
PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE EL PROGRAMA COPES

SOLID GROUND – ASISTENCIA LEGAL PARA BENEFICIOS

JULIO 2023

LA INFORMACIÓN EN ESTE PANFLETO ESTÁ CORRECTA A LA FECHA DE SU ACTUALIZACIÓN. LAS REGLAS CAMBIAN CON FRECUENCIA.

1. ¿Qué es COPES?

COPES es un programa de Exención para Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS) que paga por servicios para personas en ambientes comunitarios. Estos servicios ayudan a personas que, sin COPES, tendrían que vivir en un hogar de personas mayores o centros de asistencia de enfermería. Las siglas de COPES en inglés significan Sistema de Ingreso del Programa de Opciones en la Comunidad.

Los servicios ofrecidos por medio del programa COPES son administrados por Servicios en la Comunidad y el Hogar (HCS), una división del Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington (DSHS). DSHS determina si usted es elegible.

HCS tiene otras 2 Exenciones para Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS) llamadas New Freedom en los condados de King y Pierce y la Exención de Apoyo Residencial. Las reglas para calificar financieramente para estos programas son las mismas que para COPES. Para una descripción general de todos los servicios y apoyos en la Comunidad y el Hogar (HCS) por un periodo prolongado, consulte: Medicaid y Opciones de Servicios por un Periodo Prolongado para Adultos que se encuentra en

<https://www.dshs.wa.gov/sites/default/files/publications/documents/22-619.pdf>

El sitio web de la Administración de Envejecimiento y Apoyos por un Periodo Prolongado tiene información sobre todos los servicios de atención por un periodo prolongado en

<https://www.dshs.wa.gov/altsa/long-term-care-services-information>

Nota importante sobre COPES: Las personas en COPES son elegibles para el Programa de Ahorro de Medicare para Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB). El QMB paga sus primas, copagos y deducibles de Medicare. Si usted está en el programa COPES, es elegible para el QMB incluso si sus ingresos normalmente serían demasiado altos para calificar. Vea Programas de Ahorros de Medicare: Ayuda para pagar los costos de Medicare en los Programas de Ahorros de Medicare en www.washingtonlawhelp.org para obtener más información sobre el QMB.

Cómo aplicar:

Se aplica para COPES una de tres maneras: sometiendo una solicitud por Internet; sometiendo una solicitud en papel en una oficina local de Servicios en la Comunidad y el Hogar (HCS) del DSHS; o llamando a su oficina local de HCS.

El sitio web para someter la solicitud por internet es Washington Connection:

<https://www.washingtonconnection.org/home/>

El sitio web para descargar una solicitud en papel es [formulario HCA 18-005 Solicitud de Washington Apple Health para Cobertura de Atención Prolongada/Tercera Edad, Ciegos, Discapacitados] es

<http://www.hca.wa.gov/medicaid/forms/Documents/18-005.pdf>.

También puede recoger el formulario en una oficina de DSHS. La solicitud en papel puede regresarse a PO Box 45826 Olympia WA 98504 o a su oficina local de Servicios en la Comunidad y el Hogar (HCS). Para ubicar la oficina correcta de HCS, llame al 1-800-422-3263 o visite el siguiente sitio web para ubicar la oficina de HCS en su condado:

<https://www.dshs.wa.gov/altsa/resources>

2. ¿Cómo se determina la elegibilidad para COPES?

Para recibir COPES, usted debe reunir ciertos requisitos económicos para ser elegible (ver Preguntas 5-7). Además, debe requerir ayuda, debido a algún tipo de discapacidad física o cognitiva, con ciertas actividades del diario vivir. Dichas actividades son comer, bañarse, transferirse (por ejemplo, moverse de la cama a una silla), movilidad en la cama (posicionamiento), locomoción (caminar o deambular), usar el baño y la administración de medicamentos.

Para calificar para COPES, usted debe necesitar extensa ayuda con dos más de las actividades del diario vivir en la lista, o al menos requerir algo de ayuda con tres actividades o más. Una persona que necesite supervisión debido a una incapacitación cognitiva podría calificar para COPES si necesita extensa ayuda con una de las actividades en la lista. Por último, HCS debe determinar que usted necesita la ayuda descrita arriba y que se puede satisfacer adecuadamente sus requerimientos mediante los servicios disponibles a través de COPES.

