

# Instrukcje dotyczące składania wniosków w ramach programu Medicare Savings Program (MSP)

Skorzystaj z tej aplikacji, aby sprawdzić, czy Ty lub Ty i Twój współmałżonek kwalifikujecie się do opłacania przez państwo składek Medicare i/lub udziału w kosztach. Niniejszy wniosek NIE dotyczy innych świadczeń, takich jak usługi i wsparcie długoterminowe. Jeśli chcesz ubiegać się o inne ubezpieczenie Medicaid lub potrzebujesz pomocy w wypełnieniu dowolnej części tego formularza, skontaktuj się z lokalnym biurem Medicaid - [www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](http://www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu)

Istnieją trzy rodzaje programów opieki zdrowotnej Medicare Savings Programs (MSPs):

**Kwalifikowany beneficjent opieki medycznej(QMB):** państwo opłaca składki Medicare część A i/lub część B oraz udział w kosztach (odliczenia, współubezpieczenie i współpłacenie). Jeśli kwalifikujesz się do QMB, automatycznie kwalifikujesz się do dodatkowej pomocy w pokryciu kosztów leków Medicare Part D.

**Beneficjent Medicare o określonych niskich dochodach (SLMB):** stan opłaca składki Medicare część B, a ty automatycznie kwalifikujesz się do dodatkowej pomocy w pokryciu kosztów leków Medicare część D.

**Kwalifikująca się osoba fizyczna (QI):** stan opłaca składki Medicare część B, a ty automatycznie kwalifikujesz się do dodatkowej pomocy w pokryciu kosztów leków Medicare część D.

Stan decyduje o tym, czy kwalifikujesz się (a jeśli kwalifikuje się Twój współmałżonek, jeśli Twój współmałżonek również się o to ubiega). Jeśli otrzymasz zgodę na MSP, Twoja składka na część B nie będzie już potrącana z Twoich świadczeń emerytalnych Social Security, Railroad lub Civil Service, a Ty zostaniesz automatycznie zapisany/a do programu Extra Help w celu opłacenia składek Medicare Part D i udziału w kosztach leków na receptę objętych ubezpieczeniem. Skontaktuj się z biurem Medicaid, jeśli nie jesteś zarejestrowany/a w programie dodatkowej pomocy.

Odzyskiwanie nieruchomości nie ma zastosowania do jakiejkolwiek pomocy w opłacaniu składek Medicare lub udziału w kosztach. Oznacza to, że NIE będziesz musiał/a zwracać żadnej pomocy otrzymanej w ramach programu opieki medycznej Medicare Savings Program.

## Co może być potrzebne do złożenia wniosku

Może być konieczne dostarczenie kopii dokumentów w celu potwierdzenia niektórych informacji, w tym:

- Dowód dochodu (np. świadczenia emerytalne, rentowe lub odcinki wypłat)
- Dowód aktywów (np. wyciągi bankowe lub polisy ubezpieczeniowe na życie)
- Dowód posiadania ubezpieczenia Medicare
- W przypadku osób niebędących obywatelami, dowód kwalifikującego się statusu imigracyjnego (np. zielona karta, paszport lub inna dokumentacja z Departamentu Bezpieczeństwa Wewnętrznego).
- Dowód miejsca zamieszkania (np. rachunek za czynsz, rachunek za media lub dowód osobisty wydany przez państwo)

Jeśli potrzebujesz więcej miejsca do pisania, dołącz dodatkowe strony.

## Sposoby składania wniosków

- Wypełnij wniosek online na stronie: \_\_\_\_\_
- Wyślij ten wniosek w formie papierowej na adres: \_\_\_\_\_
- Wyślij wniosek faksem pod numer: \_\_\_\_\_

- Odwiedź biuro [agencja stanowa]] pod adresem: \_\_\_\_\_
- Skontaktuj się z [agencja stanowa]] w celu uzyskania pomocy pod adresem: \_\_\_\_\_

Zachowaj kopię wniosku do swojej dokumentacji.

## Co dalej?

Wniosek zostanie rozpatrzony przez agencję Medicaid. Powinieneś/powinnaś otrzymać odpowiedź w ciągu 45 dni. Jeśli nie otrzymasz odpowiedzi w ciągu 45 dni, skontaktuj się z agencją Medicaid.

