инструкции по заполнению формы заявления

Форма заявления SeniorCare предназначена только для лиц, обращающихся с просьбой о приеме в программу SeniorCare Prescription Drug Program. Эта форма не предназначена для заявлений о приеме в другие льготные программы.

За помощью в заполнении этой формы обращайтесь по телефону
SeniorCare Customer Service Hotline: 1-800-657-2038
(телетайп и услуги переводчика предоставляются).

Помощь также может быть оказана в Вашем местном офисе по работе с людьми преклонного возраста, в Центре для людей пожилого возраста или в справочном центре для престарелых. Department of Health and Family Services также предоставляет необходимую информацию на вебсайте: http://www.dhfs.state.wi.us/seniorcare/index.htm.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- Датой подачи заявления считается датаполучения заполненного и подписанного заявления сотрудниками программы SeniorCare. Решение о возможности Вашего участия в программе Senior Care будет выслано Вам по почте в течение 4-6 недель. Не полностью заполненные или неподписанные заявления не будут рассматриваться и будут возвращены.
- Вложите $30 на каждого заявителя (вступительный взнос в программу) ($60, если Вы и Ваша жена обращаетесь с просьбой о приеме в программу SeniorCare). Дата Вашего вступления в программу может быть отложена, если вступительный взнос не будет получен одновременно с заявлением. Если Вам будет отказано в приеме в программу SeniorCare, то Ваш вступительный взнос будет возвращен в течение 6-8 недель.
- Заполните, подпишите и отошлите по почте заявление с приложенным вступительным взносом по адресу, указанному на бланке заявления.

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЭТОЙ ФОРМОЙ

1. Пишите печатными буквами РАЗБОРЧИВО, используя ЗАГЛАВНЫЕ буквы. Пользуйтесь ТОЛЬКО синими или черными чернилами. Отметьтьте, полностью зарисовав чернилами, кружки рядом с соответствующими ответами.

Отмечайте кружки так →	●	Не так	→	(X)	или (√)

2. Заполните обе стороны заявления и приложите соответствующий вступительный взнос. Если Ваше заявление неправильно или не полностью заполнено, представитель SeniorCare Customer Service может обратиться к Вам за дополнительной информацией. Это может повлечь за собой задержку в обработке Вашего заявления.
3. В заявлении укажите Ваши данные и данные Вашего супруга(и) (если супруг(а) живет вместе с Вами). **Не указывайте** данные о других членах Вашей семьи.

4. Если Вы хотите, чтобы Ваш представитель заполнил заявление вместо Вас, обратитесь в SeniorCare Customer Service Hotline по телефону: **1-800-657-2038.** Вам будет выслана соответствующая форма заявления и информация.
5. Ничего не пишите в разделе «Office Use Only» на странице 2. Не делайте никаких пометок вне кружков и полей, предназначенных для информации.

Указать Тип прошения на верху формы – Новое заявление/добавить супругу(а)/повторное заявление (Ометьте только один кружок):

- Новое заявление – Отметьте этот кружок, если ни Вы, ни Ваш(а) супруг(а) на данный момент не пользуетесь услугами SeniorCare и это Ваше первое или новое прошение об оказании услуг SeniorCare.
- Добавить супругу(а) – Отметьте этот кружок, если Вы являетесь членом программы SeniorCare и обращаетесь с новым прошением о возможности получения услуг SeniorCare для Вашего/Вашей супруга(и). (Нет необходимости отмечать этот кружок, если Вы и Ваш супруг(а) первый раз одновременно обращаетесь с прошением о возможности получения услуг программы.)
- Повторное заявление (Особые обстоятельства)
  Отметьте этот кружок, если с Вами и/или Вашим супругом(ой) произошло что-то, что меняет информацию, предоставленную Вами в Вашем первом прошении. Возможность предоставления Вам услуг будет рассматриваться на основании Ваших новых данных, и будет определен новый 12-ти месячный период пользования льготами. Подобными обстоятельствами могут быть следующие:

  -Вступление в брак или развод.
  -Уменьшение дохода.
  -Супруг(а) теперь проживает с Вами.
  -Супруг(а) теперь не проживает с Вами.

  Примечание: При подаче повторного заявления каждый проситель должен заплатить всупительный взнос заново.

