



¿Prefiere las notificaciones en español?  Sí  No

## SOLICITUD

Seleccione una:  Solicitud nueva  Añadir un cónyuge  Solicitud de renovación

### SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

¿Está solicitando SeniorCare?  Sí  No    ¿Es residente de Wisconsin?  Sí  No    ¿Es ciudadano de EE. UU.?  Sí  No    ¿Género?  Hombre  Mujer

Raza/etnia (opcional)  Nativo americano/nativo de Alaska  Hawaiano/de otras islas del Pacífico  Negro/Afroamericano  
*Elija todos los que correspondan*  Blanco  Asiático  Etnia hispana

**Estado civil actual:**  
 Casado  Divorciado  
 Viudo  Separado  
 Soltero

Apellido: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

**Si está casado o separado, usted**  
 Vive con su cónyuge  
 No vive con su cónyuge

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nro. del seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (SI VIVE CON EL SOLICITANTE)

¿Está solicitando SeniorCare?  Sí  No    ¿Es residente de Wisconsin?  Sí  No    ¿Es ciudadano de EE. UU.?  Sí  No    ¿Género?  Hombre  Mujer

Raza/etnia (opcional)  Nativo americano/nativo de Alaska  Hawaiano/de otras islas del Pacífico  Negro/Afroamericano  
*Elija todos los que correspondan*  Blanco  Asiático  Etnia hispana

Apellido: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nro. del seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### SECCIÓN II: DIRECCIÓN POSTAL

Calle: \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
La dirección es:  Igual que la de residencia  Diferente de la de residencia  Dirección de su representante autorizado/tutor legal/poder notarial



#### SECCIÓN IV: INGRESOS ANUALES PREVISTOS (obligatorio)

Para cada uno de los siguientes puntos, indique el total bruto (antes de deducciones) de los ingresos ANUALES previstos para usted y su cónyuge durante los próximos 12 meses.

**REDONDEE EL INGRESO AL DÓLAR MÁS CERCANO: NO INCLUYA CÉNTIMOS**

SOLICITANTE		CÓNYUGE (si vive con el solicitante)	
<b>Seguro social bruto</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]	<b>Seguro social bruto</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]
<b>Salarios brutos</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]	<b>Salarios brutos</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]
<b>Intereses, dividendos y ganancias de capital</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]	<b>Intereses, dividendos y ganancias de capital</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]
<b>Ingreso neto de trabajo autónomo</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]	<b>Ingreso neto de trabajo autónomo</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]
<b>Ingreso de jubilación</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]	<b>Ingreso de jubilación</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]
<b>Otro ingreso</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]	<b>Otro ingreso</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]
<b>Total general</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]	<b>Total general</b>	\$ [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]

#### SECCIÓN V: FIRMA (obligatorio)

Entiendo las preguntas y afirmaciones 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 inmigración de mi cónyuge y mía. Entiendo y acepto presentar documentos que prueben lo que he dicho. Entiendo que la agencia puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y beneficios.

FIRMA: solicitante o representante

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: solicitante o representante

Firma del:  Solicitante  Representante autorizado  Tutor legal  Poder notarial/poder notarial duradero

Solo se requieren las firmas de dos testigos si firma con una "X".

Testigo 1

Testigo 2

#### SECCIÓN VI: TARIFA DE INSCRIPCIÓN (obligatorio)

Tarifa de inscripción adjunta  \$30: un solicitante  
 \$60: dos solicitantes

Haga el cheque o giro postal a nombre de: State of Wisconsin  
(Incluya los nombres de todos los solicitantes en el pago).

Devuelva el formulario de solicitud completo y la tarifa a:

SeniorCare  
PO Box 6710  
Madison, WI 53716-0710

#### SOLO PARA USO DE OFICINA

Ninguno

Otro [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

