

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE MEDICAID PARA RESIDENTES DE HOSPICIOS (*NURSING HOMES*)

COLUMBIA LEGAL SERVICES

ENERO 2012

ESTA INFORMACIÓN ES VÁLIDA A LA FECHA DE SU PUBLICACIÓN. LAS REGLAS CAMBIAN CON FRECUENCIA.

1. ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa del gobierno que paga por servicios médicos incluyendo la atención médica en hospicios que atienden enfermos y/o ancianos (en inglés, *nursing homes*). El programa de Medicaid lo administra DSHS – el Departamento de Servicios para la Salud y Bienestar Social del Estado de Washington.

Para recibir pagos de Medicaid para la atención en un hospicio (para enfermos y/o ancianos), usted debe cumplir con los requisitos económicos descritos en este folleto. También, debe necesitar los servicios que se ofrecen en un hospicio.

El Medicaid se solicita en las oficinas de DSHS. Para encontrar la oficina correcta para presentar su solicitud puede llamar al 1-800-422-3263.

2. ¿Cuáles son los requisitos económicos de Medicaid para recibir atención en un hospicio (para enfermos y/o ancianos)

Para recibir Medicaid que pague por la atención en un hospicio (para enfermos y/o ancianos), tanto sus *ingresos* como sus *recursos* deben cumplir con los límites establecidos por la ley.

Para establecer los *ingresos* de un mes, DSHS toma en cuenta lo que usted *recibió ese mes*.

Los ingresos incluyen cosas como la Seguridad Social, prestaciones para los veteranos de guerra y el salario, dentro del mes en que se recibieron.

Para establecer los *recursos* de un mes, DSHS toma en cuenta lo que usted tiene el primer día del mes *que ya tenía* el mes anterior. Los recursos típicamente incluyen cosas como bienes raíces, cuentas bancarias y acciones. Un pago que contó como ingresos el mes anterior contará como parte de sus recursos este mes, si aún lo tenía el primer día del mes en curso.

A. Ingresos

Sus ingresos mensuales deben ser menos que el siguiente total: la tarifa de Medicaid para la atención en un hospicio (para enfermos y/o ancianos), más sus gastos médicos usuales mensuales. La tarifa de Medicaid – la tarifa para residentes con cobertura de Medicaid – es distinta en diferentes hospicios. Usted puede averiguar la tarifa de cualquier hospicio preguntando en la institución o llamando a DSHS al 1-800-422-3263.

Ejemplo:

Tarifa para Medicaid del "Seaside Nursing Home"	\$5,000.00
Su factura usual en la farmacia	275.00
Total	\$5,275.00

Si sus ingresos mensuales son menos que \$5,275, los ingresos estarían dentro del límite de Medicaid para la atención en "Seaside Nursing Home".

Si sus ingresos exceden la tarifa de Medicaid para hospicios (para enfermos y/o ancianos) más sus gastos médicos usuales, pero son menos que la tarifa que se cobra a los residentes que no reciben Medicaid más sus gastos médicos usuales, es posible que igual sea elegible. Si aplica y califica en base a esto, el hospicio sólo le cobrará la tarifa más baja para residentes con Medicaid.

Si usted califica para la cobertura de Medicaid para atención en hospicios (de enfermos y/o ancianos), se le permitirá quedarse con \$57.28 por mes para uso personal. El resto de sus ingresos se usará de la siguiente forma:

- (1) una cantidad para su cónyuge, si tiene, como se explica en la respuesta a la Pregunta 3 abajo;
- (2) una cantidad para ciertos miembros de la familia que son dependientes;
- (3) sólo para una persona soltera o una pareja internada, una cantidad (que no exceda \$908) hasta por seis meses para el mantenimiento de su vivienda, pero sólo si un médico certifica que es probable que el individuo o uno de los dos miembros de la pareja pueda regresar a su casa dentro del periodo de seis meses; aún sin ninguna certificación médica, si existen ingresos por el arriendo de la vivienda a la cual la persona que recibe Medicaid o su cónyuge pretende regresar, dichos ingresos se podrían usar para pagar por el mantenimiento de la vivienda, los impuestos y la seguridad;
- (4) una cantidad para pagar la prima del seguro de salud;
- (5) una cantidad para pagar facturas médicas por servicios no cubiertos por Medicaid (generalmente son servicios recibidos antes de calificar para Medicaid), si las facturas aún se adeudan y no las cubre ninguna seguridad;

