ຂອງທ່ານກັບເອກະສານທີ່ມີໃຫ້ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະກັນໄພສຸຂະພາບເພື່ອລະບຸວ່າທ່ານມີປະກັນໄພອື່ນໆບໍ່. ຖ້າຫາກທ່ານມີແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, SeniorCare ຈະປະສານງານການຄຸ້ມຄອງຜົນປະໂຫຍດກັບແຜນຂອງທ່ານ.

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ພາກທີ III)

ທີ່ຢູ່
ພິມທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ສິ່ງຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສະໝັກ SeniorCare ຂອງທ່ານ. ນີ້ອາດຈະແມ່ນທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ ຫຼື ທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານ, ຜູ້ປົກຄອງທາງກົດໝາຍ ຫຼື ທະນາຍຄວາມ.

ທາສີໃສ່ວົງມົນທີ່ລະບຸວ່າທີ່ຢູ່ໃນພາກທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີແມ່ນທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງທ່ານ, ແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງທ່ານ ຫຼື ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າ, ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມ.

ລາຍຮັບປະຈຳປີທີ່ຄາດກະໄວ້ (ພາກທີ IV)

ການສະໝັກ SeniorCare ແມ່ນອີງຕາມລາຍຮັບຂອງທ່ານ ແລະ ຂອງຄູ່ສົມລົດທ່ານ, ຖ້າຫາກວ່າຄູ່ສົມລົດທ່ານອາໄສຢູ່ກັບທ່ານ. ປ້ອນຈຳນວນລາຍຮັບລວມທີ່ຄາດໄວ້ສຳລັບໄລຍະ 12 ເດືອນຕໍ່ໄປ. ຢ່າ ປ້ອນຈຳນວນເປັນລາຍເດືອນ. ລາຍຮັບລວມແມ່ນຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບກ່ອນຫັກພາສີ.

ໃຫ້ການຄາດກະທີ່ດີທີ່ສຸດສຳລັບລາຍຮັບແຕ່ລະປະເພດ (ປັບຂຶ້ນໃຫ້ໄດ້ໃກ້ຄຽງຈຳນວນຖ້ວນ). ເອກະສານຄຳນວນແມ່ນມີຢູ່ໃນທາງທ້າຍຂອງເອກະສານແນະນຳເຫຼົ່ານີ້ເພື່ອຊ່ວຍທ່ານໃນການຄຳນວນລາຍຮັບຂອງທ່ານເພື່ອຕື່ມໃສ່ໃນແບບຟອມສະໝັກ.

ປະກັນສັງຄົມທັງໝົດ (ລວມທັງໝົດປະມານ 12 ເດືອນ)

ລະບຸການຈ່າຍເງິນປະກັນສັງຄົມລວມປະຈຳປີທີ່ຄາດໄວ້ສໍາລັບທັງທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ, ລວມທັງຄ່າປະກັນໄພຂອງ Medicare, ຖ້າພວກມັນຖືກລະບັບຈາກໃບເຊັກຈ່າຍເງິນຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ ຫຼື ການໂອນເງິນອີເລັກໂທຣນິກໃດໜຶ່ງ.

ຄ່າຈ້າງທັງໝົດ (ລວມທັງໝົດປະມານ 12 ເດືອນ)

ໃສ່ເງິນເດືອນລວມປະຈຳປີໂດຍປະມານ, ຄ່າຈ້າງ, ໂບນັດ ແລະ ຄ່ານາຍໜ້າ (ບໍ່ລວມເອົາລາຍໄດ້ຈາກການຈ້າງງານຕົວເອງ ຫຼື ການເປັນຄູ່ຮ່ວມງານ) ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກການເຮັດວຽກສໍາລັບທັງທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ. ປ້ອນຈໍານວນກ່ອນການຫັກອອກຈາກລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດນໍາໃຊ້ແບບຟອມການສົ່ງຄືນພາສີ ຫຼື W-2 ຂອງທ່ານໃນປີທີ່ຜ່ານມາເພື່ອຄາດຄະເນລາຍຮັບຂອງທ່ານ, ໂດຍຄໍານຶງວ່າທ່ານຄາດວ່າຈະເຮັດວຽກໃນຈໍານວນດຽວກັນ, ຫຼາຍ ຫຼື ໜ້ອຍໃນ 12 ເດືອນຂ້າງໜ້າ. ຢ່າໃຊ້ລາຍຮັບລວມທີ່ໄດ້ປັບແລ້ວຂອງທ່ານ.

