

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN (APPLICATION INSTRUCTIONS)

El formulario de solicitud de SeniorCare es sólo para aquellas personas que estén solicitando para el SeniorCare Prescription Drug Program. Esta solicitud no es para ningún otro programa de beneficios.

Para obtener ayuda con este formulario, comuníquese con la
atención al cliente de SeniorCare al 800-657-2038,
De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
(TTY y servicios de traducción disponibles.)

También puede encontrar ayuda disponible en su oficina para personas mayores, centro para personas mayores (Senior Center) o centro de recursos para el envejecimiento (ADRC) local. Hay información disponible en el sitio web del Department of Health Services (DHS) de Wisconsin en:
dhs.wisconsin.gov/seniorcare.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Se considera como fecha de la solicitud la fecha en la que el programa SeniorCare recibe la solicitud completada y firmada. La decisión sobre su inscripción en SeniorCare se le enviará en un plazo de 4 a 6 semanas. Las solicitudes que no estén completas o firmadas no se procesarán y se le devolverán.
- Incluya **\$30** como cuota de inscripción por cada solicitante (**\$60** si tanto usted como su cónyuge solicitan la inscripción en SeniorCare). Su fecha de comienzo de inscripción se podría retrasar si no se recibe el pago completo de la cuota de inscripción al momento de presentar su solicitud. Si usted no puede inscribirse en SeniorCare, se le devolverá la cantidad de la cuota de inscripción en un plazo de 6 a 8 semanas.
- Complete, firme y envíe por correo la solicitud junto con el pago de la cuota de inscripción a la dirección que se indica en el formulario.

Si desea autorizar a un representante a que haga la solicitud por usted, comuníquese con la atención al cliente de SeniorCare al **800-657-2038**. Se le enviarán la información y el formulario adecuado.

También puede obtener el formulario de Autorización de Representante de SeniorCare en línea en:
dhs.wisconsin.gov/forms/f1/f10080.pdf.

CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

1. Escriba CLARAMENTE en letras MAYÚSCULAS de molde. Utilice SOLAMENTE tinta azul o negra. Rellene completamente los círculos que se encuentran junto a las respuestas correspondientes.
2. Complete ambos lados de la solicitud y envíe el pago de la cuota de inscripción correspondiente. Si su solicitud está incompleta o contiene errores, es posible que un representante del servicio al

cliente de SeniorCare se comunique con usted para pedirle más información. Tenga en cuenta que esto puede causar demoras en el procesamiento de su solicitud para SeniorCare.

3. Proporcione información en la solicitud sobre usted y su cónyuge (si su cónyuge vive en la misma casa que usted.) **No** incluya información sobre otras personas en su casa.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y SU CÓNYUGE (SECCIONES I Y II)

La elegibilidad para SeniorCare se basará en sus ingresos y los de su cónyuge si su cónyuge vive con usted. Si su cónyuge vive con usted, complete las partes de la solicitud correspondientes a usted y a su cónyuge, aun si su cónyuge no desea solicitar SeniorCare. **Recuerde: Deberá completar la parte de la solicitud que dice "Información del cónyuge" sólo en el caso en que su cónyuge viva con usted.** Los ingresos de otros miembros del hogar no cuentan para SeniorCare.

Residentes de Wisconsin

Se puede inscribir en SeniorCare aun si vive temporalmente fuera del estado de Wisconsin si usted:

- Tiene una residencia permanente en el estado de Wisconsin, o
- Se le considera un residente de Wisconsin para fines de impuestos, o
- Está registrado como votante en Wisconsin.

Ciudadano estadounidense

Si usted (o su cónyuge que vive con usted) está solicitando SeniorCare y usted no es un ciudadano estadounidense, incluya una copia de ambos lados de su tarjeta de registro de extranjero (alien registration card) para verificar su estado de inmigración y su número de registro de extranjero.

Raza/etnia (opcional)

Rellene el círculo que mejor describa la raza u origen étnico de usted y su cónyuge. Esta información es opcional y no se utilizará para determinar su inscripción.

Estado civil

Si usted no está casado, rellene el círculo correspondiente a su estado civil.