- (6) una cantidad para cubrir ciertos otros gastos misceláneos, tales como costos de custodia (tutela) que califiquen bajo ciertos requisitos.

Cualquier otro ingreso sobrante debe ser pagado al hospicio (para enfermos y/o ancianos) por los servicios que recibe. La parte del costo de los servicios que usted paga se llama "participación". Medicaid cubre el resto.

B. Recursos

El límite de recursos (bienes, propiedad, ahorros) que una persona soltera puede tener es \$2,000. Ciertos recursos "exentos" no se consideran para determinar si usted está dentro de este límite. Los recursos exentos se describen en la respuesta a la Pregunta 5 abajo.

Cuando una persona casada aplica para Medicaid para recibir atención en un hospicio (para enfermos y/o ancianos), al cónyuge se le permite conservar bastantes recursos más. Las reglas relacionadas con los recursos de solicitantes casados y sus cónyuges se explican en la respuesta a la Pregunta 4. Las reglas relacionadas a las consecuencias por regalar recursos están en la respuesta a la Pregunta 6.

3. ¿Con cuáles *ingresos* me puedo quedar si mi cónyuge ingresa a un hospicio (para enfermos y/o ancianos)?

Si su cónyuge ingresa a un hospicio (para enfermos y/o ancianos) y usted se queda en casa, Medicaid siempre permite que usted se quede con todos los ingresos pagados a nombre suyo, sin importar la cantidad.

Además, si los ingresos en su nombre no llegan a \$1,839, Medicaid le permitirá a usted quedarse con la cantidad de los ingresos de su cónyuge que sea necesaria para aumentar los suyos a \$1,839 por mes. Y si sus gastos de

vivienda (alquiler o hipoteca, impuestos, seguro, pago de mantenimiento para un condominio o una cooperativa, y servicios públicos) exceden \$552 por mes, el límite de \$1,839 puede ser aumentado a \$2,841 con la suma del exceso. (Para calcular los costos de vivienda, se usan los costos reales de renta, hipoteca, pago de mantenimiento, impuestos y seguro. Para los servicios públicos, sin embargo, se usa una cantidad estándar de \$394 por mes.)

Ejemplos:

Si recibe \$2,400 a su nombre y \$750 a nombre de su cónyuge, usted puede quedarse con \$2,400.

*Si recibe \$700 a su nombre y recibe \$2,400 a nombre de su cónyuge, usted puede quedarse con sus \$750 y con por lo menos \$1,089 de los ingresos de su cónyuge ($\$1,839 - \$750 = \$1,089$). Y si sus gastos mensuales de vivienda son \$800, puede quedarse con una cantidad **adicional** de \$248 de los ingresos de su cónyuge porque el nivel de \$1,839 se aumenta por el exceso de sus costos de vivienda sobre \$552 ($\$800 - \$552 = \248).*

Al cónyuge que vive en casa se le podría permitir quedarse con más de los ingresos del cónyuge internado si un juez de una corte superior ordena una pensión más alta (por ejemplo, en un procedimiento de separación legal), o si un juez de ley administrativa resuelve, en un procedimiento administrativo, que existen “circunstancias excepcionales que resultan en extremas dificultades económicas”.

Además se podría permitir una cantidad adicional para el cuidado de un familiar dependiente.

4. ¿Qué recursos podemos tener cuando mi cónyuge solicite Medicaid?