ດອກເບ້ຍ ແລະ ເງິນປັນຜົນ ແລະ ຜົນກໍາໄລ (ຄາດຄະເນທັງໝົດ 12 ເດືອນ)

ປ້ອນຈໍານວນດອກເບ້ຍ, ເງິນປັນຜົນ ແລະ ຜົນກໍາໄລໂດຍປະມານປະຈຳປີສໍາລັບທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມລົດ. ທ່ານຕ້ອງລວມເອົາຈໍານວນທີ່ຫາໄດ້, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບລາຍໄດ້ນັ້ນ. ຕົວຢ່າງ: certificate of deposit (ໃບຢັ້ງຢືນເງິນຝາກ, CD) ດອກເບ້ຍທີ່ໄດ້ຮັບ ແລະ ຕ້ອງໄດ້ລວມເອົາທີ່ໄດ້ກັບຄືນໄປຫາຕົ້ນທຶນ CD ໂດຍກົງ.

ລາຍຮັບການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວສຸດທິ (ຄາດຄະເນທັງໝົດ 12 ເດືອນ)

ປ້ອນລາຍຮັບການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວສຸດທິປະຈຳປີໂດຍປະມານສໍາລັບທັງທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ. ການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວລວມມີການເຮັດຟາມ ຫຼື ທຸລະກິດທີ່ທ່ານ ຫຼື ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງພຽງຜູ້ດຽວ ຫຼື ກັບຄົນອື່ນ. ຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທຸລະກິດຂອງທ່ານ, ການສູນເສຍໃນທຸລະກິດ, ຄ່າເສື່ອມລາຄາຂອງຊັບສິນທຸລະກິດ ແລະ ການຫັກລົບອື່ນໆທີ່ IRS ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານສາມາດເອົາລາຍໄດ້ຈາກການຈ້າງງານຂອງຕົນເອງ. ທ່ານອາດຈະເບິ່ງພາສີຂອງທ່ານຈາກປີທີ່ຜ່ານມາເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຄວາມຄິດກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ຫັກ. ທ່ານບໍ່ສາມາດໃຊ້ການສູນເສຍໃນການຈ້າງງານຕົນເອງເພື່ອຊົດເຊີຍລາຍໄດ້ປະເພດອື່ນໆ. ການສູນເສຍຕ້ອງໄດ້ຮັບການລາຍງານເປັນສູນ.

ລາຍຮັບຈາກການບໍານານ (ຄາດຄະເນທັງໝົດ 12 ເດືອນ)

ປ້ອນຈໍານວນເງິນບໍານານລວມປະຈຳປີໂດຍປະມານ, ເງິນອຸດໜູນບໍານານຂອງນັກຮົບເກົ່າ ແລະ ທາງລົດໄຟ, ສ່ວນທີ່ຕ້ອງເສຍພາສີຂອງ individual retirement accounts (ບັນຊີບໍານານສ່ວນບຸກຄົນ, IRA) ແລະ ເງິນປີສໍາລັບທັງທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານທີ່ໃຫ້ການຈ່າຍເງິນປະຈຳແຕ່ລະໄລຍະ.

ລາຍຮັບອື່ນໆ (ຄາດຄະເນທັງໝົດ 12 ເດືອນ)

ລະບຸລາຍໄດ້ປະຈຳປີທີ່ຄາດໄວ້ທັງໝົດສໍາລັບທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ. ລາຍໄດ້ອື່ນໆລວມມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສິດ, ເງິນຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ ຫຼື ເງິນຊົດເຊີຍຂອງພະນັກງານ, ເງິນຄ່າລ້ຽງດູ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ລາຍຮັບຈາກຄ່າເຊົ່າລົບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດໍາເນີນງານ.