## **Skorzystaj z pomocy w przypadku pytań dotyczących programów oszczędnościowych Medicare**

W przypadku pytań dotyczących programów opieki zdrowotnej Medicare Savings Programs lub świadczeń Medicare, należy skontaktować się z lokalnym stanowym programem pomocy w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych (SHIP). Informacje kontaktowe można znaleźć, dzwoniąc pod numer: [877-839-2675](tel:877-839-2675) lub odwiedzając stronę: [www.shiphelp.org/](http://www.shiphelp.org/).

# Wniosek o udział w programach opieki zdrowotnej Medicare

Dane osobowe:				
<b>Wnioskodawca – Podaj imię i nazwisko w formacie widniejącym na karcie Medicare.</b>				
Nazwisko:	Imię:	Drugie imię:		
Adres zamieszkania:	Miasto:	Stan:	Kod pocztowy:	
Adres do korespondencji (jeśli jest inny):	Miasto:	Stan:	Kod pocztowy:	
Główny numer telefonu:	Telefon zastępczy (opcjonalnie):			
Adres e-mail (opcjonalnie):	Stan cywilny: Osoba niezamężna (kawaler/panna/ wdowiec/wdowa) <input type="checkbox"/> Osoba zamężna, mieszkająca z małżonkiem <input type="checkbox"/> W związku małżeńskim, ale w separacji z małżonkiem <input type="checkbox"/>			
<b>Status obywatelstwa:</b> Czy posiadasz obywatelstwo USA? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli nie, czy masz kwalifikujący się status imigracyjny? <input type="checkbox"/> Tak (Uzupełnij poniższe informacje) <input type="checkbox"/> Nie				
Numer imigracyjny, numer I-94 lub numer identyfikacyjny dokumentu i typ dokumentu	Data przyznania statusu:	Data wjazdu na terytorium USA:	Kraj pochodzenia:	
Czy Ty, Twój współmałżonek lub rodzic jesteście weteranami lub członkami czynnej służby wojskowej USA? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				
Czy Twój współmałżonek jest obywatelem USA? (jeśli współmałżonek również ubiega się o MSP)? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli nie, to czy mają kwalifikujący się status imigracyjny? <input type="checkbox"/> Tak (Uzupełnij poniższe informacje) <input type="checkbox"/> Nie				
Numer imigracyjny, numer I-94 lub numer identyfikacyjny dokumentu i typ dokumentu	Data przyznania statusu:	Data wjazdu na terytorium USA:	Kraj pochodzenia:	
<b>Członkowie rodziny:</b>				
Uwzględnij współmałżonka mieszkającego w tym samym gospodarstwie domowym. Uwzględnij krewnych mieszkających w tym samym gospodarstwie domowym, którzy są zależni od Ciebie lub Twojego współmałżonka w co najmniej połowie ich <u>wsparcia finansowego</u> . Jeśli potrzebujesz więcej miejsca do pisania, dołącz dodatkowe strony.				
Imię (nazwisko, imię, drugie imię):	Powiązanie z Tobą:	Data urodzin:	Czy ubiegasz się o świadczenia MSP?	Numer ubezpieczenia społecznego (w przypadku ubiegania się o MSP)
	W imieniu własnym:		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
	Małżonek/małżonka		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
	Inne (wyszczególnij)		Nie dotyczy	Opcjonalnie



## Aktywa

Jeśli Ty lub Twój współmałżonek posiadacie aktywa, wymień rodzaj aktywów, kto jest ich właścicielem i czy aktywa są własnością indywidualną czy wspólną. Aktywa obejmują między innymi:

- Gotówka
- Konto czekowe
- Konto oszczędnościowe
- Rachunki rynku pieniężnego
- Fundusze inwestycyjne
- Obligacje oszczędnościowe
- Akcje
- Certyfikaty depozytowe (CD)
- Indywidualne konta emerytalne (IRA)
- Fundusze pogrzebowe
- Posiadane domy lub grunty  
(z wyłączeniem głównego miejsca zamieszkania)

Rodzaj aktywów	Imię i nazwisko właściciela (właścicieli)	Tytuł własności	Wartość bieżąca
		Osobiste <input type="checkbox"/> Wspólne <input type="checkbox"/>	\$
		Osobiste <input type="checkbox"/> Wspólne <input type="checkbox"/>	\$
		Osobiste <input type="checkbox"/> Wspólne <input type="checkbox"/>	\$
		Osobiste <input type="checkbox"/> Wspólne <input type="checkbox"/>	\$
		Osobiste <input type="checkbox"/> Wspólne <input type="checkbox"/>	\$
		Osobiste <input type="checkbox"/> Wspólne <input type="checkbox"/>	\$
		Osobiste <input type="checkbox"/> Wspólne <input type="checkbox"/>	\$
		Osobiste <input type="checkbox"/> Wspólne <input type="checkbox"/>	\$

