

Medicare Savings Programm (MSP) – Anleitung zur Antragsstellung

Verwenden Sie diesen Antrag, um herauszufinden, ob Sie oder Ihr Ehepartner Anspruch auf die Zahlung Ihrer Medicare-Prämien und/oder Kostenbeteiligung durch den Staat haben. Dies ist KEIN Antrag auf andere Leistungen wie etwa langfristige Dienstleistungen und Unterstützung. Wenn Sie eine andere Medicaid-Deckung beantragen möchten oder Hilfe beim Ausfüllen dieses Formulars benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihr örtliches Medicaid-Büro – www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu.

Es gibt drei Arten von Medicare Savings Programmen (MSP):

Qualified Medicare Beneficiary (QMB): Der Staat zahlt Ihre Prämien für Medicare Part A und/oder Part B sowie die Kostenbeteiligung (Selbstbehalte, Mitversicherung und Zuzahlungen). Wenn Sie für QMB berechtigt sind, haben Sie automatisch Anspruch auf Extra Help zur Zahlung Ihrer Medicare Part D Arzneimittelversicherungskosten.

Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB): Der Staat zahlt Ihre Prämien für Medicare Part B und Sie haben automatisch Anspruch auf Extra Help zur Zahlung Ihrer Medicare Part D Arzneimittelversicherungskosten.

Qualifying Individual (QI): Der Staat zahlt Ihre Prämien für Medicare Part B und Sie haben automatisch Anspruch auf Extra Help zur Zahlung Ihrer Medicare Part D Arzneimittelversicherungskosten.

Der Staat entscheidet, ob Sie berechtigt sind (und ob Ihr Ehepartner berechtigt ist, wenn dieser ebenfalls einen Antrag stellt). Wenn Sie für ein MSP genehmigt werden, wird Ihre Part-B-Prämie nicht mehr von Ihren Rentenleistungen der Sozialversicherung, der Eisenbahn oder des öffentlichen Dienstes abgezogen und Sie werden automatisch bei Extra Help zur Zahlung Ihrer Medicare Part-D-Prämien und Kostenbeteiligung für versicherte verschreibungspflichtige Medikamente angemeldet. Wenden Sie sich an Ihr Medicaid-Büro, wenn Sie nicht für die Extra-Help-Leistung angemeldet sind.

Die Nachlassrückgewinnung gilt nicht für Hilfen, die Sie für die Zahlung von Medicare-Prämien oder Kostenbeteiligungen erhalten. Das bedeutet, dass Sie die Hilfe, die Sie im Rahmen eines Medicare Savings Programms erhalten, NICHT zurückzahlen müssen.

Was Sie zur Antragstellung benötigen

Möglicherweise müssen Sie Kopien von Dokumenten vorlegen, um einige Informationen nachzuweisen, darunter:

- Einkommensnachweise (z. B. Alters- oder Invaliditätsleistungen oder Gehaltsabrechnungen)
- Vermögensnachweise (z. B. Kontoauszüge oder Lebensversicherungspolice)
- Medicare-Nachweis
- Für Nichtstaatsangehörige: Nachweis des berechtigten Einwanderungsstatus (z. B. Green Card, Reisepass oder andere Dokumente des Department of Homeland Security)
- Nachweis Ihres Wohnortes (z. B. Beleg über die Mietzahlung, Stromrechnung oder staatlich ausgestellter Personalausweis)

Wenn Sie mehr Platz zum Schreiben benötigen, fügen Sie zusätzliche Seiten hinzu.

Wie Sie den Antrag stellen können

- Füllen Sie den Online-Antrag aus unter _____
- Senden Sie diesen schriftlichen Antrag per Post an _____
- Senden Sie diesen Antrag per Fax an _____
- Besuchen Sie das Büro Ihrer [staatliche Behörde] hier: _____

- Rufen Sie Ihre [staatliche Behörde] an, um Hilfe zu erhalten unter _____

Bewahren Sie eine Kopie des Antrags für Ihre Unterlagen auf.

Was geschieht als Nächstes?

Ihre Medicaid-Agentur wird Ihren Antrag prüfen. Sie sollten innerhalb von 45 Tagen eine Antwort zu Ihrer Berechtigung erhalten. Wenn Sie innerhalb von 45 Tagen keine Antwort erhalten, wenden Sie sich an Ihre Medicaid-Agentur.

