Программы сбережений Medicare

(Medicare Savings Programs)

Программа Medicaid штата Wisconsin может помочь оплатить определенные расходы за обслуживание Medicare, если вы имеете право стать участником Medicare Savings Program (программы сбережений Medicare). Medicare Savings Programs (Программы сбережений Medicare) предназначены для тех, кто получает льготы по программе Medicare и имеет ограниченный исчисляемый доход и активы. См. таблицы этих ограничений по уровню дохода и активов.

Если вы имеете право на регистрацию, Medicaid может оплатить часть или все ваши наличные расходы на Medicare, Часть A (расходы, связанные с больницей), Часть B (расходы, связанные с врачом) или Часть B-ID (покрытие иммунодепрессантов лекарства для людей с терминальной стадией почечной недостаточности, чья программа Medicare закончилась через 36 месяцев после трансплантации почки) в зависимости от программы и получаемых льгот Medicare.

Qualified Medicare Beneficiary (получатель льгот по программе Medicare, соответствующий требованиям) (QMB)

В первый день месяца после одобрения вашего заявления Medicaid выплачивает страховые взносы, франшизы и совместное страхование по Части A и B или Части B-ID программы Medicare, если применимы **все** условия, указанные ниже:

- Вы имеете право на участие в Части A программы Medicare или Части B-ID.
- У вас есть исчисляемые активы, размер которых находится в пределах или ниже лимита, установленного программой.
- У вас есть исчисляемый ежемесячный доход на уровне 100% от federal poverty level (федерального уровня бедности) (FPL) или ниже после применения определенных льгот.

Specified Low-Income Medicare Beneficiary (указанный получатель льгот по программе Medicare с низким уровнем дохода) (SLMB)

За три месяца до даты подачи заявления Medicaid оплачивает страховые взносы по Части B или Части B-ID программы Medicare, если выполняются **все** условия, указанные ниже;

- Вы имеете право на участие в Части A программы Medicare или Части B-ID.
- У вас есть исчисляемые активы, размер которых находится в пределах или ниже лимита, установленного программой.
- У вас есть исчисляемый ежемесячный доход в пределах от 100% до 120% от FPL после применения определенных льгот.

Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (указанный получатель льгот по программе Medicare Plus с низким уровнем дохода) (SLMB+)

За три месяца до даты подачи заявления Medicaid оплачивает страховые взносы по Части B или Части B-ID программы Medicare, если выполняются **все** условия, указанные ниже:

- Вы имеете право на участие в Части A программы Medicare или Части B-ID.
- У вас есть исчисляемые активы, размер которых находится в пределах или ниже лимита, установленного программой.
- У вас есть исчисляемый ежемесячный доход в пределах от 120 % до 135 % от FPL после применения определенных льгот.
- Вы являетесь участником программы Medicaid, которому предоставляется не полный спектр услуг, вам не предоставляются услуги программ Family Planning Only Services (услуги только по планированию семьи) или Tuberculosis-Related Only Services (услуги, связанные только с лечением туберкулеза).

Qualified Disabled and Working Individual (соответствующий требованиям инвалид и трудоустроенное физическое лицо) (QDWI)

За три месяца до даты подачи заявления Medicaid оплачивает страховые взносы по Части A, если выполняются **все** условия, указанные ниже;

- Вы инвалид и трудоустроены.
- Вы имеете право на участие в Части A программы Medicare.
- У вас есть исчисляемые активы, размер которых находится в пределах или ниже лимита, установленного программой.
- У вас есть исчисляемый ежемесячный доход ниже 200% от FPL после применения определенных льгот.
- Вы не участвуете в программе Medicaid.

Лимиты по уровню ежемесячного дохода на 2025 год*

Размер группы	100% от FPL	120% от FPL	135% от FPL	200% от 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

Лимиты размера активов на 2025 год*

Размер группы	QMB, SLMB, SLMB+ Лимит активов	QDWI Лимит активов
1	$9,660	$4,000
2	$14,470	$6,000

*Не все ваши доходы и активы будут учитываться при принятии решения о том, можете ли вы зарегистрироваться в Medicare Savings Program (программе сбережений Medicare). Лимиты по уровню доходов и размеру активов могут изменяться каждый год. Чтобы узнать о текущих лимитах уровня доходов и размера активов, позвоните по телефону 800-362-3002 или перейдите по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/fpl.htm.