Cuando su cónyuge solicite Medicaid para recibir atención en un hospicio (para enfermos

y/o ancianos), ambos pueden tener todos los recursos que se encuentren “exentos” - una vivienda y un carro, por ejemplo. Más abajo, en la respuesta a la Pregunta 5, se explica lo que constituye un recurso exento.

Además, se les permite tener recursos no exentos hasta por un cierto valor límite. (Recursos no exentos incluyen tales cosas como efectivo, la mayoría de fondos en cuentas bancarias e inversiones.) El límite incluye los \$2,000 que un solicitante de Medicaid soltero tiene más una cantidad adicional establecida por lo que se llama Asignación de Recursos para Cónyuges en la Comunidad (*Community Spouse Resource Allowance* o “CSRA” por sus siglas en inglés). (Los recursos no exentos incluyen tales cosas como efectivo, la mayoría de fondos en cuentas bancarias e inversiones.)

El CSRA es por lo menos \$48,639. Esto significa que si su cónyuge ingresa al programa Medicaid, usted y su cónyuge pueden tener por lo menos \$50,639 en recursos no exentos (\$48,639 que se le permiten a usted y \$2,000 a su cónyuge). En el momento de aplicar, no importa cuál cónyuge es dueño de los recursos, o si los \$50,639 o parte de ellos son propiedad común o individual. Se suman todos los recursos del matrimonio para determinar si se califica para Medicaid.

En algunos casos, el CSRA puede sobrepasar los \$48,639. Podrá ser más al cumplir una de las siguientes excepciones:

- (1) Sí su cónyuge está actualmente internado (en un hospital u hospicio (para enfermos y/o ancianos)), y usted puede comprobar que los recursos combinados de ambos eran más de \$97,278 al comienzo del presente período de internamiento, podría ser que tenga derecho a un CSRA mayor a \$48,639. En tal caso, el CSRA se incrementa en la mitad de los recursos que tenía el matrimonio al inicio del período del internamiento. La cantidad máxima a

la que se puede incrementar el CSRA es \$113,640. Para tomar ventaja de esta excepción, hay que comprobar el valor de los recursos combinados que los esposos tenían al inicio del período del internamiento.

- (2) Se le podría permitir conservar mayores recursos no exentos si el ingreso combinado del matrimonio no es suficiente para proveer lo que permiten las reglas presentadas en la Pregunta 3 arriba (\$1,839 a \$2,841). Para quedarse con más recursos, el cónyuge que no recibe Medicaid debe pedir a DSHS una resolución, al momento de aplicar, que se necesitan más recursos para producir el nivel de ingresos permitido.
- (3) Si su cónyuge está actualmente internado en un hospital o en un hospicio (para enfermos y/o ancianos) y el período actual del internado comenzó antes del 1 de agosto, 2003, entonces su CSRA es de \$113,640.

Hay varias maneras de reducir el exceso de recursos que causen que su cónyuge no califique para Medicaid que cubra la atención en hospicios (para enfermos y/o ancianos). Usted puede gastar los recursos en exceso en cosas como atención médica, reparación de su vivienda, en la compra de recursos exentos, o en bienes de consumo o servicios, siempre y cuando reciba el justo importe por su dinero. O puede comprar una anualidad que convierta los recursos en exceso en ingresos mensuales, *si dicha anualidad satisface la reglamentación de DSHS*. Para determinar si una anualidad satisface los requisitos, y si es conveniente algún plan de finanzas determinado en su caso en particular, sugerimos consultar con un abogado que esté familiarizado con la ley de Medicaid.

La explicación de arriba responde la pregunta "¿Qué recursos puedo tener cuando mi cónyuge solicita Medicaid?" Hay reglas

completamente distintas que aplican una vez que su cónyuge recibe Medicaid. Después de aprobada una solicitud, la cobertura de Medicaid para el cónyuge que la recibe no se verá afectada por los incrementos en los recursos del cónyuge que no está en Medicaid. Dicho de otra forma, si un cónyuge ya está en Medicaid, el otro cónyuge puede incrementar sus recursos por encima de los límites vigentes al momento en que se determinó la elegibilidad para Medicaid. El incremento no afectará la elegibilidad del cónyuge que recibe Medicaid.