Los individuos menores de 65 años de edad que no estén recibiendo o no sean elegibles para Medicare, podrían ser elegibles para atención médica conocida como MAGI Medicaid por medio del Mercado de Seguros de Salud (<http://wahbexchange.org/>). MAGI Medicaid incluye cobertura para establecimientos con atención de enfermería pero no incluye cobertura de COPES. La información y reglas en esta publicación aplican a individuos de MAGI Medicaid que necesitan servicios de COPES. Se requiere una determinación de discapacidad de que un individuo de MAGI necesita servicios de COPES y el individuo debe cumplir con los requisitos de ingresos y recursos del programa COPES.

Nota: La Agencia de Salud (HCA) del Estado de Washington usa el término “Apple Health” para referirse a todos los programas médicos estatales y de Medicaid, incluyendo los programas de atención prolongada. MAGI Medicaid se refiere a Medicaid médico para individuos que califican menores de 65 años de edad que no reciben o no califican para Medicare. Medicaid Clásico, también conocido como Medicaid relacionado a SSI, es Medicaid médico para individuos que califican de 65 años de edad y más. Ambos son programas de Apple Health.

3. ¿Cuánto paga COPES?

Lo que COPES pagará depende de los servicios con los que se evalúa que usted necesita ayuda y cuánta ayuda necesita con ellos. Casi todos los que reciben servicios por medio de COPES también recibirán servicios por medio del programa Community First Choice (CFC). El CFC paga por cuidados personales (y algunos otros servicios) mientras que COPES paga por servicios “integrales”, incluyendo la entrega de comida a domicilio, asistentes de ayuda médica a domicilio, atención especializada de

enfermería, cuidado de adultos en un centro diurno, y capacitación para ayudarle a ser más autosuficiente.

Medicaid también podría pagar por cuidados en un establecimiento u hogar grupal. El pago depende del tipo de establecimiento y su ubicación. Lo máximo que COPES paga por atención en un hogar familiar para adultos es una cantidad que generalmente varía entre \$3,368 y \$7,002 por mes. Para un establecimiento de vida asistida, el pago normalmente varía entre \$2,940 a \$6,511 al mes. La cantidad efectiva depende del condado y del nivel de atención necesaria. Bajo circunstancias excepcionales, cuando sea necesario un cuidado más intensivo, Medicaid podría pagar una cantidad más alta. Un mayor número de hogares familiares para adultos y establecimientos de vida asistida están requiriendo que los residentes paguen con fondos privados por un número determinado de meses, o años, antes de permitir que el residente convierta a estatus de Medicaid. Es importante estar consciente de ésta práctica cuando se ande en busca de una institución.

Todas las personas que reciben COPES tienen cobertura de Medicaid para otros gastos médicos, incluyendo servicios médicos, recetas médicas y servicios de salud en el hogar. También reciben servicios de administración de casos – asistencia para planificar y supervisar la atención que reciben.

4. ¿Cuándo empieza la cobertura de COPES?

La cobertura de COPES no comienza hasta que DSHS aprueba un plan que describe sus requerimientos y los servicios que se necesitan para satisfacer dichos requerimientos. La cobertura *médica* que usted recibe con COPES empieza a partir del primer día del mes en el cual comienza su cobertura de COPES.

5. ¿Cómo se definen los ingresos y recursos para propósitos de COPES?

Para recibir servicios de COPES, sus ingresos y sus recursos deben estar dentro de ciertos parámetros. Para contar sus *ingresos* de un mes, DSHS toma en cuenta lo que usted *recibió ese mes*. Los ingresos típicamente incluyen cosas como la Seguridad Social, prestaciones para veteranos de guerra, y salarios, en el mes en que se recibieron.

Para contar sus recursos de un mes, DSHS toma en cuenta los recursos suyos al principio del primer día del mes. Sea cuáles sean los recursos que existen en ese momento exacto, esos son los recursos que se cuentan. Los recursos típicamente incluyen cosas como bienes raíces, fondos en cuentas bancarias (excluyendo los ingresos del mes en consideración) y acciones. Los fondos de pagos que se contaron como ingresos el mes pasado contarán como parte de sus recursos este mes si aún los tenía al primero del mes en curso. No todos los recursos cuentan para propósitos de determinar elegibilidad de recursos.

