



Instructions for Application Form Instrucciones para completar la solicitud

La solicitud para el programa SeniorCare es sólo para aquellas personas que deseen inscribirse en el programa de medicamentos de prescripción médica SeniorCare. Esta solicitud no es válida para ningún otro programa de beneficios.

Si necesita ayuda con este formulario, comuníquese con
la línea directa del Servicio de Atención al Cliente de SeniorCare al 1-800-657-2038
(TTY y servicios de traducción disponibles).

También puede dirigirse a la oficina sobre ancianidad, al Senior Center (centro para personas ancianas) o al centro de recursos para personas ancianas más cercano a su domicilio. Encontrará información disponible en la página de Internet del *Department of Health and Family Services* en: <http://dhfs.wisconsin.gov/seniorcare>.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Se considera como fecha de la solicitud la fecha en la cual el programa SeniorCare recibe la solicitud firmada y completada. La decisión sobre su elegibilidad para ingresar al programa SeniorCare le será enviada dentro de un plazo de 4 a 6 semanas. Las solicitudes incompletas o sin firmar no serán procesadas y serán devueltas.
- Adjunte **\$30** en concepto de cuota de inscripción por cada solicitante (**\$60** si tanto usted como su cónyuge solicitan la inscripción en SeniorCare). Si no se recibe el pago de la cuota de inscripción al momento de presentar la solicitud, la fecha de comienzo de su elegibilidad podrá retrasarse. Si usted no reúne los requisitos para ser aceptado en el programa SeniorCare, se le devolverá el monto de la cuota de inscripción dentro de 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 usted desea autorizar a un representante a solicitar por usted, comuníquese con la línea de Servicio al Cliente de SeniorCare al **1-800-657-2038**. Se le enviará la información y el formulario correspondiente.

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

1. Escriba **CLARAMENTE** en letras **MAYÚSCULAS** de imprenta. 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 adjunte el pago de la cuota de inscripción correspondiente. Si su solicitud está incompleta o contiene errores, un representante del Servicio de Atención al Cliente de SeniorCare tal vez se comunique con usted para pedirle más información. Tenga en cuenta que esto puede causar demoras en el procesamiento de su solicitud para el programa SeniorCare.
3. En la solicitud, suministre información sobre usted y su cónyuge, si su cónyuge vive en la misma casa que usted. **No** incluya información sobre otras personas que vivan en su casa.

Applicant and Spouse Information (Información sobre el solicitante y su cónyuge.) - SECCIÓN I y II La elegibilidad para SeniorCare se basará en sus ingresos y los de su cónyuge, si éste vive con usted. Si su cónyuge vive con usted, complete las partes de la solicitud correspondientes a usted y a su cónyuge, aun cuando él o ella no deseen ingresar al programa SeniorCare. **Recuerde: Sólo deberá completar la parte de la solicitud que dice "Información sobre el cónyuge" en el caso en que su cónyuge viva con usted.** No se consideran los ingresos de otros miembros del hogar para el programa SeniorCare.

Wisconsin Resident (Residentes de Wisconsin)

Usted puede ser elegible para SeniorCare aun si está viviendo temporalmente fuera del estado de Wisconsin, siempre que:

- tenga residencia permanente en el estado de Wisconsin;
- sea considerado un residente de Wisconsin para fines impositivos o
- esté registrado como votante en Wisconsin.

U.S. Citizen (¿Es ciudadano estadounidense?)

Si usted (o su cónyuge que vive con usted) está(n) solicitando SeniorCare y usted(es) no es/son ciudadano(s) estadounidense, adjunte 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.

Race / Ethnicity (Raza/ Origen Étnico) (opcional)

Rellene el círculo que describa en forma más precisa su raza u origen étnico y el de su cónyuge. Esta información es opcional y no se utilizará para determinar su elegibilidad.

Marital Status (Código de estado civil)

Si usted no está casada(o) 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 un cónyuge" (*Living with Spouse*).

Si su cónyuge ya no vive con usted, marque "No vive con un cónyuge" (*Not Living with Spouse*).

Social Security Number (Número de Social Security)

Si tanto usted como su cónyuge solicitan los beneficios de SeniorCare, indique el número de *Social Security* (SSN) de ambos. Si su cónyuge no solicita SeniorCare, no debe ingresar el SSN de él o ella.

Las secciones 49.688 y 49.82(2) de los estatutos de Wisconsin exigen la presentación de información sobre el SSN y de otra información de identificación personal. Si no se proporciona esta información, la solicitud de beneficios puede ser rechazada. La información personal identificable y el SSN serán empleados solamente para la administración del programa SeniorCare.