<u>РАЗДЕЛЫ I и II – Данные о заявителе и его/ее супруге</u> - решение о возможности Вашего участия в программе SeniorCare будет приниматься на основании данных о Вашем доходе и доходе Вашей(го) супруги(а), если супруг(а) проживает вместе с Вами. Если супруг(а) проживает вместе с Вами, заполните разделы заявления, относящиеся к Вам **и** Вашей (му) супруге(у), даже если супруг(а) не требует предоставления услуг программы SeniorCare. **Помните: Раздел заявления «Информация о супруге» должен быть заполнен только в том случае, если супруг(а) проживает вместе с Вами.** Доход других членов семьи при рассмотрении заявления на прием в программу SeniorCare не учитывается.

Прошение о предоставлении услуг программы SeniorCare
Отметьте кружок «Да», если Вы обращаетесь с просьбой о приеме в программу SeniorCare или «Нет», если не обращаетесь. Отметьте кружок «Да», если Ваш(а) супруг(а) обращается с просьбой о приеме в программу SeniorCare или «Нет», если не обращается.

Постоянный житель Висконсина
Отметьте «Да», если Вы являетесь постоянным жителем Висконсина или «Нет», если не являетесь. Отметьте «Да», если Ваш(а) супруг(а) является постоянным жителем Висконсина или «Нет», если не является. Вы можете соответствовать условиям, необходимым для получения услуг SeniorCare, даже если Вы временно живете за пределами штата Висконсин, в случае, если:

- У Вас имеется постоянное место жительства в Висконсине.
- Вы платите налоги как житель Висконсина, или
- Вы являетесь зарегистрированным избирателем штата Висконсин.

Гражданство США
Отметьте «Да», если Вы являетесь гражданином США или «Нет», если не являетесь. Отметьте «Да», если Ваш(а) супруг(а) является гражданином США или «Нет», если не является. Если Вы отметили «Нет» в пункте, относящемся к Вам, или в пункте, относящемся к Вашему(ей) супругу(е), то может потребоваться дополнительная информация.

Пол
Отметьте кружок «Мужской» или «Женский».

Раса (Необязательно)
Отметьте кружок, который лучше всего отражает расовую и этническую принадлежность Вас и Вашего(ей) супруга(и). Эта информация необязательна, и она не будет использоваться при принятии решения о том, будут Вам предоставляться услуги программы или нет.

- **Американские индейцы/аборигены Аляски**
- **Белая раса**= Белые, не латиноамериканского происхождения
- **Жители Гавайев и других Тихоокеанских островов**
- **Азиатская** = японцы, китайцы, корейцы, индийцы, пакистанцы, шри-ланкийцы, бангладешцы, тибетцы, непальцы, бутанцы, афганцы, турки, хмонгцы, лаосцы, вьетнамцы, кампучийцы, таиландцы, бирманцы, индонезийцы, малазийцы, филиппинцы
- **Черная раса/Афро-американцы**
- **Латиноамериканская** = лица латиноамериканского происхождения независимо от расы

Семейное положение
Отметьте кружок рядом с полем, соответствующим на данный момент Вашему семейному положению. Если Вы женаты/замужем или разведены, тогда или отметьте кружок «Проживаю с супругом(ой)» (если Ваш(а) супруг(а) проживают с Вами), или «не проживаю с супругом(ой)» (если Ваш(а) супруг(а) не проживает с Вами).

Имя
Напишите печатными буквами фамилию, имя и отчество, Вас и Вашего(ей) супруга(и).

День рождения
Укажите Ваш день рождения и день рождения Вашего(ей) супруга(и). Указывая день рождения, цифрами напишите месяц, день и год. Например, 23 февраля 1912 года должно быть указано следующим образом:

0	2	/	2	3	/	1	9	1	2

Social Security Number
Если и Вы, и Ваш(а) супруг(а) подаете заявление об оказании услуг SeniorCare, пожалуйста, укажите Ваш Social Security Number (SSN) и SSN Вашего(ей) супруга(и). Если Ваш(а) супруг(а) не подает заявления об оказании услуг SeniorCare, Вы не обязаны указывать его/ее SSN.