Erhalten Sie Hilfe bei Fragen zu Medicare Savings Programmen

Bei Fragen zu Medicare Savings Programmen oder Ihren Medicare-Leistungen wenden Sie sich an Ihr lokales State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Für Kontaktinformationen wenden Sie sich telefonisch an [877-839-2675](tel:877-839-2675) oder besuchen Sie www.shiphelp.org/.

Antrag für Medicare Savings Programme

Personenbezogene Informationen				
Antragsteller – Geben Sie Ihren Namen so an, wie er auf Ihrer Medicare-Karte erscheint				
Nachname		Vorname		Zweiter Vorname
Wohnanschrift		Ort	Bundesland	Postleitzahl
Postadresse (falls abweichend)		Ort	Bundesland	Postleitzahl
Telefonnummer:		Alternative Telefonnummer (optional):		
E-Mail-Adresse (optional)		Familienstand: Nicht verheiratet (alleinstehend/geschieden/verwitwet) <input type="checkbox"/> Verheiratet, zusammenlebend <input type="checkbox"/> Verheiratet, aber getrenntlebend <input type="checkbox"/>		
Staatsbürgerschaftsstatus: Sind Sie ein US-Staatsbürger? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nicht, haben Sie einen berechtigten Einwanderungsstatus? <input type="checkbox"/> Ja (Bitte vervollständigen Sie die folgenden Informationen.) <input type="checkbox"/> Nein				
Ausländernummer, I-94-Nummer oder Dokument-ID-Nummer und Dokument-Typ		Datum, an dem der Status gewährt wurde	Datum der Einreise in die USA	Ursprungsland
Sind Sie, Ihr Ehepartner oder Elternteil ein Veteran oder aktives Mitglied des US-Militärs? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Ist Ihr Ehepartner ein US-Staatsbürger (wenn Ihr Ehepartner ebenfalls einen Antrag für MSP stellt)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nicht, hat er einen berechtigten Einwanderungsstatus? <input type="checkbox"/> Ja (Bitte vervollständigen Sie die folgenden Informationen.) <input type="checkbox"/> Nein				
Ausländernummer, I-94-Nummer oder Dokument-ID-Nummer und Dokument-Typ		Datum, an dem der Status gewährt wurde	Datum der Einreise in die USA	Ursprungsland
Haushaltsmitglieder Beziehen Sie auch Ihren im gleichen Haushalt lebenden Ehepartner mit ein. Beziehen Sie auch die im gleichen Haushalt lebenden Verwandten ein, die <u>mindestens zur Hälfte von Ihnen oder Ihrem Ehepartner finanziell abhängig sind</u> . Wenn Sie mehr Platz zum Schreiben benötigen, fügen Sie zusätzliche Seiten hinzu.				
Name (Nachname, Vorname, zweiter Vorname)	Beziehung zu Ihnen	Geburtsdatum	Sie stellen einen Antrag für MSP-Leistungen?	Sozialversicherungsnummer (bei Antrag für MSP)
	Selbst		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	Ehepartner		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	Sonstiges (bitte näher erläutern)		N/A	Optional

Vermögenswerte

Wenn Sie oder Ihr Ehepartner über Vermögenswerte verfügen, geben Sie die Art des Vermögenswerts an, wem der Vermögenswert gehört und ob der Vermögenswert individuelles oder Gemeinschaftseigentum ist. Vermögenswerte beinhalten unter anderem:

- Bargeld
- Bankkonto
- Sparkonto
- Geldmarktkonten
- Investmentfonds
- Sparbriefe
- Aktien
- Einlagenzertifikate (CD)
- Individuelle Rentenkonto (IRA)
- Bestattungsfonds
- Immobilien- oder Landeigentum (ohne Hauptwohnsitz)

Art des Vermögenswerts	Name des Eigentümers/der Eigentümer	Eigentümerschaft	Aktueller Wert
		Individuell <input type="checkbox"/> Gemeinschaftlich <input type="checkbox"/>	\$
		Individuell <input type="checkbox"/> Gemeinschaftlich <input type="checkbox"/>	\$
		Individuell <input type="checkbox"/> Gemeinschaftlich <input type="checkbox"/>	\$
		Individuell <input type="checkbox"/> Gemeinschaftlich <input type="checkbox"/>	\$
		Individuell <input type="checkbox"/> Gemeinschaftlich <input type="checkbox"/>	\$
		Individuell <input type="checkbox"/> Gemeinschaftlich <input type="checkbox"/>	\$
		Individuell <input type="checkbox"/> Gemeinschaftlich <input type="checkbox"/>	\$
		Individuell <input type="checkbox"/> Gemeinschaftlich <input type="checkbox"/>	\$