ຖ້າຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຢູ່ກັບທ່ານ, ແຕ່ທ່ານໄດ້ຮັບລາຍຮັບຈາກຄູ່ສົມລົດນັ້ນ, ໃຫ້ລວມມັນພາຍໃຕ້ລາຍຮັບອື່ນ.
ຢ່າລວມເອົາລາຍຮັບໃດໆທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຈາກແຫຼ່ງໃດໜຶ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ຢູ່ລຸ່ມນີ້:

- Supplemental Security Income (ລາຍໄດ້ປະກັນເສີມ, SSI). SSI ແມ່ນໂຄງການເສີມລາຍຮັບຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ອອກແບບມາເພື່ອຊ່ວຍຜູ້ສູງອາຍຸ, ຕາບອດ ຫຼື ຄົນພິການທີ່ມີເງິນໜ້ອຍ ຫຼື ບໍ່ມີເງິນ.
- ການຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໄພພິບັດ ແລະ ສຸກເສີນທີ່ສໍາຄັນ.
- ການຈ່າຍເງິນຈາກບັນຊີການພັດທະນາສ່ວນບຸກຄົນ.
- ຈ່າຍເງິນຄືນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນຂະນະທີ່ທ່ານເຮັດວຽກເປັນອາສາສະໝັກ ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບວຽກ ຫຼື ການຝຶກອົບຮົມຂອງທ່ານ.
- ຮຽກຮ້ອງການຊໍາລະທີ່ອະນຸມັດໂດຍກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງສໍາລັບຊາວອາເມຣິກັນພື້ນເມືອງ.
- ລາຍຮັບ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດຈາກບາງໂຄງການພິເສດ, ລວມທັງ:
 - ສິນເຊື່ອພາສີ Homestead.
 - ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພະລັງງານສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ ແລະ ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອນໍ້າມັນເຊື້ອໄຟສຸກເສີນ.
 - Community service programs (ໂຄງການບໍລິການຊຸມຊົນ) ເຊັ່ນ: Retired Senior Volunteer Program (ໂຄງການອາສາສະໝັກຂອງຜູ້ອາວຸໂສບໍານານ), ບໍລິສັດບໍລິການຂອງພະນັກງານບໍານານ ແລະ ອາສາສະໝັກໃນການບໍລິການກັບອາເມລິກາ.
 - ໂຄງການເງິນອຸດໜູນຂອງລັດຖະບານສໍາລັບຄ່າເຊົ່າ, ທີ່ພັກອາໄສ ຫຼື ອາຫານ.
 - Federal Emergency Management Assistance (ການຊ່ວຍເຫຼືອການຄຸ້ມຄອງສຸກເສີນຂອງລັດຖະບານກາງ, FEMA).
 - ກອງທຶນແກ້ໄຂທາດເບື້ອຝົນເຫຼືອງ.
 - ໂຄງການພໍ່ເຖົ້າແມ່ເຖົ້າອຸປະຖໍາ.

ລາຍໄດ້ປະເພດອື່ນໆທີ່ຄ້າຍຄືກັນອາດຈະຖືກຍົກເວັ້ນ. ຖ້າຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມ, ຕິດຕໍ່ຫາພາກສ່ວນບໍລິການລູກຄ້າຂອງ SeniorCare ໄດ້ທີ່ **800-657-2038**.

ລວມທັງໝົດ (ທາງເລືອກ – ຄາດຄະເນທັງໝົດ 12 ເດືອນ)

ທ່ານອາດຈະປ້ອນຈໍານວນເງິນທັງໝົດຈາກລາຍໄດ້ທັງໝົດຢູ່ທີ່ນີ້, ແຕ່ມັນບໍ່ຈໍາເປັນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໃສ່ຈໍານວນທັງໝົດ, ມັນຈະຖືກຄໍານວນໃຫ້ທ່ານໃນເວລາທີ່ໂຄງການ SeniorCare ໄດ້ຮັບແບບຟອມ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ (ພາກທີ V)

ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຜູ້ສະໝັກຕ້ອງເຊັນໃນແບບຟອມສະໝັກ. ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ຕາງໜ້າ, ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ອໍານາດຂອງທະນາຍຄວາມຜູ້ທີ່ໄດ້ຕື່ມແບບຟອມຄໍາຮ້ອງສະໝັກນີ້ໃນນາມຂອງຄົນອື່ນ, ທ່ານຕ້ອງເຊັນໃນຊ່ອງທີ່ມີໃຫ້. ແບບຟອມທີ່ບໍ່ມີລາຍເຊັນຈະບໍ່ຖືກດໍາເນີນການ ແລະ ຈະຖືກສົ່ງຄືນໃຫ້ທ່ານ.