SSN и другая личная идентифицирующая информация требуются, согласно Wisconsin Statutes, разделы 49.688 и 49.82(2). Непредоставление данной информации может повлечь за собой отказ в рассмотрении

Вашего заявления на получение льгот. Эта информация будет использоваться только для административных целей SeniorCare Program.

Кроме того, Департамент сравнит Ваше имя и SSN с информацией, предоставленной компаниями по страхованию здоровья для того, чтобы выяснить, есть ли у Вас другие страховки. Если у Вас есть медицинская страховка, SeniorCare будет согласовывать предоставление своих льгот с Вашей страховкой.

РАЗДЕЛ III - Почтовый адрес

Адрес
Укажите адрес (печатными буквами), по которому Вы бы хотели получить информацию, касающуюся результата рассмотрения Вашего заявления об оказании услуг программы SeniorCare. Это может быть Ваш домашний адрес ИЛИ адрес Вашего представителя, официального опекуна или лица, действующего на основании доверенности.

Телефон
Укажите Ваш 10-ти значный телефонный номер (включая код города) или номер Вашего представителя, официального опекуна, или лица, действующего на основании доверенности, если он/она подписали прошение от Вашего имени.

Это адрес
Отметьте кружок, который показывает, является ли адрес, указанный Вами в разделе «Почтовый адрес», адресом Вашего проживания, адресом, отличным от адреса Вашего проживания или адресом Вашего представителя, официального опекуна, или лица, действующего на основании доверенности.

РАЗДЕЛ IV – Ожидаемый годовой доход - решение о возможности Вашего участия в программе SeniorCare будет приниматься на основании данных о Вашем доходе и доходе Вашей(го) супруги(а), если супруг(а) проживает вместе с Вами. Укажите ожидаемый в течение ближайших 12 месяцев доход. **Не указывайте** месячные суммы.

Если Вы или Ваш(а) супруг(а) получаете Supplemental Security Income (SSI), при вычислении годового дохода не учитывайте доход лица, получающего SSI. SSI – это федеральная программа дополнительного дохода, созданная для помощи престарелым, слепым и инвалидам, у которых маленький доход или доход вообще отсутствует. Она предоставляет деньги для обеспечения минимальных потребностей в пище, одежде, крове, а также покрывает расходы на медицинские услуги.

Укажите наиболее вероятную, на Ваш взгляд, сумму каждого из следующих видов дохода (округлите до доллара): В конце данной инструкции прилагается лист с перечнем видов дохода, чтобы помочь Вам подсчитать доход, который Вы должны указать в форме заявления.

Валовая сумма пособия Social Security (ожидаемая общая сумма за 12 месяцев)
Укажите ожидаемую валовую сумму пособия Social Security, на Вас и Вашего(ей) супруга(и), включая в расчеты страховые взносы Medicare, если они удерживаются из Вашего льготного чека или электронного перевода денежных средств.

Валовая сумма заработка (ожидаемая общая сумма за 12 месяцев)
Укажите ожидаемую валовую сумму заработной платы, вознаграждений, и комиссий, полученных в результате Вашей работы и работы Вашей(го) супруги(а) (не включайте сюда доход, полученный в результате частной предпринимательской деятельности или партнерства). Укажите сумму до вычетов из заработка. Вы можете посмотреть на форму W-2 за прошлый год или на налоговый возврат прошлого года, чтобы определить, ожидаете ли Вы заработать столько же, больше или меньше в течение

следующих 12 месяцев. **Не используйте сумму** скорректированного валового дохода.

Проценты, дивиденды и доходы с капитала (ожидаемая общая сумма за 12 месяцев)
Укажите ожидаемый годовой процент, дивиденды и доходы с капитала, Ваши и Вашего(ей) супруга(и). Вы должны включить заработанные суммы, даже если Вы их не получили. Например, должен быть указан процент, полученный по срочному вкладу Certificate of Deposit (CD) и прибавленный к основной сумме вклада.

Сумма чистой прибыли от частной предпринимательской деятельности (ожидаемая общая сумма за 12 месяцев)
Укажите ожидаемую сумму чистой годовой прибыли от частной предпринимательской деятельности, Вашу и Вашего(ей) супруга(и). Частная предпринимательская деятельность включает в себя фермерство или бизнес, которым Вы или Ваш(а) супруг(а) владеете единолично или вместе с другими людьми. Из дохода, полученного в ходе частной предпринимательской деятельности, следует исключить себестоимость, накладные расходы, бизнес-потери, амортизацию бизнес-собственности и любые другие вычеты, которые IRS разрешает учитывать при подсчете дохода от частной предпринимательской деятельности. Вам стоит посмотреть на налоги прошлого года, чтобы понять, сколько Вы заработали и что позволяется вычесть.