Czy Ty lub Twój współmałżonek posiadacie jakieś pojazdy (samochód, ciężarówkę, łódź, samochód kempingowy, motocykl, kamper i/lub przyczepę)? Jeśli tak, wymień poniżej i wskaż, który z nich jest Twoim głównym pojazdem:

Imię i nazwisko właściciela (właścicieli)	Tytuł własności	Typ pojazdu	Rocznik	Marka/Model	Wartość	Należna kwota
	Osobiste <input type="checkbox"/> Wspólne <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Osobiste <input type="checkbox"/> Wspólne <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Osobiste <input type="checkbox"/> Wspólne <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Osobiste <input type="checkbox"/> Wspólne <input type="checkbox"/>				\$	\$

Czy Ty i/lub Twój współmałżonek posiadacie polisy ubezpieczeniowe na życie o łącznej wartości nominalnej przekraczającej 1500 USD? Jeśli tak, wymień poniżej:

Osoba ubezpieczona	Nazwa firmy ubezpieczeniowej/numer polisy	Potrzebuję pomocy w znalezieniu wartości ubezpieczenia?	Wartość nominalna	Wartość pieniężna
		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	\$	\$

		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	\$	\$
--	--	---	----	----

**Przeczytaj uważnie przed podpisaniem umowy**

Rozumiem, że:

- Muszę natychmiast zgłaszać wszelkie zmiany w mojej sytuacji do agencji Medicaid. Opóźnione zgłoszenie może spowodować nieprawidłowe świadczenia.
- Moja sytuacja podlega weryfikacji przez agencję Medicaid lub inne agencje stanowe lub federalne.
- Agencja Medicaid może poprosić mnie o okazanie dowodu, że się kwalifikuję. Agencja Medicaid może pomóc mi uzyskać dowód lub skontaktować się z innymi osobami lub agencjami.
- Składając niniejszy wniosek, upoważniam stanową agencję Medicaid do skontaktowania się w moim imieniu z moją firmą ubezpieczeniową.
- Wnioskując o świadczenia opieki medycznej i otrzymując je, przenoszę na państwo wszelkie prawa do wsparcia medycznego i wszelkich płatności stron trzecich za opiekę medyczną.
- Jeśli zostanę zakwalifikowany/a do Programu Medicare Savings, nie będę **podlegal/a** windykacji majątku za jakąkolwiek pomoc, którą otrzymam w opłaceniu składek Medicare, odliczeń lub współubezpieczenia.

Po rozpatrzeniu wniosku otrzymasz pocztą powiadomienie o kwalifikowalności. Jeśli nie zgadzasz się z tym, do czego się kwalifikujesz, możesz poprosić o odwołanie. Zapoznaj się z powiadomieniem o uprawnieniach, aby znaleźć instrukcje dotyczące odwołań dla każdej osoby w gospodarstwie domowym, która ubiega się o ubezpieczenie, w tym ile dni masz na złożenie wniosku o odwołanie. Oto ważne informacje, które należy wziąć pod uwagę przy składaniu wniosku o odwołanie:

Jeśli chcesz, możesz poprosić kogoś o udział w odwołaniu. Może to być przyjaciel, krewny, prawnik lub inna osoba. Możesz też samodzielnie złożyć wniosek o odwołanie i wziąć w nim udział.

Aby poprosić o odwołanie, zadzwoń do nas pod numer 1-800-XXX-XXXX (TTY: 1-800-XXX-XXXX). Możesz też przejść na stronę [medicaid.state.gov]], aby znaleźć formularz odwołania. Można też napisać własny list i wysłać lub przynieść go do nas na adres State Medicaid Agency, 321 Any Road, Any City, Any State 00100.