Su SSN permite un chequeo computarizado de su información con otras agencias gubernamentales tales como Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration (SSA) y el Department of Workforce Development (DWD). Además, el Departamento comparará su nombre y su SSN con un archivo provisto por proveedores de seguros de salud para determinar si tiene otro seguro. Si tiene un plan de seguro de salud, SeniorCare coordinará la cobertura de los beneficios con su plan

Mailing Address (Domicilio postal)- SECCIÓN III

Address (Domicilio)

Escriba el domicilio en el cual desea recibir la información acerca de su elegibilidad para el programa SeniorCare. Éste puede ser su domicilio actual O BIEN el de su representante, tutor legal o apoderado.

Marque el círculo correspondiente para indicar si la dirección que ingresó en la sección Domicilio postal (*Mailing Address*) 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 apoderado.

Expected Annual Income (Ingreso anual anticipado) - SECCIÓN IV La elegibilidad para SeniorCare se basará en sus ingresos y los de su cónyuge, si éste vive con usted. Escriba los ingresos que espera recibir en los próximos 12 meses. **No** escriba montos mensuales.

Realice un cálculo lo más aproximado posible 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.

Gross Social Security (Ingresos brutos de Social Security) (total anual estimado)

Escriba el monto anual de ingresos brutos de *Social Security* que usted y su cónyuge estiman recibir. Incluya las primas de Medicare, si éstas se descuentan habitualmente de su cheque de beneficios o de cualquier transferencia electrónica de fondos.

Gross Wages (Ingresos brutos) (total anual estimado)

Escriba el salario, remuneración, bonificaciones y comisiones brutas anuales que usted y su cónyuge estiman recibir por su trabajo (no incluya ganancias por trabajos independientes ni por participación en sociedades). Indique el monto de sus ingresos antes de que se les aplique cualquier tipo de deducción. Si lo desea, puede revisar su declaración de impuestos o formulario W-2 del año pasado para calcular sus ingresos y luego determinar si prevé recibir aproximadamente el mismo monto en los próximos 12 meses. **No** utilice sus ingresos brutos ajustados.

Interest and Dividends and Capital Gains (Intereses, dividendos y ganancias de capital) (total anual estimado)

Escriba los dividendos, intereses y ganancias de capital anuales que usted y su cónyuge estiman recibir. Debe incluir los montos devengados aun si no recibe ese ingreso. Por ejemplo, debe incluir los intereses devengados por Certificados de Depósito (CD) que se transfieren directamente al capital del CD.

Net Self-Employment Income (Ingresos netos por trabajo independiente) (total anual estimado)

Escriba los ingresos netos anuales por trabajos independientes que usted y su cónyuge estiman recibir. El trabajo independiente incluye actividades agrícolas o un negocio de su propiedad exclusiva, la de su cónyuge o de propiedad compartida con otros. Deduzca los costos de operación de su negocio, las pérdidas, la depreciación de sus activos comerciales y todo otro tipo de deducciones que el IRS le permita realizar de sus ingresos por trabajo independiente. Puede revisar sus impuestos del año pasado para tener una idea de lo que ganó y de lo que estuvo autorizado a deducir.

Retirement Income (Jubilación) (total anual estimado)

Escriba los montos brutos anuales que estima recibir en concepto de pensiones, beneficios de retiro para veteranos de guerra o trabajadores ferroviarios, sus Cuentas de Retiro Individual (*Individual Retirement Accounts*, IRA) y las rentas vitalicias que usted y su cónyuge reciben en forma de pagos periódicos y regulares.

Other Income (Otros ingresos) (total anual estimado)

Escriba todo otro ingreso anual que anticipa que usted y su cónyuge recibirán. Otros ingresos incluyen asistencia en dinero en efectivo, subsidio de desempleo o compensación laboral, pensión alimentaria, sostén económico e ingresos por alquileres menos los gastos de mantenimiento.

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

1. SSI (*Supplemental Security Income*). El SSI es un programa federal de ingresos suplementarios cuyo objetivo es asistir a personas ancianas, ciegas o discapacitadas con bajos ingresos o que no tienen ningún tipo de ingreso.
2. Pagos de asistencia en caso de emergencias o catástrofes de importancia.
3. Pagos provenientes de una Cuenta de Desarrollo Individual (*Individual Development Account*).
4. Reembolsos que reciba por gastos en los que haya incurrido mientras trabajaba como voluntario o por gastos relacionados con su trabajo o capacitación.
5. Pagos por liquidación de reclamos aprobados por la ley federal para los indios americanos.
6. 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* (Programa de voluntarios para personas ancianas jubiladas), *Service Corporation of Retired Executives* (Corporación de servicios para ejecutivos jubilados) y *Volunteers in Service to America* (Voluntarios en servicio para los Estados Unidos);
 - programas de subsidios gubernamentales para alquileres, vivienda o alimentos;
 - Federal Emergency Management Assistance* (Asistencia Federal para el Manejo de Emergencias o “FEMA” por sus siglas en inglés);
 - Agent Orange Settlement Funds* (Fondos de acuerdo de liquidación por daños producidos por “Agent Orange”);
 - Foster Grandparents Program* (Programa de Abuelos Adoptivos).