Пенсионный доход (ожидаемая общая сумма за 12 месяцев)
Укажите ожидаемую валовую сумму пенсионных выплат, пенсионных пособий для ветеранов и железнодорожников, налогооблагаемую часть индивидуальных пенсионных счетов (Individual Retirement Accounts, IRAs) и ежегодные ренты, приносящие регулярный, периодический доход, для Вас и Вашего(ей) супруга(и).

Другие виды дохода (ожидаемая общая сумма за 12 месяцев)
Укажите все другие виды ожидаемого годового дохода для Вас и Вашего(ей) супруга(и). Другие виды дохода включают: денежную помощь, такую, как пособие по безработице и компенсации сотрудникам, алименты, вспомогательные выплаты и доход от ренты за вычетом накладных расходов. Не учитывайте доход, полученный от SSI.

НЕ УЧИТЫВАЙТЕ суммы, которые Вы можете получить из любого из нижеперечисленных источников дохода:

- SSI (Supplemental Security Income).
- Вспомогательные суммы, полученные, как помощь при катастрофах и чрезвычайных ситуациях.
- Выплаты со счета персонального развития.
- Компенсации, которые Вы можете получить в качестве возмещения затрат, связанных с помощью, оказываемой на добровольной основе, или с обучением, или с работой.
- Платежи по урегулированным претензиям, утвержденные федеральным законом для коренных жителей Америки.
- Доход или льготы от некоторых специальных программ, включая:
  - Homestead Tax Credit.
  - Программы энергетической помощи малоимущим и помощи на отопительные нужды при чрезвычайных ситуациях.
  - Общинные программы обслужиания, такие как Retired Senior Volunteer program, Service Corporation of Retired Executives и Volunteers in Service to America.
  - Субсидированные государством программы на арендную плату, жилье или пищу.
  - Federal Emergency Management Assistance (FEMA).
  - Agent Orange Settlement Funds.
  - The Foster Grandparents Program.

Другие подобные виды дохода также могут подлежать исключению. Если у Вас есть вопросы, пожалуйста, звоните в SeniorCare Customer Service Hotline по телефону: 1-800-657-2038.

Общая сумма (ожидаемая общая сумма за 12 месяцев) (Необязательно**)**
Вы можете указать здесь общую сумму всех доходов, но это не является обязательным требованием. Если Вы не укажете общую сумму, она будет для Вас рассчитана, когда Ваше заявление будет получено программой SeniorCare Program.

РАЗДЕЛ V - Подпись

Подпись заявителя или его представителя
Заявитель или его представитель должны поставить свою подпись на заявлении. Если Вы хотите, чтобы Ваш представитель заполнил заявление вместо Вас, обратитесь в SeniorCare Customer Service Hotline по телефону: 1-800-657-2038. Вам будет выслана соответствующая форма заявления и информация. Если Вы являетесь представителем, официальным опекуном, лицом, действующим на основании доверенности, заполнившим заявление от чьего–то имени, то Вы должны поставить свою подпись в отведенном для этого месте. **Неподписанные заявления не будут рассматриваться и будут Вам возвращены.**

Имя (печатными буквами)
Напишите (печатными буквами) имя лица, поставившего на заявлении свою подпись.

Подпись
Отметьте кружок, соответствующий описанию лица, которое поставило свою подпись на строке «Подпись заявителя или его полномочного представителя».

Подпись – Свидетель 1 и Свидетель 2
Подписи двух свидетелей требуются только в том случае, если заявитель ставит крестик (X) вместо подписи.

РАЗДЕЛ VI – Вступительный Взнос

Если соответствующий вступительный взнос не будет приложен к этому заявлению, Вам могут отказать во вступлении в программу SeniorCare или отложить дату Вашего приема.