Si usted está casado y su cónyuge vive con usted, rellene el círculo correspondiente a su estado civil que está al lado de “Vive con cónyuge.”

Si su cónyuge ya no vive con usted, rellene el círculo “No vive con su cónyuge.”

Número de Seguro Social

Si tanto usted como su cónyuge solicitan los beneficios de SeniorCare, indique los números de Seguro Social (SSN) de ambos. Si su cónyuge no está solicitando SeniorCare, no tiene que incluir el SSN de su cónyuge.

El SSN y otra información de identificación personal son requeridos por Wis. Stat. §§ 49.688 y 49.82 (2). El no proporcionar la información puede resultar en la negación de su solicitud de beneficios. El SSN y la información de identificación personal se utilizarán únicamente para la administración directa del programa SeniorCare. Su SSN permite un chequeo por computadora de su información con otras agencias gubernamentales, tales como el Internal Revenue Service (IRS), la Social Security Administration (SSA) y el Department of Workforce Development (DWD). Además, DHS coincidirá su nombre y SSN con un archivo proporcionado por las compañías de seguros de salud para determinar

si usted tiene otro seguro. Si usted tiene un plan de seguro de salud, SeniorCare coordinará la cobertura de beneficios con su plan.

DIRECCIÓN POSTAL (SECCIÓN III)

Dirección

Escriba la dirección a la que desea recibir información acerca de su inscripción en SeniorCare. Ésta puede ser su dirección actual O BIEN la de su representante, tutor legal o persona apoderada.

Rellene el círculo correspondiente para indicar si la dirección que ingresó en la sección Dirección Postal es su lugar de residencia, es distinta de la de su lugar de residencia o si es la dirección de su representante, tutor legal o persona apoderada.

INGRESO ANUAL ESPERADO (SECCIÓN IV)

La inscripción en SeniorCare se basará en sus ingresos y los de su cónyuge, si usted tiene un cónyuge que vive con usted. Escriba las cantidades de ingresos brutos que espera recibir en los próximos 12 meses. **No** escriba las cantidades mensuales. El ingreso bruto es la cantidad de todo el dinero que ganó antes de que se eliminan los impuestos. El ingreso bruto es la cantidad de todo el dinero que ganó antes de que se saquen los impuestos.

Proporcione su mejor estimado para cada uno de los siguientes tipos de ingresos (redondee al número entero más cercano). Al final de estas instrucciones encontrará una planilla para ayudarle a calcular los ingresos que debe indicar en el formulario de solicitud.

Ingreso bruto de Seguro Social (Total estimado de 12 meses)

Escriba los pagos brutos anuales esperados del Seguro Social para usted y su cónyuge. Incluya las primas de Medicare si éstas se descuentan habitualmente de su cheque de beneficios o mediante cualquier transferencia electrónica de fondos.

Salarios brutos (Total estimado de 12 meses)

Escriba el salario, remuneración, bonificaciones y comisiones brutas anuales estimadas (no incluya las ganancias de trabajos por cuenta propia ni las ganancias de una sociedad) que usted y su cónyuge recibieron de su trabajo. Indique la cantidad antes de que se les aplique cualquier tipo de deducción a sus ganancias. Puede usar su declaración de impuestos o formulario W-2 del año pasado para estimar sus ganancias, tomando en consideración si espera trabajar la misma cantidad, más, o menos, en los próximos 12 meses. **No** utilice sus ingresos brutos ajustados.

Intereses, dividendos y ganancias de capital (Total estimado de 12 meses)

Escriba los intereses, dividendos y ganancias de capital anuales estimados para usted y su cónyuge estiman recibir. Tiene que incluir las cantidades devengadas aun si no recibe ese ingreso. Por ejemplo, se tienen que incluir los intereses devengados por certificados de depósito (CD) que se transfieren directamente al capital del CD.

