Medicare 储蓄项目
(Medicare Savings Programs)

如果您有资格参与 Medicare Savings Program（Medicare 储蓄项目），Wisconsin's Medicaid 项目也许能帮助支付某些费用。 Medicare Savings Program（Medicare 储蓄项目）专为接受 Medicare 福利且可计算收入和资产有限的人士而设。有关此类收入和资产限制，请参见表格。

如果您有资格参与项目，Medicaid 可能为您支付部分或全部自付费用，包含 Medicare 第 A 部分（住院相关费用）、第 B 部分（ 医生相关费用）或第 B-ID 部分（Medicare 为终末期肾病患者提供的免疫抑制药物承保范围在肾移植后 36 个月结束 ），具体取决于项目以及您接受的 Medicare 福利。

Qualified Medicare Beneficiary（Medicare 合格受益人，QMB）

在您的申请获准后的下个月首日，如果符合以下所有条件，Medicaid 将支付 Medicare 第 A 部分和第 B 部分或第 B-ID 部分保费、免赔额和共同保险：

- 您有资格享受 Medicare 第 A 部分或第 B-ID 部分。
- 您拥有等于或低于项目限制的可计算资产。
- 在申请某些特定抵扣额后，您的可计算月收入等于或低于 federal poverty level（联邦贫困线，FPL）的 100%。

Specified Low-Income Medicare Beneficiary（Medicare 特定低收入受益人，SLMB）

在您的申请日期前三个月内，如果符合以下所有条件，Medicaid 将支付 Medicare 第 B 部分或第 B-ID 部分保费：

- 您有资格享受 Medicare 第 A 部分或第 B-ID 部分。
- 您拥有等于或低于项目限制的可计算资产。
- 在申请某些特定抵扣额后，您的可计算月收入处于 FPL 的 100% 和 120% 之间。

Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus（Medicare 特定低收入受益人+，SLMB+）

在您的申请日期前三个月内，如果符合以下所有条件，Medicaid 将支付 Medicare 第 B 部分或第 B-ID 部分保费：

- 您有资格享受 Medicare 第 A 部分或第 B-ID 部分。
- 您拥有等于或低于项目限制的可计算资产。
- 在申请某些特定抵扣额后，您的可计算月收入处于 FPL 的 120% 和 135% 之间。
- 您并非全额接收 Medicaid 福利、Family Planning Only Services（仅限计划生育服务）或 Tuberculosis-Related Only Services（仅限结核病相关服务）。

Qualified Disabled and Working Individual（合格残疾和工作人员，QDWI）

在申请日期的前三个月，如果符合以下所有条件，Medicaid 将支付第 A 部分保费：

- 您是残疾人，且处于受雇状态。
- 您有权享受 Medicare A 部分。
- 您拥有等于或低于项目限制的可计算资产。
- 在申请某些特定抵扣额后，您的可计算月收入低于 FPL 的 200%。
- 您未参加 Medicaid。

2025 年月收入限制*

群组规模	FPL 的 100%	FPL 的 120%	FPL 的 135%	FPL 的 200%
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 年资产限制*

群组规模	QMB, SLMB, SLMB+ 资产限制	QDWI 资产限制
1	$9,660	$4,000
2	$14,470	$6,000

*在决定您是否可以参加 Medicare Savings Program（Medicare 储蓄项目）时，并非所有收入和资产均会计算在内。收入和资产限制每年都可能有所变化。有关当前收入和资产限制，请致电 800-362-3002 或前往 www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/fpl.htm.

您可能已在享受 Medicare Savings Program（Medicare 储蓄项目）的福利

如果您已接受 Medicare 和 Medicaid，且符合以下任一条件，Medicaid 应已支付 Medicare 第 A 部分和第 B 部分费用（即您无需申请 Medicare Savings Program (Medicare 储蓄项目) 福利)：

- 您已参加 Supplemental Security Income（补充保障收入，SSI）计划。
- 您已注册 SSI，但由于以下原因失去资格：
  - 您已接受 Old Age Survivors Disability Insurance（老年遗属伤残保险，OASDI）。
  - 您是父母去世或致残的残疾成年子女，由此获得了更多或初始的 Social Security（社会保障金）款项，该情况致使您无法参加 SSI。
  - 您是去世人员的残疾或老年配偶，由此获得 Social Security（社会保障金）福利，该情况致使您无法参加 SSI。

何时开始支付款项?

如果您有资格参与 Medicare Savings Program（Medicare 储蓄项目）， 请至少在两个月内开始付款。Wisconsin Medicaid、Medicare 和 Social Security Administration（社会保障管理局）需要时间调整支付额。

当 Medicaid 开始支付您的 Medicare 费用时，您的 Social Security（社会保障金）款项将增加，且您将收到 Social Security Administration（社会保障管理局）的通知。如果您在参与 Medicare Savings Program（Medicare 储蓄项目）后支付了额外款项，Social Security Administration（社会保障管理局）会将这些款项退还给您。

如何申请

您可以访问 access.wi.gov 在线申请，也可以通过电话、邮件或亲自前往当地机构进行申请。如需查找负责机构的地址或电话号码，请访问 www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm，或致电会员服务处 800-362-3002。此外，负责机构还可以向您发送申请表，并解答您对该申请或此类计划可能存在的任何疑问。

问题

Wisconsin 提供各种资源，以帮助 Medicare 受益人了解多种可选方案，并解决与健康保险福利相关的问题。这些资源通过 State Health Insurance Assistance Program （联邦健康保险援助计划，SHIP） 提供资金。如需了解更多信息：

- 请致电 Wisconsin Medigap 热线：800-242-1060。
- 访问 www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/index.htm 以找到为您所在县或社区服务的福利专员。

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

Wisconsin Department of Health Services（健康服务部）遵守适用的联邦民权法，不因种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别（包括怀孕、性别认同和性取向）而产生歧视行为。Department of Health Services（健康服务部）不会因种族、肤色、民族血统、年龄、残疾或性别排斥相关人员或区别对待。

Department of Health Services:

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如:
  - 合格的手語翻譯員。
  - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）。
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，如：
  - 合格的翻譯員。
  - 以其他語言書寫的資訊。

如果您需要此類服務，請聯絡 Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870)。

如果您認為Department of Health Services 未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透過其他方式歧視您，您可以向: 提交投訴，郵寄地址為 Department of Health Services, Attn: civil rights coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850 ，電話號碼為 608-267-4955, 、TTY（聽障專線）號碼為 711，傳真為 608-267-1434 ，電子信箱為 dhscrc@dhs.wisconsin.gov 。您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式提交投訴。如果您在提交投訴方面需要幫助， Department of Health Services civil rights coordinator可以幫助您。

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生及公共服務部）的 Office for Civil Rights（民權辦公室）提交民權投訴，透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴：https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf，或者透過郵寄或電話的方式投訴：

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)（聾人用電信設備）

登入 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html 可獲得投訴表格。

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)** ຊຶ່ນຊາບ: 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).