

Programy oszczędnościowe Medicare

(Medicare Savings Programs)

Program Wisconsin Medicaid może pomóc Ci pokryć niektóre koszty, jeżeli kwalifikujesz się do dołączenia do Medicare Savings Program (Programu oszczędnościowego Medicare). Medicare Savings Programs (Programy oszczędnościowe Medicare) są przeznaczone dla tych, którzy otrzymują świadczenia Medicare i mają ograniczone policzalne dochody oraz majątek. Zobacz tabele dotyczące tych limitów dochodów i aktywów.

Jeżeli kwalifikujesz się do programu, Medicaid może pokryć część lub wszystkie Twoje koszty bezpośrednie opieki zdrowotnej Medicare Części A (koszty związane z pobytem w szpitalu), Części B (koszty związane z opieką lekarską) lub [Części B-ID](#) (pokrycie kosztów leków immunosupresyjnych dla osób z zaawansowaną niewydolnością nerek, których Medicare skończył się po upływie 36 miesięcy od przeszczepu nerki), w zależności od programu oraz tego, jakie świadczenia Medicare się otrzymuje.

Qualified Medicare Beneficiary (Kwalifikujący się beneficjent Medicare) (QMB)

Pierwszego dnia miesiąca po zaaprobowaniu zgłoszenia Medicaid wypłaca składki ubezpieczeniowe, odliczenia i koasekurację Medicare Części A i B oraz Części B-ID, jeżeli spełnione są **wszystkie** poniższe wymagania:

- Przysługują Ci świadczenia Medicare Części A lub Części B-ID.
- Masz policzalne aktywa na poziomie lub poniżej limitu programu.
- Masz policzalny miesięczny dochód na lub poniżej 100% federal poverty level (poziomu ubóstwa w kraju) (FPL) po zastosowaniu określonych kredytów.

Specified Low-Income Medicare Beneficiary (Określony beneficjent Medicare o niskich dochodach) (SLMB)

Do trzech miesięcy przed datą zgłoszenia, Medicaid wypłaca składki Medicare Części B lub Części B-ID, jeżeli spełnione są **wszystkie** poniższe kryteria:

- Przysługują Ci świadczenia Medicare Części A lub Części B-ID.
- Masz policzalne aktywa na poziomie lub poniżej limitu programu.
- Masz policzalny miesięczny dochód między 100% a 120% FPL po zastosowaniu pewnych kredytów.

Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (Określony beneficjent Medicare Plus o niskich dochodach) (SLMB+)

Do trzech miesięcy przed datą zgłoszenia, Medicaid wypłaca składki Medicare Części B lub Części B-ID, jeżeli spełnione są **wszystkie** poniższe kryteria:

- Przysługują Ci świadczenia Medicare Części A lub Części B-ID.
- Masz policzalne aktywa na poziomie lub poniżej limitu programu.
- Masz policzalny miesięczny dochód między 120% a 135% FPL po zastosowaniu pewnych kredytów.
- Nie jesteś zapisany do Medicaid z pełnymi świadczeniami, programu Family Planning Only Services (Usług związanych wyłącznie z planowaniem rodziny) lub Tuberculosis-Related Only Services (Usług związanych wyłącznie z gruźlicą).

Qualified Disabled and Working Individual (Wykwalifikowana osoba niepełnosprawna i pracująca) (QDWI)

Do trzech miesięcy przed datą złożenia zgłoszenia, Medicare wypłaca składki Części A, jeżeli spełnione są **wszystkie** poniższe kryteria:

- Jesteś osobą niepełnosprawną i zatrudnioną.
- Masz prawo do Medicare: Część A.
- Masz policzalne aktywa na poziomie lub poniżej limitu programu.
- Masz policzalny miesięczny dochód mniejszy niż 200% FPL po zastosowaniu określonych kredytów.
- Nie jesteś zarejestrowany w Medicaid.

Limity miesięcznych dochodów w 2024 r.*

| Wielkość grupy | 100% FPL | 120% FPL | 135% FPL | 200% FPL |
|----------------|------------|------------|------------|------------|
| 1 | \$1,255.00 | \$1,506.00 | \$1,694.25 | \$2,510.00 |
| 2 | \$1,703.33 | \$2,044.00 | \$2,299.50 | \$3,406.66 |

Limity aktywów na 2024 r.*

| Wielkość grupy | Limit aktywów QMB, SLMB, SLMB+ | Limit aktywów QDWI |
|----------------|--------------------------------|--------------------|
| 1 | \$9,430 | \$4,000 |
| 2 | \$14,130 | \$6,000 |

*Nie wszystkie Twoje dochody i aktywa będą brane pod uwagę przy ustalaniu, czy możesz zapisać się do Medicare Savings Program (Programu oszczędnościowego Medicare). Limity dochodów i aktywów mogą zmieniać się każdego roku. Aby poznać obecne limity dochodów i aktywów, zadzwoń pod numer 800-362-3002 lub wejdź na stronę www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/fpl.htm.