Aunque no importa cuál cónyuge es dueño de los recursos al momento de solicitar Medicaid, cualquier exceso sobre \$2,000 debe ser transferido al cónyuge que no recibe Medicaid dentro de un año de haber sido aprobada la aplicación. Luego de eso, el cónyuge usuario de Medicaid no puede tener más de \$2,000 en recursos no exentos a su nombre.

5. ¿Qué recursos no cuentan para determinar si uno puede recibir Medicaid?

A. ¿Qué se entiende por recursos exentos?

Algunos recursos se consideran exentos. Por eso no se incluyen en el cálculo de las cifras límites de recursos de \$2,000 y de \$48,639 a \$113,640 discutidos en la sección anterior. Los recursos exentos pueden incluir su vivienda, artículos del hogar y efectos personales, algunos contratos de venta de bienes inmuebles, un carro, seguro de vida con un valor nominal de \$1,500 o menos, la mayoría de parcelas en cementerios y planes de funeral prepagados, y cierto otro tipo de propiedad y artículos usados para el auto-mantenimiento. Algunas de estas cosas se describen abajo con más detalle.

Además, recursos *no exentos* que no pueden venderse dentro de 20 días hábiles se

descartan temporalmente mientras estén en venta.

B. ¿Cuándo esta exenta una vivienda?

Una vivienda (que puede incluir una casa y la propiedad que la rodea, un condominio o una casa móvil) puede ser *recurso exento*. La exención figura mientras que el cónyuge del usuario o, en algunos casos, su familiar dependiente continúa viviendo en la casa. La exención también figura si el residente del hospicio (para enfermos y/o ancianos) tiene la *intención* de regresar a la casa y declara dicha intención a DSHS. Aplica aún si es poco probable que el residente pueda regresar.

La exención no figura para una vivienda en la cual el usuario de Medicaid tiene más de \$525,000 en capital, a menos que una de las siguientes excepciones aplique: (1) que el usuario de Medicaid esté recibiendo servicios basados en una solicitud para servicios de larga duración del DSHS, presentada antes del 1 de mayo del 2006; o (2) que el cónyuge del usuario de Medicaid o su hijo menor de 21 años o ciego o discapacitado vive en la casa. (El criterio para discapacidad para este propósito es el mismo que aquel usado por Seguridad Social para determinar discapacidad.)

Aún cuando la vivienda esté exenta, un solicitante o usuario de Medicaid casado podría preferir transferir su interés en la propiedad a su cónyuge. Dicha transferencia se podría hacer para prevenir que Medicaid recupere a futuro los costos de servicios de la sucesión del usuario (discusión más adelante en Pregunta 7), o para facilitar la venta o la disposición de la casa al cónyuge. Por otro lado, el traspaso de la vivienda no es siempre una buena idea. Por ejemplo, podría tener consecuencias impositivas adversas o consecuencias negativas de algún otro tipo. Sugerimos que consulte con un abogado familiarizado con las reglas de Medicaid y con las leyes de herencias y sucesiones.

Las ganancias de la venta de una vivienda exenta también son exentas si, dentro de tres meses de recibirlas, se usan para la compra de una nueva casa exenta.

C. ¿Cuándo esta exento un contrato de venta?

Los intereses del vendedor en cualquier contrato de venta (de bienes raíces) firmado antes del 1 de diciembre de 1993 son recurso exento a menos que se traspase. Un contrato de venta firmado después del 30 de noviembre de 1993 está exento sólo si se recibió por la venta de la vivienda del vendedor e incluye términos comparables a los del mercado libre. Un contrato de venta firmado después de mayo 2004 está exento solamente si es por la venta de la residencia principal del vendedor en el momento que éste ingresó en una institución médica (incluyendo un hospicio (para enfermos y/o ancianos)) o se afilió al programa COPES y si es que se requiere el retorno del principal dentro de las expectativas de vida del vendedor. Los *pagos* recibidos bajo un contrato de venta exento se tratan como *ingresos*.