Los estándares de ingreso y de recursos para los programas de Medicaid se ajustan anualmente y se pueden encontrar aquí:

<https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/program-standard-income-and-resources>

6. ¿Soy “elegible en base a ingresos” para COPES?

Un solicitante es elegible en base a sus ingresos si los ingresos mensuales del solicitante no sobrepasan los \$9,440, luego de reducir los ingresos por las cantidades a continuación.

- Ingresos de ciertas fuentes (ver WAC 182-513-1340)
- Exclusión general (\$20)
- Exclusión de ingresos del trabajo (primeros \$65 de ingresos del trabajo y la mitad de los ingresos de trabajo adicionales)
- Primas del seguro de salud, aparte de Medicare (prorratedas mensualmente durante un periodo de certificación de 12 meses); y
- Facturas médicas permisibles pendientes.

Para solicitantes casados, esto aplica solamente a los ingresos del solicitante y no a los ingresos del(a) esposo(a) no solicitante.

Si usted es elegible para COPES en base a ingresos, se permitirá que se quede con una cantidad específica de ingresos y se requerirá que utilice cualquier cantidad adicional para ciertos fines (ver Preguntas 8-9).

7. ¿Soy "elegible en base a recursos" para COPES?

El límite de recursos (bienes, posesiones, ahorros) que una persona soltera puede tener son \$2000. Ciertos recursos "exentos" no se cuentan para determinar si usted se encuentra dentro de este límite. Los recursos exentos se describen en la Pregunta 11.

Al cónyuge de un receptor de COPES se le permite mantener considerables recursos más. Los recursos que un cónyuge puede mantener se explican en la respuesta a la Pregunta 10. Las reglas sobre las consecuencias de regalar sus recursos se describen en la respuesta a la Pregunta 12.

Nota: Una regla en vigor a partir del 16 de abril, 2015, considera recursos traspasados a otro individuo o entidad para el pago de sus cuidados de larga duración como disponibles para usted, lo que generalmente hará que

usted no sea elegible por tener recursos en exceso de lo permitido. ver Pregunta 12).

8. ¿Con qué *ingresos* me puedo quedar si recibo COPES?

Si está en el programa COPES, se le permitirá quedarse con una cantidad determinada de ingresos, llamada "asignación para requerimientos personales". Como se describe en detalle más adelante, si tiene más del monto permitido, debe usar el resto para ciertos propósitos, tales como pagar por servicios de atención.

Si usted está en el programa COPES y vive en su hogar, se le permitirá quedarse con la siguiente cantidad de ingresos contables como parte de su asignación para requerimientos personales (lo que incluye mantenimiento del hogar): si es soltero, \$2,742 al mes; si está casado y su cónyuge *no* está en COPES, \$914 al mes; si está casado y su cónyuge también está en COPES, \$2,742 por cada cónyuge.

Si está en el programa COPES y vive en un hogar de familia para adultos, un establecimiento de vida asistida, o en una institución de atención residencial para adultos, puede tener una asignación para requerimientos personales de \$100 por mes (ó \$38.84 para ciertos residentes que se encuentren en el programa de efectivo para las Personas Mayores, Ciegas, Discapacitadas (en inglés, Aged, Blind, Disabled o ABD) financiado por el Estado). Los próximos \$814 deben pagarse a la institución para cubrir el alojamiento y comida. (\$100 + \$814 = \$914).

Al cónyuge de un receptor de COPES podría permitírsele que se quede con parte de los ingresos del receptor de COPES, como se explica en la Pregunta 9. Esta cantidad se llama "asignación de ingresos conyugales".

Sin embargo, sólo se puede asignar una asignación conyugal si su cónyuge no está en una institución médica y satisface los requisitos de ingresos para recibir la asignación, y si usted tiene suficientes ingresos restantes después de otras deducciones permitidas. Las deducciones de los ingresos se permiten en jerarquía. Luego de descontar lo que se permite para requerimientos personales (incluyendo pensión completa, es decir, cuarto y comida), las deducciones de los ingresos se permiten en el siguiente orden:

- (1) Una cantidad permitida para una deducción por ingresos del trabajo (actualmente \$65), y la ½ del resto de sus ingresos del trabajo (si está trabajando);
- (2) una cantidad para costos de tutela y gastos administrativos;
- (3) una cantidad para manutención de menores actual y/o atrasada embargada o retenida del ingreso mensual actual conforme a una orden de manutención de menores;
- (4) una cantidad para su cónyuge, si tiene;
- (5) una cantidad para miembros de la familia que sean dependientes; y
- (6) una cantidad para gastos médicos permitidos impagos.