Ingresos netos de trabajo por cuenta propia (Total estimado de 12 meses)

Especifique el ingreso neto anual por trabajo autónomo estimado tanto de usted como de su cónyuge. El trabajo autónomo incluye alguna actividad agrícola o algún negocio del que usted o su cónyuge sea dueño absoluto/dueña absoluta o comparta con otros. Reste los costos comerciales, las pérdidas comerciales, la depreciación de los activos del negocio y cualquier otra deducción que el IRS le permita tomar de sus ingresos de trabajo por cuenta propia. Puede ver sus impuestos del año pasado

para tener una idea de lo que ganó y lo que se le permitió deducir. Usted no puede usar una pérdida en su trabajo por cuenta propia para compensar otros tipos de ingresos. Una pérdida debe reportarse como cero.

Ingresos de jubilación (Total estimado de 12 meses).

Escriba las cantidades brutas anuales que estima recibir en concepto de pensiones, beneficios de retiro para veteranos de guerra o trabajadores ferroviarios, las porciones sujetas a impuestos de las cuentas de retiro individual (IRA) y las rentas vitalicias (*annuities*) que usted y su cónyuge reciben en forma de pagos periódicos y regulares.

Otros ingresos (Total estimado de 12 meses)

Escriba todos los demás ingresos anuales que usted y su cónyuge esperan recibir. Otros ingresos incluyen asistencia en dinero en efectivo, subsidio por desempleo o compensación laboral, pensión alimenticia, sostén económico e ingresos por alquileres menos los gastos de mantenimiento.

Incluya cualquier ingreso que reciba de un cónyuge que no vive con usted.

NO INCLUYA ingresos que provengan de alguna de las fuentes que se indican a continuación:

- Supplemental Security Income (SSI). El SSI es un programa federal de ingresos suplementarios cuyo objetivo es asistir a personas mayores, ciegas o discapacitadas que tienen poco o nada de dinero.
- Pagos de asistencia en caso de emergencias o catástrofes de importancia.
- Pagos provenientes de una cuenta de desarrollo individual.
- Reembolsos que reciba por gastos en los que haya incurrido mientras trabajaba como voluntario o por gastos relacionados con su trabajo o capacitación.
- Pagos por liquidación de reclamos aprobados por la ley federal para los indios americanos.
- Ingresos o beneficios provenientes de algunos programas especiales, tales como:
 - Homestead Tax Credit (Crédito impositivo para vivienda familiar).
 - Programas de asistencia de combustible de emergencia y energía para personas con bajos ingresos.
 - Programas de servicio comunitario, tales como Retired Senior Volunteer, Service Corporation of Retired Executives y Volunteers in Service to America.
 - Programas de subsidios gubernamentales para alquileres, vivienda o alimentos.
 - Federal Emergency Management Assistance (FEMA).
 - Agent Orange Settlement Funds.
 - Foster Grandparents Program.

Pueden excluirse otros tipos similares de ingresos. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la atención al cliente de SeniorCare al **800-657-2038**.

Gran total (Total estimado de 12 meses – opcional)

Si lo desea, puede indicar el total de las cantidades de todos los ingresos aquí mencionados, pero no es obligatorio hacerlo. Si no lo hace, se lo calcularán cuando el programa SeniorCare reciba su formulario.

FIRMA DEL SOLICITANTE (SECCIÓN V)

El solicitante o su representante tienen que firmar el formulario de solicitud. Si usted es un representante, tutor legal o persona apoderada y ha completado esta solicitud en nombre de otra persona, tiene que firmar en el espacio provisto. **Los formularios que no estén firmados no se procesarán y se le devolverán.**

CUOTA DE INSCRIPCIÓN (SECCIÓN VI)

Si no incluye el pago correcto de la cuota de inscripción con este formulario, su inscripción en SeniorCare podría retrasarse o ser denegada.

Cuota de inscripción adjunta

Si sólo una persona solicita SeniorCare, rellene el círculo correspondiente a **\$30**. Si tanto usted como su cónyuge solicitan SeniorCare, rellene el círculo correspondiente a **\$60**. Adjunte la cantidad exacta de dólares junto con la solicitud completa. El pago se puede realizar por medio de un giro postal, cheque bancario o cheque personal a nombre de “**State of Wisconsin**”. En el cheque o giro postal, debe indicar los nombres de cada persona que solicita SeniorCare. **NO INCLUYA DINERO EN EFECTIVO.** Si usted no puede inscribirse en el programa SeniorCare, se le devolverá la cuota de inscripción en un plazo de 6 a 8 semanas.