Besitzen Sie oder Ihr Ehepartner Fahrzeuge (Auto, Truck, Boot, Wohnmobil, Motorrad, Wohnwagen und/oder Anhänger)? Wenn ja, führen Sie diese bitte nachfolgend auf und geben Sie an, welches Ihr Hauptfahrzeug ist:

Name des Eigentümers/der Eigentümer	Eigentümerschaft	Fahrzeugart	Jahr	Modell	Wert	Geschuldeter Betrag
	Individuell <input type="checkbox"/> Gemeinschaftlich <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Individuell <input type="checkbox"/> Gemeinschaftlich <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Individuell <input type="checkbox"/> Gemeinschaftlich <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Individuell <input type="checkbox"/> Gemeinschaftlich <input type="checkbox"/>				\$	\$

Besitzen Sie und/oder Ihr Ehepartner Lebensversicherungen mit einem Gesamtnennwert von über 1.500 US-Dollar? Wenn ja, bitte nachfolgend auflühren:

Versicherte Person	Name der Versicherungsgesellschaft/ Versicherungsnummer	Brauchen Sie Hilfe bei der Suche nach dem Wert der Versicherung?	Nennwert	Barwert
		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	\$	\$

		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	\$	\$
--	--	---	----	----

Vor der Unterzeichnung sorgfältig lesen

Ich verstehe Folgendes:

- Ich muss alle Änderungen meiner Situation sofort der Medicaid-Behörde melden. Eine verspätete Meldung kann zu inkorrekten Leistungen führen.
- Meine Situation unterliegt der Überprüfung durch die Medicaid-Behörde oder andere staatliche oder bundesstaatliche Behörden.
- Die Medicaid-Behörde kann von mir die Vorlage eines Nachweises verlangen, wenn ich berechtigt bin. Die Medicaid-Behörde kann mir helfen, den Nachweis zu erhalten, oder andere Personen oder Agenturen dafür kontaktieren.
- Mit dem Einreichen dieses Antrags ermächtige ich die staatliche Medicaid-Behörde, in meinem Namen mit meiner Lebensversicherungsgesellschaft Kontakt aufzunehmen.
- Mit der Beantragung und dem Erhalt von Leistungen für die medizinische Versorgung übertrage ich alle Rechte auf etwaige medizinische Unterstützung und auf etwaige Zahlungen Dritter für die medizinische Versorgung an den Staat.
- Wenn sich herausstellt, dass ich Anspruch auf ein Medicare Savings Programm habe, unterliege ich für die Hilfe, die ich bei der Zahlung meiner Medicare-Prämien, Selbstbehalte oder Mitversicherung erhalte, **keiner** Nachlassrückgewinnung.

Nachdem wir Ihren Antrag bearbeitet haben, erhalten Sie per Post eine Berechtigungsmitteilung. Wenn Sie mit dem, wofür Sie berechtigt sind, nicht einverstanden sind, können Sie Einspruch einlegen. Sehen Sie sich Ihre Berechtigungsmitteilung an, um spezifische Einspruchsanweisungen für jede Person in Ihrem Haushalt zu finden, die Versicherungsschutz beantragt, einschließlich der Anzahl der Tage, die Ihnen für die Einlegung eines Einspruchs zur Verfügung stehen. Hier sind wichtige Informationen, die Sie bei der Beantragung eines Einspruchs berücksichtigen sollten:

Wenn Sie möchten, können Sie jemanden dazu veranlassen, einen Antrag zu stellen oder sich an Ihrem Einspruch zu beteiligen. Diese Person kann ein Freund, ein Verwandter, ein Anwalt oder eine andere Person sein. Sie können aber auch selbst einen Antrag stellen und an Ihrem Einspruch teilnehmen.

Um einen Einspruch zu erheben, kontaktieren Sie uns telefonisch unter 1-800-XXX-XXXX (TTY: 1-800-XXX-XXXX). Oder besuchen Sie [medicaid.state.gov], um ein Einspruchsformular zu erhalten. Oder Sie können Ihren eigenen Brief schreiben und ihn per Post an die State Medicaid Agency, 321 Any Road, Any City, Any State 00100 senden oder persönlich dort abgeben.

Erklärung und Unterschriften

Ich habe die Informationen in diesem Antrag gelesen und verstanden. Ich erkläre unter Strafe des Meineids, dass die von mir in diesem Antrag gemachten Angaben nach meinem besten Wissen wahr, richtig und vollständig sind.