La cantidad total de las deducciones para su asignación para requerimientos personales, ingresos por trabajo, y costos de tutela/gastos administrativos no pueden exceder \$2,742. El número y cantidades de deducciones efectivamente permitidos dependerán de los ingresos del individuo y el monto de cada deducción.

Lo que sobre de los ingresos debe usarse para pagar parte de los servicios para los que usted fuera aprobado. Esto incluye tanto el costo de servicios de COPES como de CFC. La parte de los costos que usted paga se llama

su “participación”. DSHS cubre el resto. Usted sólo es responsable por pagar participación hasta el costo *real* de los servicios provistos.

Ejemplo 1

Usted es aprobado para servicios de atención prolongada en su propio hogar y su participación es de \$500. Sin embargo, su plan de evaluación individualizada de asistencia (CARE) sólo indica 30 horas de asistencia a \$10 por hora. En este ejemplo, usted sólo paga \$300 a su proveedor, no \$500.

Ejemplo 2

Usted es aprobado para servicios de atención prolongada en un establecimiento de Vida Asistida y su participación es de \$3,000. Sin embargo, la tarifa estatal para establecimientos de Vida Asistida es \$2,635 por mes. En este ejemplo, usted sólo paga \$2,635 a su proveedor, no \$3,000.

Si el costo efectivo de los servicios es menos que la cantidad de su participación, debe tener cuidado que la diferencia no vaya a hacer que sus recursos sobrepasen el límite de \$2,000 el primero del mes siguiente.

Su elegibilidad para COPES y la asignación para requerimientos personales no se verán afectados por ítems o servicios que se le regalan o que usted recibe porque una tercera persona los paga.

9. ¿Con cuáles *ingresos* nos podemos quedar si mi cónyuge empieza a recibir COPES?

Si su cónyuge empieza recibir COPES, pero usted no es receptor ni de COPES ni Medicaid, su cónyuge puede quedarse con \$914 por mes y a usted se le permiten ciertos ingresos adicionales.

Usted (el cónyuge que no recibe COPES) siempre puede quedarse con todos los ingresos que reciba a su nombre, sin importar la cantidad. Además, si los ingresos que recibe a su nombre son menos de \$2,465, usted puede quedarse con toda la cantidad que sea necesaria de los ingresos de su cónyuge que excedan los \$914 que le son permitidos a él/ella para alcanzar los \$2,465 mensuales suyos. Y, si sus gastos de vivienda (alquiler o hipoteca, pago de mantenimiento para un condominio o una cooperativa, impuestos, seguro y servicios públicos) exceden \$740 por mes, los \$2,465 se pueden aumentar hasta \$3,716 con la suma del exceso. (para calcular los gastos de vivienda, se usan los costos reales de renta o hipoteca, pago de mantenimiento para un condominio o una cooperativa, impuestos, y seguro). Sin embargo, para los servicios públicos, se usa una cantidad estándar de \$462 por mes).

Si el cónyuge que recibe COPES vive en un hogar de familia para adultos o en alguna otra institución residencial, entonces todo excepto \$100 de los primeros \$914 de los ingresos de su cónyuge deben pagarse a la institución por alojamiento y comida. Si esto no deja a la pareja con suficientes ingresos para que el cónyuge en casa disponga de la cantidad que de otra manera recibiría, como se describe en el párrafo anterior, entonces existe un problema especial. Usted puede pedir que HCS haga "una excepción a la regla" para reducir la asignación por alojamiento y comida pagada a la institución para que de esa manera el dinero esté disponible al cónyuge. (Existe una disputa sobre la legalidad bajo ley federal de negar dicha excepción. Si este problema le afecta a usted, le aconsejamos obtener asesoramiento legal).

Si usted puede recibir o no una asignación de los ingresos de su cónyuge dependerá de la cantidad de los ingresos de su cónyuge; otras deducciones permitidas, si las hay, y la

cantidad de las otras deducciones. Las deducciones de los ingresos suyos se permiten en orden jerárquico (véase Sección 8).