Pueden excluirse otros tipos similares de ingresos. Si tiene alguna pregunta, llame a la línea directa del Servicio de Atención al Cliente de SeniorCare al 1-800-657-2038.

Grand Total (Total) –opcional- total anual estimado (Opcional)

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

Signature of Applicant (Firma del Solicitante)- SECCIÓN V

El solicitante o su representante debe firmar la solicitud. Si usted es un representante, tutor legal o apoderado y ha completado esta solicitud en nombre de otra persona, debe firmar en el espacio provisto para tal fin. **Los formularios que no estén firmados no serán procesados y serán devueltos.**

Enrollment Fee (Cuota de inscripción)- SECCIÓN VI

Si no se adjunta el pago correspondiente de la cuota de inscripción al presente formulario, tal vez se demore o rechace su elegibilidad para SeniorCare.

Enrollment Fee Enclosed (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 el monto exacto de dólares junto con la solicitud completa. El pago se puede realizar por medio de giro postal, cheque bancario o cheque personal a nombre de “**State of Wisconsin**”. En el cheque o giro postal, debe indicar su SSN y el de su cónyuge, si él o ella también solicita la inscripción en SeniorCare. Si el nombre del solicitante no aparece en el instrumento de pago, escriba el nombre y el SSN del solicitante en el cheque o giro postal. **NO ADJUNTE DINERO EN EFECTIVO**. Si se determina que usted no reúne los requisitos para ser aceptado en el programa SeniorCare, se le devolverá la cuota de inscripción en un plazo de 6 a 8 semanas.

INFORMACIÓN SOBRE OTROS PROGRAMAS

Si usted estuviera interesada(o) en otros programas tales como Medicare Premium Assistance o Foodshare Wisconsin comuníquese con la línea de Atención al Cliente al **1-800-362-3002**. El programa de Medicare Premium Assistance ayuda a personas elegibles a pagar por el co-seguro de Medicare y las primas de Parte A y Parte B. FoodShare Wisconsin ayuda a personas elegibles a comprar comida. Se necesitará información adicional si usted decide solicitar estos programas.

Para ver si usted podría ser elegible para programas de salud, nutrición y otros, comuníquese con su agencia local de servicios humanos o sociales de su condado/tribu o visite <http://access.wisconsin.gov>. Esta es una herramienta en el internet la cual le hará entre 6 y 25 preguntas y tomará unos 15 minutos. Una vez termine, ACCESS le dirá si usted podría ser elegible para programas de salud, nutrición y otros y como solicitar.

SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Si se producen modificaciones tales como fallecimientos, cambios de domicilio postal, cambios de residencia en forma permanente a un estado que no sea Wisconsin y cambios en la composición familiar (matrimonio, divorcio, separación) que puedan afectar tanto a usted como a su cónyuge, se deberá informar a la línea directa del Servicio de Atención al Cliente de SeniorCare al 1-800-657-2038 dentro de los 10 días de producido el cambio.

Su firma en la solicitud (Sección V de este formulario) significa que usted autoriza al *Wisconsin Department of Health and Family Services* (DHFS) 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 lo hace 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 toda información incorrecta suministrada o por errores cometidos. No se aplicarán sanciones por cálculos realizados de buena fe, a condición de que no exista intención alguna de omitir información o de suministrar información incompleta, fraudulenta o engañosa. 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.

Si no está de acuerdo con alguna acción legal que se inicie en relación con su solicitud o los beneficios actuales, tiene el derecho de solicitar una audiencia justa. Para solicitar una audiencia, deberá escribir 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 de servicios y empleador que adhiere a las prácticas de oportunidades igualitarias en el lugar de trabajo. Si usted tiene alguna discapacidad y necesita acceder a esta información en un formato alternativo o en otro idioma, llame al (608) 266-3465 o al (888) 701-1251 (TTY). Los servicios de traducción son gratuitos.