**Oświadczenie i podpisy:**

Przeczytałem/am i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszym wniosku. Oświadczam, pod karą krzywoprzysięstwa, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe, poprawne i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela:	Data:
--------------------------------------	-------

Podpis współmałżonka (jeśli dotyczy):	Data:
---------------------------------------	-------

Imię i nazwisko przedstawiciela:	Numer telefonu przedstawiciela:	Relacja z wnioskodawcą:
----------------------------------	---------------------------------	-------------------------

Adres korespondencyjny przedstawiciela:	Adres e-mail przedstawiciela:
---	-------------------------------

Masz prawo do uzyskania informacji w dostępnym formacie, takim jak duży druk, alfabet Braille'a lub audio. Masz również prawo do złożenia skargi, jeśli uważasz, że jesteś dyskryminowany/a. Odweidź stronę: [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) lub zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), aby uzyskać więcej informacji. Użytkownicy TTY mogą zadzwonić pod numer 1-877-486-2048.

**Opcjonalnie: (Podanie tych informacji nie wpłynie na uprawnienia).**

W imieniu własnym: zaznacz wszystkie, które dotyczą

**Latynoskie pochodzenie etniczne:**

- ☐ Meksykanin ☐ Amerykanin meksykańskiego pochodzenia ☐ Czikano/a ☐ Portorykańczyk ☐ Kubańczyk  
☐ Inne \_\_\_\_\_

**Rasa:**

- ☐ Biała ☐ Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski ☐ Filipińczyk ☐ Wietnameczyk ☐ Guamańczyk lub Chamorro  
☐ Czarnoskóry lub Afroamerykanin ☐ Indianin azjatycki ☐ Japończyk ☐ Inni Azjaci ☐ Samoańczyk  
☐ Chińczyk ☐ Koreańczyk ☐ Rdzenny mieszkaniec Hawajów ☐ Inni mieszkańcy wysp Pacyfiku  
☐ Inni \_\_\_\_\_

**Wybierz jedną odpowiedź.**

**Płeć przypisana przy urodzeniu** (można znaleźć w akcie urodzenia)

- ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ Inne \_\_\_\_\_ ☐ Nie jestem pewien/pewna ☐ Wolę nie odpowiadać

**Obecna płeć:**

- ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ Transpłciowa kobieta ☐ Transpłciowy mężczyzna ☐ Inny termin \_\_\_\_\_  
☐ Nie jestem pewien/pewna ☐ Wolę nie odpowiadać

**Orientacja seksualna:**

- ☐ Biseksualizm ☐ Lesbijka lub gej ☐ Osoba heteroseksualna (nie lesbijka ani gej) ☐ Inny termin \_\_\_\_\_  
☐ Nie jestem pewien/nie jestem pewna ☐ Wolę nie odpowiadać

**Opcjonalnie: (Podanie tych informacji nie wpłynie na uprawnienia).**

**MAŁŻONEK:** zaznacz wszystkie, które dotyczą

**Latynoskie pochodzenie etniczne:**

- ☐ Meksykanin   ☐ Amerykanin meksykańskiego pochodzenia   ☐ Czicano/a   ☐ Portorykańczyk   ☐ Kubańczyk  
☐ Inne \_\_\_\_\_

**Rasa:**

- ☐ Biała                      ☐ Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski   ☐ Filipińczyk   ☐ Wietnamczyk   ☐ Guamańczyk lub Chamorro  
☐ Czarnoskóry lub Afroamerykanin   ☐ Indianin azjatycki   ☐ Japończyk   ☐ Inni Azjaci   ☐ Samoańczyk  
☐ Chińczyk   ☐ Koreańczyk   ☐ Rdzenny mieszkaniec Hawajów   ☐ Inni mieszkańcy wysp Pacyfiku  
☐ Inni \_\_\_\_\_

Wybierz jedną odpowiedź.

**Płeć przypisana przy urodzeniu** (można znaleźć w akcie urodzenia)

- ☐ Kobieta   ☐ Mężczyzna   ☐ Inne \_\_\_\_\_   ☐ Nie jestem pewien/pewna   ☐ Wolę nie odpowiadać

**Obecna płeć:**

- ☐ Kobieta   ☐ Mężczyzna   ☐ Transpłciowa kobieta   ☐ Transpłciowy mężczyzna   ☐ Inny termin \_\_\_\_\_  
☐ Nie jestem pewien/pewna   ☐ Wolę nie odpowiadać

**Orientacja seksualna:**

- ☐ Biseksualizm   ☐ Lesbijka lub gej   ☐ Osoba heteroseksualna (nie lesbijka ani gej)   ☐ Inny termin \_\_\_\_\_  
☐ Nie jestem pewien/nie jestem pewna   ☐ Wolę nie odpowiadać