Unterschrift des Antragstellers/Vertreters:

Datum:

Unterschrift des Ehepartners (falls zutreffend):		Datum:
Name des Vertreters:	Telefonnummer des Vertreters:	Beziehung zum Antragsteller:
Postadresse des Vertreters:	E-Mail-Adresse des Vertreters:	

Sie haben das Recht, Ihre Informationen in einem barrierefreien Format zu erhalten, z. B. in Großschrift, Blindenschrift oder Audio. Sie haben auch das Recht, eine Beschwerde einzureichen, wenn Sie das Gefühl haben, diskriminiert worden zu sein. Mehr Informationen erhalten Sie unter [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) oder telefonisch unter 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY-Benutzer können 1-877-486-2048 anrufen.

Optional: (Die Bereitstellung dieser Informationen hat keinen Einfluss auf die Berechtigung.)

SELBST: Alle zutreffenden Optionen ankreuzen

Bei hispanischer/lateinamerikanischer Abstammung

- ☐ Mexikanisch ☐ Mexikanisch-amerikanisch ☐ Chicano/a ☐ Puerto-ricanisch ☐ Kubanisch
☐ Sonstiges _____

Race

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Weiß | <input type="checkbox"/> Ureinwohner Amerikas oder Alaskas | <input type="checkbox"/> Philippinisch | <input type="checkbox"/> Vietnamesisch |
| <input type="checkbox"/> Guamisch oder Chamorro | <input type="checkbox"/> Schwarz oder afro-amerikanisch | <input type="checkbox"/> Asiatisch-indisch | <input type="checkbox"/> Japanisch |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Asiat | <input type="checkbox"/> Samoaner | <input type="checkbox"/> Chinesisch | <input type="checkbox"/> Koreanisch |
| <input type="checkbox"/> Ureinwohner Hawaiis | <input type="checkbox"/> Sonstiger Pazifikinsulaner | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Bitte eine Antwort auswählen.

Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht (kann auf Ihrer Geburtsurkunde gefunden werden)

- ☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Sonstiges _____ ☐ Nicht sicher ☐ Möchte lieber nicht antworten

Aktuelles Geschlecht:

- ☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Transgender weiblich ☐ Transgender männlich ☐ Eine andere Bezeichnung _____
☐ Nicht sicher ☐ Möchte lieber nicht antworten

Sexuelle Orientierung:

- ☐ Bisexuell ☐ Lesbisch oder schwul ☐ Heterosexuell (nicht lesbisch oder schwul)
☐ Eine andere Bezeichnung _____ ☐ Nicht sicher ☐ Möchte lieber nicht antworten

Optional: (Die Bereitstellung dieser Informationen hat keinen Einfluss auf die Berechtigung.)

EHEPARTNER: Alle zutreffenden Optionen ankreuzen

Bei hispanischer/lateinamerikanischer Abstammung

- ☐ Mexikanisch ☐ Mexikanisch-amerikanisch ☐ Chicano/a ☐ Puerto-ricanisch ☐ Kubanisch ☐ Sonstiges _____

Race

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Weiß | <input type="checkbox"/> Ureinwohner Amerikas oder Alaskas | <input type="checkbox"/> Philippinisch | <input type="checkbox"/> Vietnamesisch |
| <input type="checkbox"/> Guamisch oder Chamorro | <input type="checkbox"/> Schwarz oder afro-amerikanisch | <input type="checkbox"/> Asiatisch-indisch | <input type="checkbox"/> Japanisch |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Asiat | <input type="checkbox"/> Samoaner | <input type="checkbox"/> Chinesisch | <input type="checkbox"/> Koreanisch |
| <input type="checkbox"/> Ureinwohner Hawaiis | <input type="checkbox"/> Sonstiger Pazifikinsulaner | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Bitte eine Antwort auswählen.

Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht (kann auf Ihrer Geburtsurkunde gefunden werden)

☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Sonstiges_____ ☐ Nicht sicher ☐ Möchte lieber nicht antworten

Aktuelles Geschlecht:

☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Transgender weiblich ☐ Transgender männlich ☐ Eine andere Bezeichnung_____

☐ Nicht sicher ☐ Möchte lieber nicht antworten

Sexuelle Orientierung:

☐ Bisexuell ☐ Lesbisch oder schwul ☐ Heterosexuell (nicht lesbisch oder schwul)

☐ Eine andere Bezeichnung_____ ☐ Nicht sicher ☐ Möchte lieber nicht antworten