Para presentar una denuncia por discriminación, escriba a:

Civil Rights Compliance Officer
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
Teléfono: (608) 266-9372 (voz) o (888) 701-1251 (TTY) o FAX (608)267-2147

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ¿Completó la solicitud?
- ¿Firmó usted o, en su defecto, su representante, tutor legal o apoderado la solicitud?
- ¿Adjuntó la cuota de inscripción? (\$30 por una persona, \$60 si usted y su cónyuge solicitan la inscripción)
- ¿Recordó escribir su SSN y/o el de su cónyuge en el cheque o giro postal para el pago de la cuota de inscripción?
- ¿Leyó la sección sobre Derechos y Obligaciones?
- 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 debe indicar en la solicitud para SeniorCare. Consérvela. **No** la envíe junto con la solicitud para SeniorCare. En la solicitud para el programa SeniorCare se deben completar todos los campos correspondientes a ingresos. Si usted no tiene un tipo de ingreso determinado, debe escribir un cero donde corresponda en la solicitud para el programa SeniorCare. Utilice montos enteros en dólares, sin centavos. Si desea ver una descripción de los tipos de ingresos, consulte la Sección IV de estas instrucciones.

Ingresos brutos de <i>Social Security</i> (<i>Gross Social Security</i>)	Solicitante (<i>Applicant</i>)	Cónyuge (<i>Spouse</i>)
1. Monto mensual de <i>Social Security</i> : (incluya transferencias electrónicas de fondos)	\$ _____ x 12 meses = _____	\$ _____ x 12 meses = _____
2. Primas de Medicare, Parte B (si se descuentan de su cheque)	+ \$ _____ x 12 meses = _____	+ \$ _____ x 12 meses = _____
TOTAL de Ingresos brutos de <i>Social Security</i>	\$ _____ x 12 meses = _____	\$ _____ x 12 meses = _____
Ingresos brutos (<i>Gross Wages</i>)	Solicitante (<i>Applicant</i>)	Cónyuge (<i>Spouse</i>)
1. Ingresos mensuales estimados. Use el monto bruto que figura 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 ingreso que reciba.	\$ _____ x 12 meses = _____	\$ _____ x 12 meses = _____
	+ \$ _____ x 12 meses = _____	+ \$ _____ x 12 meses = _____
TOTAL de Ingresos brutos	\$ _____ x 12 meses = _____	\$ _____ x 12 meses = _____
Intereses, dividendos y ganancias de capital (<i>Interest Dividends and Capital Gains</i>)	Solicitante (<i>Applicant</i>)	Cónyuge (<i>Spouse</i>)
1. Monto de intereses, dividendos y ganancias de capital que recibe multiplicados por la frecuencia con la que recibe dichos pagos en un año.	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia
2. Añada los montos descontados de los pagos, tales como impuestos.	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia
Repita este procedimiento para todo tipo de intereses, dividendos y ganancias de capital que reciba.	+ \$ _____ x _____ = _____ frecuencia	+ \$ _____ x _____ = _____ frecuencia
TOTAL de Intereses, dividendos y ganancias de capital	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia

Ingresos netos por trabajo independiente (<i>Net Self-Employment Income</i>)	Solicitante (<i>Applicant</i>)	Cónyuge (<i>Spouse</i>)
1. Ingresos netos mensuales estimados por trabajo independiente o participación en sociedades.	\$ _____ x 12 meses = _____	\$ _____ x 12 meses = _____
2. Repita este paso para todo tipo de ingreso que reciba por trabajos independientes o participación en sociedades.	\$ _____ x 12 meses = _____	\$ _____ x 12 meses = _____
	+ \$ _____ x 12 meses = _____	+ \$ _____ x 12 meses = _____
TOTAL de Ingresos netos por trabajo independiente	\$ _____ x 12 meses = _____	\$ _____ x 12 meses = _____
Jubilación (<i>Retirement Income</i>)	Solicitante (<i>Applicant</i>)	Cónyuge (<i>Spouse</i>)
1. Jubilación que recibe multiplicada por la frecuencia con la que recibe dicho ingreso.	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia
2. Añada el monto descontado de los pagos, tales como impuestos o primas de seguro.	+ \$ _____ x _____ = _____ frecuencia	+ \$ _____ x _____ = _____ frecuencia
TOTAL de Jubilación	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia
Otros ingresos (<i>Other Income</i>)	Solicitante (<i>Applicant</i>)	Cónyuge (<i>Spouse</i>)
1. Otros ingresos que reciba multiplicados por la frecuencia con la que los recibe.	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia
2. Añada el monto descontado de los pagos, tales como impuestos o primas de seguro.	+ \$ _____ x _____ = _____ frecuencia	+ \$ _____ x _____ = _____ frecuencia
TOTAL de Otros ingresos	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia	\$ _____ x _____ = _____ frecuencia
TOTAL (Opcional) (GRAND TOTAL [Optional])	Solicitante (<i>Applicant</i>)	Cónyuge (<i>Spouse</i>)
Suma todos los totales. Redondee sus ingresos al número entero más cercano.	\$ _____	\$ _____