

Medicare Savings Programs

El programa Medicaid de Wisconsin puede ayudar a pagar por ciertos costos de Medicare si usted califica para inscribirse en un Medicare Savings Program. Los Medicare Savings Programs son para aquellas personas que reciben los beneficios de Medicare y que tienen ingresos y activos contables limitados. Consulte la tabla para los límites de ingresos y activos.

Si es elegible para inscribirse en un Medicare Savings Program, Medicaid puede pagar parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por la Parte A de Medicare (costos relacionados con el hospital) y B (costos relacionados con el médico), según el programa.

Medicare Savings Programs

Qualified Medicare Beneficiary (QMB)

El primer día del mes después de que su solicitud es aprobada, Medicaid paga por las primas, deducibles y coseguro de Medicare Parte A y B si **todas** las siguientes aplican:

- Usted tiene derecho a Medicare Parte A.
- Usted tiene activos contables iguales o inferiores a los límites del programa.
- Usted tiene ingresos mensuales contables iguales o inferiores al 100% del nivel federal de pobreza (FPL en inglés) después de aplicados ciertos créditos.

Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)

Hasta tres meses antes de la fecha de la solicitud, Medicare paga por las primas del Medicare Parte B si **todas** las siguientes aplican:

- Usted tiene derecho a Medicare Parte A.

- Usted tiene activos contables iguales o inferiores a los límites del programa.
- Usted tiene ingresos mensuales contables entre los 100% y 120% del nivel federal de pobreza después de aplicados ciertos créditos.

Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+)

Hasta tres meses antes de la fecha de la solicitud, Medicare paga por las primas del Medicare Parte B si **todas** las siguientes aplican:

- Usted tiene derecho a Medicare Parte A.
- Usted tiene activos contables iguales o inferiores a los límites del programa.
- Usted tiene ingresos mensuales contables entre 120% y 135% del FPL después de que se aplican ciertos créditos.
- Usted no está inscrito en un Medicaid, Family Planning Only Services o Tuberculosis-Related Only Services con beneficios completos.

Qualified Disabled and Working Individual (QDWI)

Hasta tres meses antes de la fecha de la solicitud, paga por las primas de la Parte A si **todas** las siguientes aplican:

- Usted está discapacitado y empleado.
- Usted tiene derecho a Medicare Parte A.
- Usted tiene activos contables iguales o inferiores a los límites del programa.
- Usted tiene ingresos mensuales contables inferiores al 200% del FPL después de que se aplican ciertos créditos.
- Usted no está inscrito en Medicaid.

*Límites de ingresos netos mensuales para 2018

Tamaño del grupo	100% del FPL	120% del FPL	135% del FPL	200% del FPL
1	\$1,011.67	\$1,214.00	\$1,365.75	\$2,023.34
2	\$1,371.67	\$1,646.00	\$1,851.75	\$2,743.34

*Límite de activos para 2019

*QMB, SLMB, SLMB+		QDWI	
Tamaño del grupo	Límite de activos	Tamaño del grupo	Límite de activos
1	\$7,730	1	\$4,000
2	\$11,600	2	\$6,000

*No todos sus ingresos y activos se tomarán en cuenta para determinar si usted se puede inscribir en un Medicare Savings Program. Los límites en los ingresos y activos pueden variar cada año. Para saber las cantidades de ingresos actuales, llame al 800-362-3002 o vaya a www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/fpl.htm.

Usted quizás ya recibe los beneficios de Medicare Savings Program

Medicaid debe ya pagar por el costo de su Medicare Parte A y B (esto quiere decir que usted no necesita aplicar para los beneficios de un Medicare Savings Program) si usted recibe Medicare y Medicaid y cualquiera de lo siguiente aplica a usted:

- Usted está inscrito en el Supplemental Security Income (SSI).
- Estaba inscrito en SSI pero lo perdió por una de las siguientes razones:
 - Usted recibía Old Age Survivors Disability Insurance (OASDI).
 - Usted es el hijo adulto discapacitado de padres que fallecieron o quedaron discapacitados, lo que causó el

aumento o pago inicial del Social Security que hizo que usted no pueda recibir SSI.

- Usted es una persona discapacitada o el conyugue en edad avanzada de una persona que falleció, lo que causó que recibiera los beneficios de Social Security y esto hizo que no pueda recibir SSI.

¿Cuándo comienzan los pagos?

Si usted califica para inscribirse en un Medicare Savings Program, espere al menos dos meses para que los pagos comiencen. Este es el tiempo necesario para los ajustes de pagos hechos por Medicaid, Medicare y la Social Security Administration de Wisconsin.

Cuando Medicaid comience a pagar por sus costos de Medicare, su cheque de Seguro Social aumentará y usted recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. La Social Security Administration le dará un reembolso por cualquier pago que usted haya hecho después de la fecha en que fue inscrito en un Medicare Savings Program.

Cómo solicitar

Usted puede hacer su solicitud en access.wi.gov, por teléfono, por correo o en persona con su agencia local. Para encontrar la dirección o número de teléfono de su agencia, vaya a www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm o llame a Servicios para Miembro al 800-362-3002. Su agencia también puede enviarle una solicitud y responder a cualquier pregunta que usted tenga sobre la solicitud o los programas.

Preguntas

Wisconsin ofrece una variedad de recursos para ayudar a los beneficiarios de Medicare a entender las opciones y a resolver los problemas relacionados con sus beneficios de seguro de salud. Estos recursos son financiados a través del State Health Insurance Assistance Program (SHIP) federal. Para más información:

- Llame al Wisconsin Medigap Helpline al 800-242-1060.
- Visite www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/index.htm para localizar a un especialista en beneficio que sirva en su condado o tribu.

Si usted tiene una discapacidad y desea acceder esta información en un formato alterno, o la necesita traducida a otro idioma, favor de llamar al 608-266-3356 (voz) o al 711 (TTY). Todos los servicios de traducción son gratuitos. Para preguntas sobre los derechos civiles, llame al 608-266-9372 (voz) o al 711 (TTY).

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

Wisconsin Department of Health Services cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Department of Health Services no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

The Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <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 Deutsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kantscht du ebber griege 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).	ພາສາລາວ (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) HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlos ein Sprachen-Service zur Verfügung. Tel.: +1 844-201-6870 (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).