ຄ່າທຳນຽມການລົງທະບຽນສະໝັກ (ພາກທີ VI)

ຖ້າຄ່າທຳນຽມການລົງທະບຽນທີ່ຖືກຕ້ອງບໍ່ໄດ້ສອດມານຳແບບຟອມນີ້, ການລົງທະບຽນ SeniorCare ຂອງທ່ານອາດຈະຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ຊັກຊ້າ.

ຄ່າລົງທະບຽນທີ່ສອດມານຳ

ທາສີໃສ່ໃນວົງມົນ \$30, ຖ້າມີພຽງຄົນດຽວທີ່ສະໝັກ. ທາສີໃສ່ໃນວົງມົນ \$60, ຖ້າທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມລົດທ່ານກາລັງສະໝັກ SeniorCare. ລະບຸຈຳນວນທີ່ຖືກຕ້ອງພ້ອມກັບໃບສະໝັກທີ່ຕື່ມແລ້ວ. ການຊຳລະອາດຈະເຮັດໄດ້ໂດຍໃບສັ່ງຈ່າຍເງິນ, ເຊັ່ນຂອງພະນັກງານເກັບເງິນ ຫຼື ເຊັ່ນສ່ວນຕົວທີ່ຈ່າຍໃຫ້ “ລັດ Wisconsin.” ເຊັ່ນ ຫຼື ໃບສັ່ງຈ່າຍເງິນຕ້ອງໃສ່ຊື່ຂອງແຕ່ລະຄົນທີ່ສະໝັກ SeniorCare. **ບໍ່ລວມເອົາເງິນສົດ.** ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນ SeniorCare, ຄ່າທຳນຽມການສະໝັກຂອງທ່ານຈະຖືກສົ່ງຄືນພາຍໃນ 6-8 ອາທິດ.

ຂໍ້ມູນໂຄງການອື່ນໆ

ຖ້າຫາກທ່ານມີຄວາມສົນໃຈໃນໂຄງການອື່ນໆເຊັ່ນ: Medicare Savings Program (ໂຄງການຝາກປະຢັດຂອງ Medicare) ຫຼື FoodShare Wisconsin, ຕິດຕໍ່ຫາບໍລິການສະມາຊິກທີ່ **800-362-3002**. Medicare Savings Program (ໂຄງການຝາກປະຢັດຂອງ Medicare) ຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ມີສິດຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ ແລະ ຄ່າປະກັນໄພຮ່ວມຂອງ Medicare ສຳລັບພາກ A ແລະ ພາກ B. FoodShare Wisconsin ຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ມີສິດຊື້ອາຫານ. ອາດຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ຖ້າຫາກທ່ານຕັດສິນໃຈສະໝັກໂຄງການເຫຼົ່ານີ້.

ເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານອາດຈະສາມາດໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການສຸຂະພາບ, ໄພຊະນາການ ແລະ ໂຄງການອື່ນໆບໍ່, ຕິດຕໍ່ເຂດປົກຄອງທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື ອົງການຊົນເຜົ່າຂອງທ່ານ ຫຼື ເຂົ້າໄປທີ່ access.wi.gov. ລິ້ງ “ຂ້ອຍມີສິດໄດ້ບໍ?” ໃນ ACCESS ຈະພາທ່ານຜ່ານຄຳຖາມຕ່າງໆກ່ຽວກັບຄົວເຮືອນ, ລາຍຮັບ ແລະ ໃບບິນຄ່າຂອງທ່ານ. ຫຼັງຈາກການຕອບຄຳຖາມ, ACCESS ຈະບອກທ່ານວ່າທ່ານອາດຈະສາມາດໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການສຸຂະພາບ, ໄພຊະນາການ ແລະ ໂຄງການອື່ນໆແລະ ວິທີການສະໝັກ.

ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ

ການປ່ຽນແປງເຊັ່ນ: ການເສຍຊີວິດ, ທີ່ຢູ່ (ລວມທັງທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ), ການປ່ຽນແປງທີ່ຢູ່ອາໄສຖາວອນຢູ່ນອກ Wisconsin ແລະ ການປ່ຽນແປງອົງປະກອບຂອງຄົວເຮືອນ (ການແຕ່ງງານ / ການຢ່າຮ້າງ / ການແຍກກັນ), ທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານ ແລະ/ຫຼື ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການລາຍງານໃຫ້ພາກສ່ວນບໍລິການລູກຄ້າຂອງ SeniorCare ໄດ້ທີ່ **800-657-2038** ພາຍໃນ 10 ວັນ. ການປ່ຽນແປງອາດຈະຖືກລາຍງານໂດຍການຂຽນໜັງສືໄປເຖິງ:

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

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານໃນໃບສະໝັກ (ພາກທີ V ໃນແບບຟອມນີ້) ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ DHS ຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ເໝາະສົມ ແລະ ຈຳເປັນສຳລັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ເໝາະສົມຂອງໂຄງການ SeniorCare.

ໂດຍການເຊັນຊື່ຂອງທ່ານ ຫຼື ໂດຍລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນທີ່ລົງນາມໃນນາມຂອງທ່ານ, ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີວ່າຂໍ້ມູນທີ່ມອບໃຫ້ໂດຍທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. ທ່ານ ແລະ ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານຮັບຜິດຊອບ

ສໍາລັບຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ຄວາມຜິດພາດ. ການລົງໂທດສໍາລັບການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນການສໍ້ໂກງສາມາດຖືກປັບ
ໃໝ່ເກີນ \$10,000 ຫຼື ຈໍາຄຸກບໍ່ເກີນໜຶ່ງປີ ຫຼື ທັງຈໍາຄຸກ ແລະ ທັງປັບໃໝ.

ທ່ານມີສິດຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາສືບສວນທີ່ເປັນທໍາ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການດໍາເນີນການໃດໆກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງ
ສະຫມັກຂອງທ່ານ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາສືບສວນທີ່ເປັນທໍາໂດຍການຂຽນໜັງ
ສືໄປເຖິງ:

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

Department of Health Services (ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ) ແມ່ນນາຍຈ້າງ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໃຫ້ໂອກາດ
ເທົ່າທຽມກັນ. ຖ້າຫາກທ່ານມີຄວາມພິການ ແລະ ຕ້ອງການໃນການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນນີ້ໃນຮູບແບບທາງເລືອກ ຫຼື ຕ້ອງການແປເປັນພາ
ສາອື່ນ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ 608-266-3356 (ສຽງ) ຫຼື 711 (TTY). ບໍລິການແປພາສາທັງໝົດແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

ເພື່ອຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ຫາ:

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

ໂທລະສັບ 608-267-4955 (ສຽງ) ຫຼື 711 (TTY) ຫຼື ແຟັກ 608-267-2147

ລາຍການກວດ

- ໃບສະໝັກຄົບຖ້ວນແລ້ວບໍ່?
- ທ່ານໄດ້ເຊັນ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າ, ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບມອບສິດໄດ້ເຊັນໃບສະໝັກແລ້ວບໍ່?
- ທ່ານໄດ້ສອດຄ່າທໍານຽມການລົງທະບຽນ (\$30 ສໍາລັບໜຶ່ງຄົນ; \$60, ຖ້າຫາກທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ
ກໍາລັງສະໝັກ) ແລ້ວບໍ່?
- ທ່ານຈື່ໄດ້ບໍ່ວ່າຕ້ອງຂຽນຊື່ຂອງແຕ່ລະຄົນທີ່ສະໝັກຢູ່ໃນເຊັກຂອງທ່ານ ຫຼື ໃບສັ່ງເງິນຂອງທ່ານສໍາລັບຄ່າລົງທະບຽນ?
- ທ່ານໄດ້ອ່ານພາກສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບແລ້ວບໍ່?

