

# Medicare-Sparprogramme

(Medicare Savings Programs)

Das Medicaid-Programm von Wisconsin kann sich an bestimmten Kosten beteiligen, wenn Sie zur Teilnahme an einem Medicare Savings Program (Medicaid-Sparprogramme) berechtigt sind. Medicare Savings Program (Medicare-Sparprogramme) sind für Personen gedacht, die Medicare-Leistungen erhalten und nur über ein begrenztes anrechenbares Einkommen und Vermögen verfügen. Die Einkommens- und Vermögensgrenzen sind den Tabellen zu entnehmen.

Wenn Sie zur Aufnahme berechtigt sind, kann Medicaid einen Teil oder die gesamten Kosten für Medicare Teil A (krankenhausbezogene Kosten), Teil B (arztbezogene Kosten) oder [Teil B-ID](#) (Deckung von immunsuppressiven Medikamenten für Menschen mit terminaler Niereninsuffizienz, deren Medicare 36 Monate nach einer Nierentransplantation) endete übernehmen, je nach Programm und den Medicare-Leistungen, die Sie erhalten.

## Qualified Medicare Beneficiary (Geeigneter Leistungsempfänger) (QMB)

Am ersten Tag des Monats nach der Bewilligung Ihres Antrags zahlt Medicaid die Prämien für Medicare Teil A und B oder Teil B-ID, die Selbstbeteiligung und die Mitversicherung, wenn **alle** der folgenden Punkte zutreffen:

- Sie haben Anspruch auf Medicare Teil A oder Teil B-ID.
- Ihr anrechenbares Vermögen liegt bei oder unter der Programmgrenze.
- Ihr anrechenbares monatliches Einkommen liegt bei oder unter 100 % der federal poverty level (bundesstaatlichen Armutsgrenze) (FPL), nachdem bestimmte Gutschriften angewendet wurden.

## Specified Low-Income Medicare Beneficiary (Spezieller Leistungsempfänger mit geringem Einkommen) (SLMB)

Bis zu drei Monate vor dem Antragsdatum zahlt Medicaid die Prämien für Medicare Teil B oder Teil B-ID, wenn **alle** der folgenden Punkte zutreffen:

- Sie haben Anspruch auf Medicare Teil A oder Teil B-ID.
- Ihr anrechenbares Vermögen liegt bei oder unter der Programmgrenze.
- Sie verfügen über ein anrechenbares monatliches Einkommen zwischen 100 % und 120 % der FPL nach Anwendung bestimmter Gutschriften.

## Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (Spezieller Leistungsempfänger mit geringem Einkommen +) (SLMB+)

Bis zu drei Monate vor dem Antragsdatum zahlt Medicaid die Prämien für Medicare Teil B oder Teil B-ID, wenn **alle** der folgenden Punkte zutreffen:

- Sie haben Anspruch auf Medicare Teil A oder Teil B-ID.
- Ihr anrechenbares Vermögen liegt bei oder unter der Programmgrenze.
- Sie haben ein anrechenbares monatliches Einkommen zwischen 120 % und 135 % der FPL nach Anwendung bestimmter Kredite.
- Sie sind nicht für Medicaid mit vollem Leistungsumfang, nur für Family Planning Only Services (Familienplanungsleistungen) oder nur für Tuberculosis-Related Only Services (tuberkulosebezogene Leistungen) eingeschrieben.

## Qualified Disabled and Working Individual (Geeignete behinderte Werktätige) (QDWI)

Bis zu drei Monate vor dem Antragsdatum zahlt Medicaid die Prämien für Teil A, wenn **alle** der folgenden Punkte zutreffen:

- Sie sind eingeschränkt und werktätig.
- Sie haben Anspruch auf Medicare Teil A.
- Ihr anrechenbares Vermögen liegt bei oder unter der Programmgrenze.
- Sie haben ein anrechenbares monatliches Einkommen von weniger als 200 % der FPL nach Anwendung bestimmter Gutschriften.
- Sie sind nicht in Medicaid eingeschrieben.