Información sobre otros programas

Si está interesado en otros programas, tales como Medicare Premium Assistance o FoodShare Wisconsin comuníquese con la línea de servicios para miembros al **800-362-3002**. El Medicare Savings Program (también conocido como Medicare Premium Assistance) ayuda a las personas elegibles a pagar por el coseguro de Medicare y las primas de la Parte A y Parte B. El FoodShare de Wisconsin ayuda a las personas elegibles a comprar comida. Se necesitará información adicional si usted decide solicitar estos programas.

Para ver si usted puede obtener beneficios de salud, nutrición y otros programas, comuníquese con su agencia local de servicios humanos o sociales de su condado/tribu o visite access.wi.gov. El enlace “¿Soy elegible?” en ACCESS lo lleva a través de una serie de preguntas sobre su grupo familiar, ingresos y facturas. Una vez que termine, ACCESS le dirá si usted podría obtener los beneficios de salud, nutrición y otros programas y como solicitar.

SUS DERECHOS Y DEBERES

Las modificaciones tales como fallecimientos, cambios de dirección (incluso dirección postal), cambios de residencia permanente fuera de Wisconsin y cambios en la composición familiar (matrimonio, divorcio, separación), que le afecten a usted o a su cónyuge deben reportarse a la atención al cliente de SeniorCare al **800-657-2038** dentro de 10 días. Los cambios también pueden ser informados por escrito a:

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

Su firma en la solicitud (Sección V de este formulario) significa que usted autoriza a DHS de Wisconsin a pedir toda información adicional que sea apropiada y necesaria para la correcta administración del programa SeniorCare.

Al firmar la solicitud o si otra persona firma en su nombre, usted acuerda que la información que usted o su representante suministraron es verdadera y exacta. Tanto usted como su representante son responsables por cualquier información suministrada incorrecta o cualquier error cometido. Las sanciones por suministrar información fraudulenta pueden consistir en una multa de un máximo de \$10,000, prisión por un máximo de un año o ambas cosas.

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con alguna acción legal que se inicie con respecto a su solicitud o a los beneficios actuales, usted puede solicitar una audiencia imparcial escribiendo a:

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

El Department of Health Services es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades. Si tiene alguna discapacidad y requiere acceder a esta información en un formato alternativo o en otro idioma, sírvase de llamar al 608-266-3356 (voz) o al 711 (TTY). Los servicios de traducción son gratuitos.

Para presentar una denuncia por discriminación, contacte a:

Civil Rights Compliance Office
Wisconsin Department of Health Services
Office of Affirmative Action and Civil Rights Compliance
201 E. Washington Ave., Room E200B
P.O. Box 7850
Madison, WI 53707-7850

Por teléfono al 608-267-4955 (voz) o al 711 (TTY) o por fax al 608-267-2147

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ¿Está completa la solicitud?
- ¿Usted firmó o hizo que su representante, tutor legal o apoderado firmara la solicitud?
- ¿Incluyo la cuota de inscripción (\$30 por una persona, \$60 si usted y su cónyuge están ambos solicitando)?
- ¿Recordó escribir los nombres de cada persona que solicite en su cheque o giro postal para el pago de la cuota de inscripción?
- ¿Leyó la sección sobre Derechos y deberes?

Envíe la solicitud a:

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

Modelo de planilla para el cálculo de ingresos (Opcional)

Esta planilla tiene por objeto ayudarle a calcular los valores de los ingresos que deben indicar en la solicitud para SeniorCare. Esta hoja de cálculo es suya. En la solicitud de SeniorCare, utilice cantidades enteras en dólares, sin centavos. Consulte la Sección IV de estas instrucciones para ver los tipos de ingresos.