D. ¿Cuándo esta exento un carro?

Se considera exento un auto, sin importar el valor, si se usa para el transporte del residente del hospicio. Si el residente es casado, se considera exento solamente un carro para la pareja, pero no es necesario cumplir con el requisito relacionado con el uso del vehículo, a menos que el otro cónyuge viva en un hospital u hospicio (para enfermos y/o ancianos).

E. ¿Cuándo esta exento un seguro de vida?

El valor de rescate en efectivo de un seguro de vida puede reclamarse como exento si el valor *nominal* total (la cantidad pagable al morir) no excede \$1,500. Para las parejas casadas, cada cónyuge puede reclamar \$1,500. Si el valor nominal del seguro de vida de un individuo es más de \$1,500, el total del *valor de rescate en*

efectivo (el monto que se paga si se cancela la póliza) se cuenta como un recurso no exento. (Contará como parte de los límites para recursos de \$2,000 ó de \$48,639 a \$113,640 que se explican en la sección anterior.) El seguro de vida sin valor monetario de rescate no tiene ningún efecto para la elegibilidad de Medicaid.

F. ¿Cuándo están exentos los fondos para servicios fúnebres y para parcelas en el cementerio?

Se puede reclamar como exento un *fondo para servicios de funeral* de \$1,500 para una persona (y otros \$1,500 adicionales para un cónyuge) si se ha apartado en una cuenta bancaria claramente designada para cubrir gastos de entierro o cremación. Si un individuo tiene seguro de vida que se reclama exento, entonces el valor nominal del seguro de vida contará como parte del fondo de entierro de dicho individuo. Por ejemplo, si un beneficiario de Medicaid tiene un seguro de vida exento con valor nominal de \$1,000, entonces sólo \$500 más pueden estar exentos en una cuenta bancaria designada para gastos fúnebres.

Se puede reclamar como exento un *fideicomiso irrevocable* para gastos de entierro o un *plan pre-pagado para servicios fúnebres* siempre que no exceda una cantidad razonable para gastos fúnebres. El valor de dicho fideicomiso o plan figurará contra la exención de fondos para funerales o seguro de vida. *Las parcelas en cementerios* para beneficiarios de Medicaid y sus familiares más cercanos están exentas sin importar su valor.

G. ¿Cuándo están exentos los artículos para el hogar y los efectos personales?

Los muebles y otros artículos del hogar, además de la ropa, joyas y artículos para el cuidado personal están exentos sin importar su valor.

6. ¿Puedo transferir recursos sin afectar la elegibilidad para Medicaid?

A. Reglas para transferir una vivienda

Se puede transferir sin sanción una *vivienda* a cualquiera de los individuos listados a continuación:

- Un *cónyuge*, o
- Un *hermano(a)* que tenga capital en la vivienda y que ha vivido en ella por lo menos un año inmediatamente antes de comenzar la cobertura de COPES o el internado del(a) hermano(a).
- Un *hijo(a)* que ha vivido en la vivienda y ha cuidado al padre/madre por los dos años inmediatamente antes de comenzar la cobertura actual de COPES o el internado actual del(a) padre/madre. (Si se satisface este requisito, no importa *cuándo* se traspasa la propiedad al hijo(a).)
- Un *hijo(a)* que sea menor de 21 años, ciego o discapacitado. (Los criterios usados para determinar la discapacidad para éste propósito son los mismos que los usados para las determinaciones de discapacidad por Seguridad Social.)

El individuo que haga la transferencia no necesita vivir en la vivienda en el momento en que se haga el traspaso a una de las personas arriba indicadas.