## 2025 Monatliche Einkommensobergrenzen\*

Gruppen-größe	100 % der FPL	120 % der FPL	135 % der FPL	200 % der FPL
1	\$1,304	\$1,565.00	\$1,760.63	\$2,608.34
2	\$1,762.50	\$2,115.00	\$2,379.38	\$3,525.00

## 2025 Asset-Limits\*

Gruppen-größe	QMB, SLMB, SLMB+ Asset-Limit	QDWI Asset-Limit
1	\$9,660	\$4,000
2	\$14,470	\$6,000

\*Bei der Entscheidung, ob Sie sich für ein Medicare Savings Program (Sparprogramm) anmelden können, werden nicht alle Ihre Einkünfte und Vermögenswerte berücksichtigt. Die Einkommens- und Vermögensgrenzen können sich jedes Jahr ändern.

Die aktuellen Einkommens- und Vermögensgrenzen erfahren Sie unter der Rufnummer 800-362-3002 oder auf [www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/fpl.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/fpl.htm).

### Möglicherweise erhalten Sie bereits Leistungen aus dem Medicare Savings Program (Medicare-Sparprogramm)

Wenn Sie Medicare und Medicaid erhalten und einer der folgenden Punkte auf Sie zutrifft, sollte Medicaid bereits Ihre Kosten für Medicare Teil A und B übernehmen (d. h. Sie müssen keine Leistungen aus dem Medicare Savings Program (Medicare-Sparprogramm) beantragen):

- Sie sind für das Supplemental Security Income (Ergänzende Sozialhilfe) (SSI) Programm angemeldet.
- Sie waren für die SSI angemeldet, haben diese aber aus einem der folgenden Gründe verloren:
  - Sie erhielten eine Old Age Survivors Disability Insurance (Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung) (OASDI).
  - Sie sind das behinderte erwachsene Kind von Eltern, die verstorben sind oder arbeitsunfähig wurden, so dass Sie eine erhöhte oder erste SSI erhielten und somit keine Sozialhilfe mehr bekommen konnten.
  - Sie sind der behinderte oder ältere Ehegatte einer Person, die verstorben ist, so dass Sie eine SSI erhalten haben, aufgrund derer Sie keine Sozialhilfe beziehen können.

### Wann werden die Zahlungen beginnen?

Wenn Sie für die Teilnahme an einem Medicare Savings Programs (Medicare-Sparprogramm) berechtigt sind, sollten Sie mindestens zwei Monate warten, bis die Zahlungen beginnen. Dies ist die Zeit, die für die Anpassung der Zahlungen durch Wisconsin Medicaid, Medicare und die Social Security Administration (Sozialversicherungsanstalt) benötigt wird.

Wenn Medicaid beginnt, Ihre Medicare-Kosten zu übernehmen, erhöht sich Ihre Social Security Payment (Sozialversicherungszahlung), und Sie erhalten einen Bescheid von der Social Security Administration (Sozialversicherungsanstalt). Die Social Security Administration (Sozialversicherungsanstalt) erstattet Ihnen alle Zahlungen, die Sie nach dem Datum der Einschreibung in ein Medicare Savings Programs (Medicare-Sparprogramm) geleistet haben.

### Wie Sie einen Antrag stellen können

Sie können den Antrag online unter [access.wi.gov](http://access.wi.gov), per Telefon, per Post oder persönlich bei Ihrer örtlichen Behörde stellen. Die Adresse oder Telefonnummer Ihrer Agentur finden Sie unter [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) oder rufen Sie den Mitgliederservice unter 800-362-3002 an. Ihre Agentur kann Ihnen auch einen Antrag zusenden und alle Fragen zum Antrag oder zu diesen Programmen beantworten.