Ingreso bruto de Seguro Social (Gross Social Security)	Solicitante	Cónyuge
1. La cantidad mensual de Seguro Social (incluya transferencias electrónicas de fondos)	\$ _____ x 12 meses = _____	\$ _____ x 12 meses = _____
2. Las primas de Medicare, Parte B (si se descuentan de su cheque)	+ \$ _____ x 12 meses = _____	+ \$ _____ x 12 meses = _____
TOTAL de ingresos brutos de Seguros Social	\$ _____	\$ _____
Salarios brutos (Gross Wages)	Solicitante	Cónyuge
1. Las ganancias mensuales estimadas. Use las cantidades brutas que figuran en la declaración de su salario (antes de la aplicación de impuestos y deducciones).	\$ _____ x 12 meses = _____	\$ _____ x 12 meses = _____
2. Repita este procedimiento para todo tipo de ganancias que reciba.	\$ _____ x 12 meses = _____	\$ _____ x 12 meses = _____
	+ \$ _____ x 12 meses = _____	+ \$ _____ x 12 meses = _____
TOTAL de ingresos brutos	\$ _____	\$ _____

Intereses, dividendos y ganancias de capital (Interest Dividends and Capital Gains)	Solicitante	Cónyuge
<ol style="list-style-type: none"> 1. La cantidad de intereses, dividendos y ganancias de capital que recibe multiplicada por la frecuencia con la que recibe los pagos durante el año. 2. Añada las cantidades descontadas de los pagos tales como impuestos. 3. Repita este procedimiento para todo tipo de intereses, dividendos y ganancias de capital que reciba. 	$\$ \text{_____} \times \text{_____} = \text{_____}$ frecuencia $\$ \text{_____} \times \text{_____} = \text{_____}$ frecuencia $+ \$ \text{_____} \times \text{_____} = \text{_____}$ frecuencia	$\$ \text{_____} \times \text{_____} = \text{_____}$ frecuencia $\$ \text{_____} \times \text{_____} = \text{_____}$ frecuencia $+ \$ \text{_____} \times \text{_____} = \text{_____}$ frecuencia
TOTAL de intereses, dividendos y ganancias de capital	\$ _____	\$ _____
Ingresos netos de trabajo por cuenta propia (Net Self-Employment Income)	Solicitante	Cónyuge
<ol style="list-style-type: none"> 1. El estimado de los ingresos netos mensuales de trabajo por cuenta propia o de los ingresos de una sociedad (<i>partnership income</i>). 2. Repita este paso para todo tipo de ingreso que reciba de trabajos por cuenta propia o participación en sociedades. 	$\$ \text{_____} \times 12 \text{ meses} = \text{_____}$ $\$ \text{_____} \times 12 \text{ meses} = \text{_____}$ $+ \$ \text{_____} \times 12 \text{ meses} = \text{_____}$	$\$ \text{_____} \times 12 \text{ meses} = \text{_____}$ $\$ \text{_____} \times 12 \text{ meses} = \text{_____}$ $+ \$ \text{_____} \times 12 \text{ meses} = \text{_____}$
TOTAL de ingresos netos de trabajo por cuenta propia	\$ _____	\$ _____

Ingresos de jubilación (Retirement Income)	Solicitante	Cónyuge
1. El ingreso de jubilación que recibe multiplicado por la frecuencia con la que recibe ese ingreso.	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia
2. Añada la cantidad descontada de los pagos tales como impuestos o primas de seguro.	+ \$ _____ x _____ = _____ frecuencia	+ \$ _____ x _____ = _____ frecuencia
TOTAL de ingresos de jubilación	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos (Other Income)	Solicitante	Cónyuge
1. Otros ingresos que reciba multiplicados por la frecuencia con la que los recibe.	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia
2. Añada la cantidad descontada de los pagos tales como impuestos o primas de seguro.	+ \$ _____ x _____ = _____ frecuencia	+ \$ _____ x _____ = _____ frecuencia
TOTAL de otros ingresos	\$ _____	\$ _____
GRAN TOTAL (Opcional)	Solicitante	Cónyuge
Sume todos los totales. Redondee sus ingresos al número entero más cercano.	\$ _____	\$ _____