

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。

2026 年月收入限制*

群组规模	FPL 的 100%	FPL 的 120%	FPL 的 135%	FPL 的 200%
1	\$1,330.00	\$1,596.00	\$1,795.50	\$2,660.00
2	\$1,803.33	\$2,164.00	\$2,434.50	\$3,606.66

2026 年资产限制*

群组规模	QMB, SLMB, SLMB+ 资产限制	QDWI 资产限制
1	\$9,950	\$4,000
2	\$14,910	\$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。

如果您有残疾, 需要以其他形式访问此信息, 或需要将其翻译成其他语言, 请联系 844-201-6870 (语音) 或 711 (TTY)。所有的翻译服务均为免费提供。有关民权问题, 请致电 608 267-4955 (语音) 或 711 (TTY)。

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).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deutsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kannscht du ebber grieghe 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) ເລີນຊາບ: 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).