B. Las reglas para otras transferencias a un cónyuge o hijo(a) discapacitado(a).

No hay sanciones de Medicaid por transferir recursos a su cónyuge o a su hijo(a) discapacitado(a). (Los criterios usados para determinar la discapacidad para éste propósito son los mismos que los usados para

las determinaciones de discapacidad por Seguridad Social.)

Recuerde que los recursos de ambos cónyuges se suman para la determinación inicial de elegibilidad para Medicaid. (Ver la respuesta a la Pregunta 4 arriba). De modo que si una pareja al momento de aplicar tiene más recursos que los permitidos, la transferencia entre esposos no resolverá el problema.

Se puede efectuar una transferencia a un cónyuge o hijo(a) discapacitado(a) antes o después de que un individuo califique para Medicaid sin sufrir sanciones.

C. Reglas para otras transferencias a personas que no son ni cónyuges ni hijos discapacitados

(1) Transferencias sin sanciones

(a) No hay sanciones si vende su recurso por un precio que representa el valor actual en el mercado.

(b) Recursos *exentos con excepción de la vivienda o de un contrato de venta*, se pueden regalar a cualquier persona sin sanción. (Los recursos exentos se describen en la Pregunta 5.)

(c) No hay sanciones por obsequios hechos después de abril del 2006 siempre que el total de los regalos hechos en cualquier mes calendario sea \$246 o menos. (Se aplican reglas distintas para regalos hechos antes de mayo 2006 si es que se solicitó Medicaid antes de mayo del 2009.)

(d) No hay sanciones por obsequios de cualquier valor efectuados más de 60 meses antes de haber aplicado para Medicaid para recibir atención en un hospicio (de enfermos y/o ancianos).

(e) No hay sanciones si puede demostrar que el traspaso no se hizo para calificar para

Medicaid, sin importar cuándo se haya hecho la transferencia.

(2) Transferencias que resultan en sanciones

Pueden imponerse sanciones si usted transfiere recursos *no exentos*, o contratos de venta, o una vivienda (excepto a una de las personas arriba indicadas), por menos del valor actual en el mercado dentro de 60 meses de haber aplicado para Medicaid. La sanción resulta en un período de descalificación para Medicaid. Dicho período depende del valor del recurso regalado y de cuándo se regaló. No existe un período máximo de descalificación.

(3) Cálculo del periodo de descalificación

El proceso para calcular el período de descalificación es un poco complicado. Si después de leer la explicación a continuación usted sigue con dudas acerca del efecto de obsequios que ha hecho, o de aquellos que está considerando hacer, sería prudente consultar con un abogado con conocimiento de Medicaid.

Nota: Las explicaciones a continuación sobre los cálculos aplican a solicitudes para Medicaid hechas entre el 1 de octubre del 2011 y el 30 de septiembre del 2012. Los números cambian cada año en octubre).

Para determinar el período de descalificación, tome el total de todos los regalos hechos dentro del periodo de 60 meses antes de aplicar y divida el total por 246. El resultado de esta división será el número de días de descalificación.

El período de descalificación no empieza hasta el primer día del mes en que el solicitante habría sido elegible para atención de larga duración pagada por Medicaid siempre y cuando no hubiera tenido un periodo de descalificación. Esto significa que el solicitante debe satisfacer los requisitos de ingreso y recursos para Medicaid además del

nivel de atención médica requerido para recibir atención de larga duración pagada por Medicaid. También, para iniciar el periodo de descalificación, el Departamento requiere que el individuo presente una solicitud – en efecto, procurando que el Departamento determine que es “elegible en todos los demás aspectos”.

Si el regalo se hizo cuando el individuo ya recibía servicios de atención de larga duración pagados por Medicaid, en un hospicio (para enfermos y/o ancianos) o en algún otro lugar, entonces el período de descalificación empezaría normalmente el primer día del mes siguiente al mes en que DSHS envíe un aviso oficial de la descalificación, pero no más allá del primer día del mes siguiente a 3 meses calendario desde la fecha del informe o del descubrimiento (por el departamento) del traspaso. Hay una excepción a ésta norma. El período de descalificación empezará después si ya hay en curso otro período de descalificación. En dicho caso, el período de sanción nuevo empieza después de que termine el que ya está cumpliendo.