Możesz już otrzymywać świadczenia z Medicare Savings Program (Programu oszczędnościowego Medicare)

Medicaid powinien już pokrywać koszty Medicare Części A i B (czyli nie musisz aplikować po świadczenia z Medicare savings program [Programu oszczędnościowego Medicare]), jeżeli otrzymujesz świadczenia Medicare i Medicaid i dotyczy Cię któreś z poniższych kryteriów:

- Jesteś zarejestrowany w programie Supplemental Security Income (Zapomóg Uzupełniających) (SSI).
- Byłeś zarejestrowany w programie SSI, ale utraciłeś je z jednego z poniższych powodów:
 - Otrzymałeś Old Age Survivors Disability Insurance (Ubezpieczenie na wypadek niepełnosprawności dla osób starszych) (OASDI).
 - Jesteś niepełnosprawnym dorosłym dzieckiem rodziców, którzy zmarli lub stali się niepełnosprawni, co spowodowało, że otrzymujesz podwyższoną lub wstępną płatność z Social Security (Ubezpieczeń społecznych), co uniemożliwiło Ci pobieranie zasiłku SSI.
 - Jesteś niepełnosprawnym lub starszym współmałżonkiem osoby, która zmarła, co spowodowało, że otrzymujesz świadczenie z Social Security (Ubezpieczeń społecznych), które uniemożliwiło Ci pobieranie SSI.

Kiedy rozpoczną się płatności?

Jeżeli przysługuje Ci członkostwo w Medicare savings program (Programie oszczędnościowym Medicare), płatności rozpoczną się przynajmniej dwa miesiące po zgłoszeniu. Czas ten jest potrzebny na dostosowanie płatności przez Medicaid Wisconsin, Medicare oraz Social Security Administration (Administrację ubezpieczeń społecznych).

Jeżeli jesteś osobą z niepełnosprawnością lub potrzebujesz uzyskać dostęp do tych informacji w innym formacie lub w przekładzie na inny język, skontaktuj się z numerem 844-201-6870 (głos) lub 711 (TTY). Wszystkie usługi tłumaczeniowe są bezpłatne. W przypadku pytań w kwestii praw obywatelskich, zadzwoń pod numer 608 267-4955 (głos) lub 711 (TTY).

Kiedy Medicaid zacznie opłacać Twoje koszty Medicare, wysokość Twoich świadczeń z Social Security (Ubezpieczeń społecznych) wzrośnie, a Ty otrzymasz zawiadomienie z Social Security Administration (Administracji ubezpieczeń społecznych). Social Security Administration (Administracja ubezpieczeń społecznych) zwróci wszelkie opłaty poczynione po dacie, w której dołączyłeś do Medicare Savings Program (Programu oszczędności Medicare).

Jak złożyć wniosek

Wniosek można złożyć online na stronie access.wi.gov, telefonicznie, pocztą lub osobiście w lokalnej agencji. Aby znaleźć adres lub numer telefonu swojej agencji, przejdź na stronę www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm lub zadzwoń do obsługi członkowskiej pod numer 800-362-3002. Twoja agencja może również wysłać Ci aplikację i odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące aplikacji lub tych programów.

Pytania

Wisconsin oferuje różnorodne zasoby, które pomagają beneficjentom Medicare poznać opcje i rozwiązać problemy związane z ich świadczeniami z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Te zasoby są opłacane przez federalny [State Health Insurance Assistance Program \(Stanowy program wsparcia ubezpieczeń zdrowotnych\) \(SHIP\)](#). Po więcej informacji:

- Zadzwoń na infolinię Wisconsin Medigap pod numer 800-242-1060.
- Odwiedź www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/index.htm, aby znaleźć specjalistę ds. świadczeń, który obsługuje Twoje hrabstwo lub Plemię.

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services postępuje zgodnie z obowiązującymi federalnymi prawami obywatelskimi i nie dopuszcza się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność bądź płeć. Department of Health Services nie wyklucza żadnych osób i nie stosuje różnego traktowania ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność bądź płeć.

Department of Health Services:

- Zapewnia bezpłatną pomoc i usługi osobom niepełnosprawnym w celu umożliwienia skutecznej komunikacji, na przykład:
 - Wykwalifikowanych tłumaczy języka migowego.
 - Informacje na piśmie w różnych formatach (duży druk, audio, dostępne formaty elektroniczne, inne formaty).
- Zapewnia bezpłatne usługi językowe dla osób, dla których angielski nie jest pierwszym językiem, na przykład:
 - Wykwalifikowanych tłumaczy.
 - Informacje na piśmie w innych językach.

Jeżeli chcesz skorzystać z tych usług, skontaktuj się z Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Jeżeli uważasz, że Department of Health Services nie świadczy tych usług lub w inny sposób dopuszcza się dyskryminacji ze względu na rasę, koloru skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność bądź płeć, możesz złożyć skargę do: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, faks: 608-267-1434, dhsccrc@dhs.wisconsin.gov. Skargę można złożyć osobiście, za pośrednictwem poczty tradycyjnej, elektronicznej lub faksu. Jeżeli potrzebujesz pomocy w złożeniu skargi, Department of Health Services civil rights coordinator może w tym pomóc.

Skargę obywatelską można również złożyć w U.S. Department of Health and Human Services (Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych), Office for Civil Rights (Biuro Praw Obywatelskich), drogą elektroniczną za pośrednictwem Office for Civil Rights Complaint Portal na stronie <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, pocztą tradycyjną lub dzwoniąc pod numer telefonu:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Formularze skarg są dostępne na stronie <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711). | Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kannscht du ebber griegie as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711). |
| Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711). | ລາວ (Laotian) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711). |
| 繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。 | Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711). |
| Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711). | Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711). |
| العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711). | हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें। |
| Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711). | Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711). |
| 한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. | Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711). |
| Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711). | Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711). |