### Fragen

Wisconsin bietet eine Vielzahl von Ressourcen, die Medicare-Begünstigten dabei helfen, ihre Optionen zu verstehen und Probleme im Zusammenhang mit ihren Krankenversicherungsleistungen zu lösen. Diese Mittel werden über das bundesweite SHIP-Programm [State Health Insurance Assistance Program \(Staatliches Krankenversicherungshilfsprogramm\)](#) finanziert. Für weitere Informationen:

- Rufen Sie die Medigap-Helpline von Wisconsin unter 800-242-1060 an.
- Besuchen Sie [www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/index.htm), um einen Leistungsspezialisten zu finden, der für Ihren Bezirk oder Stamm zuständig ist.

Wenn Sie eine Behinderung haben und diese Informationen in einem alternativen Format benötigen oder in eine andere Sprache übersetzt werden sollen, wenden Sie sich bitte an 844-201-6870 (Voice) oder 711 (TTY). Alle Übersetzungsdienstleistungen werden kostenlos angeboten. Bei Fragen zu den Bürgerrechten rufen Sie bitte 608 267-4955 (Voice) oder 711 (TTY) an.

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

Das Wisconsin Department of Health Services (Gesundheitsministerium) beachtet die geltenden föderalen Grundrechtsgesetze und diskriminiert nicht aufgrund von Rasse, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht (einschließlich Schwangerschaft, Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung). Das Department of Health Services (Gesundheitsministerium) schließt keine Personen aufgrund ihrer Rasse, Hautfarbe, nationalen Herkunft, Alters, Behinderung oder Geschlechts aus oder behandelt sie anders.

Department of Health Services:

- Bietet kostenlose Hilfe und Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung zur effektiven Kommunikation, wie z. B.:
  - Qualifizierte Gebärdensprachen-Dolmetscher.
  - Schriftliche Informationen in anderen Formaten (große Ausdrücke, Audio, zugängliche elektronische Formate, sonstige Formate). fax
- Bietet kostenlose Sprachdienste für Menschen, deren Hauptsprache nicht Englisch ist, wie z. B.: TTY
  - Qualifizierte Dolmetscher.
  - Schriftliche Informationen in anderen Sprachen.

Sollten Sie diese Dienstleistungen benötigen, so wenden Sie sich an Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Sollten Sie der Ansicht sein, dass Department of Health Services es versäumte, diese Dienstleistungen anzubieten, oder auf sonstige Weise aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht diskriminierte, so können Sie eine Beschwerde einreichen bei: 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, [dhsarc@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsarc@dhs.wisconsin.gov). Sie können eine Beschwerde persönlich oder per Post, Fax oder E-Mail einreichen. Sollten Sie Hilfe beim Einreichen einer Beschwerde benötigen, so steht Ihnen Department of Health Services civil rights coordinator gerne zur Verfügung.

Sie können ebenfalls eine Menschenrechtsbeschwerde einreichen bei: Department of Health and Human Services (U.S.-Gesundheitsministerium), Office for Civil Rights (Amt für Bürgerrechte), elektronisch über das Office for Civil Rights Complaint Portal, zugänglich über <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, oder per Post oder telefonisch an:

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)

Beschwerdeformulare sind verfügbar unter <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

<b>Español (Spanish)</b> ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Deutsch (Pennsylvania Dutch)</b> Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetztscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
<b>Hmoob (Hmong)</b> 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).	<b>ພາສາລາວ (Laotian)</b> ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>繁體中文 (Traditional Chinese)</b> 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)。	<b>Français (French)</b> ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
<b>Deutsch (German)</b> ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Polski (Polish)</b> UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>العربية (Arabic)</b> ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	<b>हिंदी (Hindi)</b> 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।
<b>Русский (Russian)</b> ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	<b>Shqip (Albanian)</b> KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>한국어 (Korean)</b> 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	<b>Tagalog (Tagalog – Filipino)</b> 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).
<b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b> 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).	<b>Soomaali (Somali)</b> 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).