Ejemplo:

Si usted hizo obsequios por un total de \$20,000 entre mayo y agosto del 2011 e ingresó a un hospicio (para enfermos y/o ancianos) y aplicó para Medicaid en octubre del 2011, calcularía el período de descalificación dividiendo 20,000 por 246 para resultar en 81 días de descalificación debido a esos regalos. ($20,000 \div 246 = 81.3$, que se aproxima a 81). El período de descalificación empezaría el 1 de octubre del 2011, asumiendo que usted cumpla con los otros requisitos de Medicaid en esa fecha.

Recuerde que hacer un regalo no causa que un solicitante sea elegible por concepto de recursos en el mes que se haga el regalo si los recursos eran demasiado altos el primero de ese mes.

En general, antes de solicitar Medicaid para recibir atención en un hospicio (para enfermos y/o ancianos), se aplican las mismas

restricciones a las transferencias hechas por usted o por su cónyuge. Esto significa que si usted regala recursos o su cónyuge lo hace, usted se podría exponer en ambos casos a un período de descalificación. Sin embargo, una vez que usted se encuentre recibiendo Medicaid, los regalos hechos por su cónyuge no afectarán su elegibilidad.

(4) Condonación de los períodos de descalificación

DSHS puede perdonar un período de descalificación si determina que negarle prestaciones le causaría extremas dificultades. Dicha condonación podría resultar en una multa civil contra el receptor de un regalo hecho con el propósito de calificar para Medicaid si dicha persona “sabía, o debió haber sabido” del propósito.

7. ¿Podrá DSHS imponer un derecho prendario o entablar alguna acción legal en contra de mi sucesión?

Usualmente, DSHS puede recuperar de la sucesión del residente del hospicio la mayoría de los gastos incurridos por Medicaid para su cuidado después que el residente cumple 55 años de edad. La recuperación se dilatará si, al fallecer, al beneficiario de Medicaid le sobrevive el cónyuge o la pareja de hecho inscrita o un(a) hijo(a) ciego(a) o discapacitado(a) o menor de 21 años.

La acción legal de DSHS para recuperar de la sucesión sólo aplica a la propiedad de la cual el beneficiario de Medicaid es dueño al fallecer. *No se puede presentar una acción legal de recuperación contra las propiedades tan sólo a nombre del cónyuge o de un(a) hijo(a)*. Esta podría ser una razón importante para consultar con un abogado que conozca las reglas de Medicaid sobre las transferencias permitidas de propiedad.

Hay mayor información sobre la recuperación de sucesiones en el folleto de Columbia legal Services titulado "Recuperación de servicios médicos pagados por el Estado en contra de las sucesiones".

necesita ayuda. Las reglas de DSHS requieren lo que se llama "servicios suplementarios necesarios de acomodación" cuando son necesarios. Estos servicios incluyen ayuda para llenar los formularios y ayuda para ubicar información o documentos que se necesitan para su solicitud.

8. ¿Y si necesito ayuda con el proceso de solicitud para Medicaid?

Muchas personas necesitan ayuda para aplicar por Medicaid. Generalmente hay familiares o amigos, o el personal de algún hospital o de un hospicio (para enfermos y/o ancianos) o de otras agencias que pueden ayudar. También hay ayuda disponible de parte del personal de DSHS, especialmente para personas con impedimentos físicos o mentales que les dificulta completar, por su propia cuenta, el proceso de aplicación.

Si necesita ayuda de DSHS para el proceso de aplicación, usted alguien más le debería informar a un representante de DSHS que

Las reglas de Medicaid son complicadas. Antes de tomar pasos que usted no entienda bien, se aconseja obtener asesoramiento legal personalizado.

NH Q&A Spanish 1-2012 (2-8-12)

Preparado por COLUMBIA LEGAL SERVICES