Возможно, вы уже получаете льготы по Medicare Savings Program (программе сбережений Medicare)

Программа Medicaid уже должна оплачивать ваши расходы по Части A и Части B программы Medicare (это означает, что вам не нужно подавать заявку на получение льгот по Medicare Savings Program (программе сбережений Medicare)), если вы получаете льготы по программе Medicare и Medicaid и к вам относится одно из условий, указанных ниже:

- Вы являетесь участником программы Supplemental Security Income (дополнительный социальный доход) (SSI).
- Вы были зарегистрированы в программе SSI, но выбыли из программы по одной из указанных ниже причин:
  - Вы получали Old Age Survivors Disability Insurance (страховка по инвалидности в связи с пожилым возрастом) (OASDI).
  - Вы являетесь взрослым ребенком-инвалидом родителей, которые умерли или стали инвалидами, в результате чего вы получаете повышенную или первоначальную выплату по Social Security (социальному обеспечению), из-за чего не можете получать пособие SSI.
  - Вы являетесь инвалидом или пожилым супругом человека, который умер, в результате чего вы получали пособие по Social Security (социальному обеспечению), из-за этого вы не можете получать пособие SSI.

Когда начнутся выплаты?

Если вы имеете право на участие в Medicare Savings Program (программе сбережений Medicare), вам нужно подождать не менее двух месяцев, прежде чем начнутся выплаты. Это время, которое необходимо программе Medicaid штата Wisconsin, программе Medicare и Social Security Administration (Управлению социального обеспечения) для корректировки платежей.

Когда Medicaid начнет оплачивать ваши расходы по программе Medicare, ваши выплаты по Social Security (социальному обеспечению) увеличатся, и вы получите уведомление от Social Security Administration (Управления социального обеспечения). Social Security Administration (Управление социального обеспечения) возместит вам любые платежи, которые вы сделали после даты, когда были зарегистрированы в Medicare Savings Program (программе сбережений Medicare).

Как подать заявку

Вы можете подать заявку через Интернет на сайте access.wi.gov, по телефону, по почте или лично в местном отделении. Чтобы найти адрес или номер телефона вашего отделения, перейдите по ссылке www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 800-362-3002. Ваше отделение также может отправить вам заявку и ответить на любые вопросы, которые у вас могут возникнуть по поводу заявки или этих программ.

Вопросы

Штат Wisconsin предлагает различные ресурсы, чтобы помочь участникам программы Medicare понять, какие есть варианты, и решить проблемы, связанные с их льготами по медицинскому страхованию. Эти ресурсы финансируются через федеральную программу State Health Insurance Assistance Program (программа государственной помощи в области медицинского страхования) (SHIP). Для получения дополнительной информации:

- Позвоните в службу поддержки Wisconsin Medigap по телефону 800-242-1060;
- Посетите сайт www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/index.htm, чтобы найти специалиста по льготам, который обслуживает ваш округ или племя.

Если у вас есть инвалидность и вам необходимо получить доступ к этой информации в другом формате или требуется перевод на другой язык, позвоните по номеру 844-201-6870 (голосовой вызов) или 711 (телетайп). Все услуги по переводу предоставляются бесплатно. По вопросам гражданских прав звоните по номеру 608 267-4955 (голосовой вызов) или 711 (телетайп).

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs
Wisconsin Department of Health Services (Департамент здравоохранения) соблюдает действующие федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола (включая беременность, гендерную идентичность и сексуальную ориентацию). Department of Health Services (Департамент здравоохранения) не исключает людей и не относится к ним иным образом из-за расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола.

Department of Health Services:

- Для эффективного взаимодействия предоставляет безвозмездную помощь и оказывает услуги людям с ограниченными возможностями, а именно:
  - услуги квалифицированных сурдопереводчиков.
  - письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио формат, доступные электронные форматы, прочие форматы).
- письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио формат, доступные электронные форматы, прочие форматы):
  - услуги квалифицированных переводчиков.
  - письменную информацию на других языках.

письменную информацию на других языках Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Если вы считаете, что в Department of Health Services вам не предоставили указанных услуг или иным образом дискриминировали вас по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу: 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, факс: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. Вы можете подать жалобу лично или отправить по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь в подаче жалобы, вам поможет Department of Health Services civil rights coordinator.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в U.S. Department of Health and Human Services (Министерство здравоохранения и социальных служб США), Office for Civil Rights (Управление по гражданским правам), в электронном виде через Office for Civil Rights Complaint Portal, доступный по ссылке: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, по почте или по телефону:

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)

Бланки жалобы доступны по адресу: 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).	**Deitsch (Pennsylvania Dutch)** Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, 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).
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)** ຊົນຊາບ: 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 laguu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).