ສິ່ງແບບຟອມການສະໝັກເຖິງ:

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

ຕົວຢ່າງເອກະສານການຄິດໄລ່ລາຍຮັບ (ທາງເລືອກ)

ເອກະສານນີ້ແມ່ນເພື່ອຊ່ວຍທ່ານໃນການຄິດໄລ່ມູນຄ່າລາຍຮັບທີ່ຈະຕື່ມໃສ່ຄໍາຮ້ອງສະໝັກ SeniorCare. ເອກະສານນີ້ທ່ານສາມາດເກັບໄວ້ໄດ້. ໃນໃບສະໝັກ SeniorCare ໃຫ້ປ້ອນຈໍານວນເງິນເປັນຈໍານວນຖ້ວນທັງໝົດ, ບໍ່ມີເສດ. ເບິ່ງພາກ IV ຂອງຄໍາແນະນໍາເຫຼົ່ານີ້ສໍາລັບຄໍາອະທິບາຍປະເພດຂອງລາຍຮັບ.

ປະກັນສັງຄົມທັງໝົດ	ຜູ້ສະໝັກ	ຄູ່ສົມລົດ
1. ຈໍານວນເງິນປະກັນສັງຄົມລາຍເດືອນ: (ລວມເອົາການໂອນເງິນທາງອີເລັກໂທຣນິກ)	\$ _____ x 12 ເດືອນ = _____	\$ _____ x 12 ເດືອນ = _____
2. ຄ່າປະກັນໄພ Medicare ພາກ B (ຖ້າຖືກຫັກຈາກເຊັກຂອງທ່ານ)	+ \$ _____ x 12 ເດືອນ = _____	+ \$ _____ x 12 ເດືອນ = _____
ລວມປະກັນສັງຄົມທັງໝົດ	\$ _____	\$ _____
ລາຍຈ້າງທັງໝົດ	ຜູ້ສະໝັກ	ຄູ່ສົມລົດ
1. ລາຍຮັບປະຈໍາເດືອນໂດຍປະມານ. ໃຊ້ຈໍານວນລວມທີ່ສະແດງຢູ່ໃນໃບແຈ້ງຍອດຄ່າຈ້າງຂອງ ທ່ານ (ຈໍານວນກ່ອນພາສີ ແລະ ການຫັກ).	\$ _____ x 12 ເດືອນ = _____	\$ _____ x 12 ເດືອນ = _____
2. ເຮັດຊື້າຄືນສໍາລັບລາຍໄດ້ທຸກປະເພດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.	\$ _____ x 12 ເດືອນ = _____	\$ _____ x 12 ເດືອນ = _____
	+ \$ _____ x 12 ເດືອນ = _____	+ \$ _____ x 12 ເດືອນ = _____
ຄ່າແຮງງານລວມທັງໝົດ	\$ _____	\$ _____