Каким должен быть прилагаемый вступительный взнос
Отметьте кружок $30, если с заявлением обращается только один человек. Отметьте кружок $60, если с прошением об оказании услуг SeniorCare обращаетесь и Вы, и Ваш(а) супруг(а). Приложите к заполненному заявлению соответствующую сумму. Вы можете заплатить денежным ордером, банковским чеком или персональным чеком, выписанным на **«State of Wisconsin»**. На чеке или денежном ордере также должны быть указаны Ваши имя и SSN, и SSN Вашего(ей) супруги, если он(а) тоже обращается с заявлением об оказании услуг SeniorCare. Если имя заявителя не указано на платеже, напишите его имя и SSN на чеке или денежном ордере. **НЕ ВКЛАДЫВАЙТЕ НАЛИЧНЫЕ ДЕНЬГИ**. Если ответ на Ваше заявление об участии в программе SeniorCare будет отрицательным, то Ваш вступительный взнос будет возвращен в течение 6-8 недель.

ВАШИ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

О таких событиях, как смерть, изменение почтового адреса, переезд на постоянное место жительства за пределы Висконсина, и изменение состава семьи (вступление в брак/развод/раздельное проживание), которые затрагивают Вас и/или Вашего(у) супруга(у), Вы должны сообщать в течение 10 дней по телефону SeniorCare

Customer Service Hotline: 1-800-657-2038.

Ставя свою подпись или подпись лица, действующего от Вашего имени, Вы подтверждаете, что предоставленная Вами или Вашим представителем информация правдива и точна. Вы и Ваш представитель несете ответственность за неверную или ошибочную информацию. Вы не будете наказаны за ошибки при добросовестной оценке (своих доходов и т.п.), если только Вы намеренно не пропустили важной информации и не предоставили вводящей в заблуждение, ложной или недостаточной информации. Наказанием за предоставление ложной информации может быть штраф не более чем на сумму $10 000 или тюремное заключение на срок до одного года, или и то, и другое.

Ваша подпись на заявлении (раздел V данной формы) уполномачивает Wisconsin Department of Health and Family Services запрашивать любую необходимую дополнительную информацию, связанную с Вашим обслуживанием в SeniorCare Program.

Вы имеете право потребовать Fair Hearing, если Вы не согласны с любыми предпринятыми действиями, касающимися Вашего заявления или предоставленных льгот. Вы можете потребовать Fair Hearing, написав по следующему адресу:

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

DHFS является работодателем и сервис-провайдером, который предоставляет всем равные условия. Если Вы являетесь инвалидом и нуждаетесь в предоставлении Вам информации в альтернативном формате или в ее переводе на другой язык, пожалуйста, позвоните: (608) 266-3465 или (608) 266-2555 (телетайп). Все услуги по переводу бесплатны.

Чтобы подать жалобу о дискриминации, обратитесь в:

Wisconsin Department of Health and Family Services
Affirmative Action and Civil Rights Compliance Office
1 W. Wilson Street, Room 561
P.O. Box 7850
Madison, WI 53707-7850
Телефон (608) 266-9372 или (608) 266-2555 (телетайп), или (608)267-2147 (факс)

КОНТРОЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ

- ☐ Заполнено ли заявление полностью?
- ☐ Поставили ли Вы или Ваш представитель, официальный опекун, лицо, действующее на основании доверенности, свою подпись на заявлении?
- ☐ Приложили ли Вы вступительный взнос? ($30 на одного человека, $60 - если с прошением обращаетесь Вы и Ваш(а) супруг(а)).
- ☐ Не забыли ли Вы написать на чеке или денежном ордере, предназначенном для оплаты вступительного взноса, Ваш SSN и/или SSN Вашего(ей) супруги?
- ☐ Прочитали ли Вы раздел «Ваши Права и Обязанности»?
- ☐ Пошлите форму заявления по адресу:

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

Пример таблицы для расчета дохода (необязательно)

Эта таблица может помочь Вам в подсчете сумм доходов, которые Вы должны указать в заявлении на прием в программу SeniorCare. Эта таблица останется у Вас. **Не посылайте** ее вместе с заявлением на прием в программу SeniorCare. В заявлении на прием в программу SeniorCare должны быть заполнены все поля, относящиеся к доходу. Если данный вид дохода отсутствует, в графе, отведенной для этого вида, должен быть поставлен ноль. Введите сумму, округленную до ближайшего доллара, центы не указывайте. Описание видов дохода смотрите в разделе IV инструкции.