ດອກເບ້ຍເງິນປັນຜົນ ແລະ ຜົນກຳໄລ	ຜູ້ສະໝັກ	ຄູ່ສົມລົດ
1. ຈຳນວນດອກເບ້ຍເງິນປັນຜົນ ແລະ ຜົນກຳໄລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄຸນໃຫ້ຈຳນວນຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນ 2. ເພີ່ມຈຳນວນທີ່ຖືກຫັກອອກຈາກເງິນເດືອນເຊັ່ນ: ພາສີ. 3. ເຮັດຊຳຄືນສຳລັບດອກເບ້ຍເງິນປັນຜົນທຸກປະເພດ ແລະ ຜົນກຳໄລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.	$\$ \underline{\hspace{2cm}} \times \frac{\hspace{2cm}}{\text{ຈຳນວນຄັ້ງ}} = \underline{\hspace{2cm}}$ $\$ \underline{\hspace{2cm}} \times \frac{\hspace{2cm}}{\text{ຈຳນວນຄັ້ງ}} = \underline{\hspace{2cm}}$ + $\$ \underline{\hspace{2cm}} \times \frac{\hspace{2cm}}{\text{ຈຳນວນຄັ້ງ}} = \underline{\hspace{2cm}}$	$\$ \underline{\hspace{2cm}} \times \frac{\hspace{2cm}}{\text{ຈຳນວນຄັ້ງ}} = \underline{\hspace{2cm}}$ $\$ \underline{\hspace{2cm}} \times \frac{\hspace{2cm}}{\text{ຈຳນວນຄັ້ງ}} = \underline{\hspace{2cm}}$ + $\$ \underline{\hspace{2cm}} \times \frac{\hspace{2cm}}{\text{ຈຳນວນຄັ້ງ}} = \underline{\hspace{2cm}}$
ລວມດອກເບ້ຍເງິນປັນຜົນ ແລະ ຜົນກຳໄລ	\$ <u> </u>	\$ <u> </u>
ລາຍໄດ້ການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວສຸດທິ	ຜູ້ສະໝັກ	ຄູ່ສົມລົດ
1. ຄາດຄະເນລາຍໄດ້ສຸດທິປະຈຳເດືອນຂອງການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ ຫຼື ຫຸ້ນສ່ວນ. 2. ເຮັດຊຳຄືນສຳລັບລາຍຮັບຈາກການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ ຫຼື ການເປັນຫຸ້ນສ່ວນທຸກປະເພດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.	$\$ \underline{\hspace{2cm}} \times 12 \text{ ເດືອນ} = \underline{\hspace{2cm}}$ $\$ \underline{\hspace{2cm}} \times 12 \text{ ເດືອນ} = \underline{\hspace{2cm}}$ + $\$ \underline{\hspace{2cm}} \times 12 \text{ ເດືອນ} = \underline{\hspace{2cm}}$	$\$ \underline{\hspace{2cm}} \times 12 \text{ ເດືອນ} = \underline{\hspace{2cm}}$ $\$ \underline{\hspace{2cm}} \times 12 \text{ ເດືອນ} = \underline{\hspace{2cm}}$ + $\$ \underline{\hspace{2cm}} \times 12 \text{ ເດືອນ} = \underline{\hspace{2cm}}$
ລວມລາຍໄດ້ການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວສຸດທິ	\$ <u> </u>	\$ <u> </u>

ລາຍຮັບຈາກການບໍານານ	ຜູ້ສະໝັກ	ຄູ່ສົມລົດ
1. ລາຍຮັບຈາກການບໍານານທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄຸນໃຫ້ຈໍານວນຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບລາຍຮັບນັ້ນ. 2. ບວກຈໍານວນທີ່ຖືກຫັກຈາກລາຍຮັບຂອງທ່ານເຊັ່ນ: ພາສີ ຫຼື ຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພ.	$\begin{aligned} & \$ ______ \times \frac{______}{\text{ຈໍານວນຄັ້ງ}} = ______ \\ + & \$ ______ \times \frac{______}{\text{ຈໍານວນຄັ້ງ}} = ______ \end{aligned}$	$\begin{aligned} & \$ ______ \times \frac{______}{\text{ຈໍານວນຄັ້ງ}} = ______ \\ + & \$ ______ \times \frac{______}{\text{ຈໍານວນຄັ້ງ}} = ______ \end{aligned}$
ລາຍຮັບຈາກການບໍານານທັງໝົດ	\$ _____	\$ _____
ລາຍຮັບອື່ນໆ	ຜູ້ສະໝັກ	ຄູ່ສົມລົດ
1. ລາຍຮັບອື່ນໆທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄຸນໃຫ້ຈໍານວນຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບລາຍຮັບນັ້ນ. 2. ບວກຈໍານວນທີ່ຖືກຫັກຈາກລາຍຮັບຂອງທ່ານເຊັ່ນ: ພາສີ ຫຼື ຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພ.	$\begin{aligned} & \$ ______ \times \frac{______}{\text{ຈໍານວນຄັ້ງ}} = ______ \\ + & \$ ______ \times \frac{______}{\text{ຈໍານວນຄັ້ງ}} = ______ \end{aligned}$	$\begin{aligned} & \$ ______ \times \frac{______}{\text{ຈໍານວນຄັ້ງ}} = ______ \\ + & \$ ______ \times \frac{______}{\text{ຈໍານວນຄັ້ງ}} = ______ \end{aligned}$
ລາຍຮັບອື່ນໆທັງໝົດ	\$ _____	\$ _____
ລວມທັງໝົດ (ທາງເລືອກ)	ຜູ້ສະໝັກ	ຄູ່ສົມລົດ
ບວກຜົນລວມທັງໝົດ. ປັບຂຶ້ນໃຫ້ເປັນຈໍານວນຖ້ວນ.	\$ _____	\$ _____