Валовая сумма пособия Social Security	Заявитель	Супруг(а)
1. Месячная сумма Social Security (включая электронные переводы денег)	$_____ x 12 месяцев =_____	$_____ x 12 месяцев = _____
2. Взнос части Б (Part B) Medicare (если он удерживается из Вашего чека)	+ $_____ x 12 месяцев = _____	+ $_____ x 12 месяцев = _____
ОБЩАЯ валовая сумма пособия Social Security	$_____ x 12 месяцев = _____	$_____ x 12 месяцев = _____
Валовая сумма заработка	**Заявитель**	**Супруг(а)**
1. Ожидаемая сумма дохода в месяц. Используйте валовую сумму, указанную на Ваших платежных ведомостях (до налогов и вычетов).	$_____ x 12 месяцев = _____	$_____ x 12 месяцев = _____
2. Повторите для всех видов дохода, которые Вы можете получить.	$_____ x 12 месяцев = _____	$_____ x 12 месяцев = _____
	$_____ x 12 месяцев = _____	$_____ x 12 месяцев = _____
ОБЩАЯ валовая сумма заработка	$_____ x 12 месяцев = _____	$_____ x 12 месяцев = _____
Дивидендные проценты и доходы с капитала	**Заявитель**	**Супруг(а)**
1. Сумма дивидендов, процентов и доходов с капитала, умноженная на частоту платежей в течение года.	$_____ x _____ = _____ частота платежей	$_____ x _____ = _____ частота платежей
2. Прибавьте суммы, удержанные из платежей, такие, как налоги.	$_____ x _____ = _____ частота платежей	$_____ x _____ = _____ частота платежей
Повторите для всех видов дохода с капитала, дивидендов и процентов, которые Вы получаете.	+ $_____ x _____ = _____ частота платежей	+ $_____ x _____ = _____ частота платежей
ОБЩАЯ сумма дивидендов, процентов и доходов с капитала	$_____ x _____ = _____ частота платежей	$_____ x _____ = _____ частота платежей

Чистый доход от частной предпринимательской деятельности	Заявитель	Супруг(а)
1. Ожидаемая сумма чистой прибыли от частной предпринимательской или партнерской деятельности**.**	$_____ x 12 месяцев = _____	$_____ x 12 месяцев = _____
2. Повторите для всех видов дохода от частной предпринимательской или партнерской деятельности, которые Вы получаете.	$_____ x 12 месяцев = _____ + $_____ x 12 месяцев = _____	$_____ x 12 месяцев = _____ + $_____ x 12 месяцев = _____
ОБЩАЯ сумма чистого дохода от частной предпринимательской деятельности	$_____ x 12 месяцев = _____	$_____ x 12 месяцев = _____
Пенсионный доход	**Заявитель**	**Супруг(а)**
1. Сумма получаемого Вами пенсионного дохода, умноженная на частоту, с которой Вы получаете этот доход.	$_____ x _____ = _____ частота получения	$_____ x _____ = _____ частота получения
2. Прибавьте суммы, удержанные из дохода, такие, как налоги или страховые взносы.	+ $_____ x _____ = _____ частота получения	+ $_____ x _____ = _____ частота получения
ОБЩАЯ сумма пенсионного дохода	$_____ x _____ = _____ частота получения	$_____ x _____ = _____ частота получения
Другие виды дохода	**Заявитель**	**Супруг(а)**
1. Сумма других получаемых Вами видов дохода, умноженная на частоту, с которой Вы получаете этот доход.	$_____ x _____ = _____ частота получения	$_____ x _____ = _____ частота получения
2. Прибавьте суммы, удержанные из дохода, такие, как налоги или страховые взносы.	+ $_____ x _____ = _____ частота получения	+ $_____ x _____ = _____ частота получения
ОБЩАЯ сумма других видов дохода	$_____ x _____ = _____ частота получения	$_____ x _____ = _____ частота получения
ОБЩАЯ ИТОГОВАЯ СУММА (Необязательно)	**Заявитель**	**Супруг(а)**
Сложите все суммы. Округлите сумму дохода до ближайшего доллара.	$ _____	$ _____