Ejemplos

Su cónyuge está en casa y recibe COPES.

- Si recibe \$2,400 a nombre suyo y \$950 a nombre de su cónyuge, puede quedarse con \$2,400. Su cónyuge puede quedarse con \$914 de sus ingresos y pagaría \$36 al proveedor de COPES.
- Si recibe \$914 a nombre suyo y \$2,400 a nombre de su cónyuge, puede quedarse con los \$914 suyos y es posible que además pueda quedarse con al menos \$1,551 de los ingresos de su cónyuge ($\$2,465 - \$914 = \$1,551$). Y si sus gastos de vivienda son \$800 por mes, puede quedarse con \$60 **adicionales** de los ingresos de su cónyuge, porque el nivel de \$2,465 se aumenta conforme a sus costos de vivienda en exceso de \$740 ($\$800 - \$740 = \60). Si usted puede recibir o no una asignación de los ingresos de su cónyuge dependerá de la cantidad de los ingresos de su cónyuge; otras deducciones permitidas, si las hay, y la cantidad de las otras deducciones. Las deducciones de los ingresos suyos se permiten en orden jerárquico (véase Sección 8).

Al cónyuge de un receptor de COPES podría permitírsele quedarse con una mayor parte de los ingresos del receptor de COPES si un juez del tribunal superior ordena una pensión más alta (por ejemplo, en una acción de separación legal) o si un juez de leyes administrativas en un procedimiento administrativo decide que existen

“circunstancias excepcionales que resultarían en extremas dificultades económicas”.

También es posible que un receptor de COPES tenga derecho a una asignación adicional para el cuidado de un miembro de la familia que sea dependiente.

10. ¿Qué recursos podemos tener cuando mi cónyuge aplique para recibir COPES?

Cuando su cónyuge aplique al programa COPES, ambos pueden tener todos los recursos “exentos” - por ejemplo, una casa y un carro. Los recursos exentos se explican más adelante en la respuesta a la Pregunta 11.

Además, pueden tener recursos no exentos hasta cierto valor (recursos no exentos incluyen cosas como efectivo, fondos en cuentas bancarias, e inversiones). (Recursos no exentos incluyen tales cosas como efectivo, la mayoría de fondos en cuentas bancarias e inversiones.) El límite incluye los \$2,000 con los que se puede quedar un soltero receptor de COPES más una cantidad establecida por la Asignación de Recursos para el Cónyuge en la Comunidad (en inglés, Community Spouse Resource Allowance o CSRA).

El CSRA es \$68,301. Cuando su cónyuge aplique para COPES, usted y su cónyuge pueden tener \$70,301 en recursos no exentos (\$68,301 que se permiten para usted y \$2,000 para su cónyuge) y posiblemente más. Al momento de la aplicación, no importa cual cónyuge es dueño de qué recurso, o si los \$68,301 o alguna porción de esa cantidad es propiedad en común o individual. Se suman todos los recursos del matrimonio para determinar la elegibilidad.

A veces, la Asignación de Recursos para el Cónyuge en la Comunidad (CSRA) puede ser más de \$68,301. Puede ser más si aplica alguna de las siguientes excepciones:

(1) Si su cónyuge está actualmente internado, (en un hospital, hogar de personas mayores o centro de enfermería), y usted puede demostrar que los recursos conjuntos de ambos eran más de \$136,602 al comenzar el período actual de internamiento, entonces podría tener derecho a un CSRA mayor de \$68,301. Si esta excepción aplica, el CSRA se aumenta a la mitad de los recursos conjuntos que tenía el matrimonio al momento en que el período actual de internamiento empezó. La cantidad máxima a la que se puede aumentar el CSRA es \$148,620.

(2) Es *posible* que se le permita conservar mayores recursos no exentos si los *ingresos* combinados de ambos cónyuges no es suficiente para proveer lo que permiten las reglas que se explican arriba en la respuesta a la Pregunta 9 (\$2,465 a \$3,716). Para hacer esto, el cónyuge que no es receptor de COPES, debe pedir una decisión a HCS 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 hogar de personas mayores o centro de enfermería) y el período actual del internado comenzó antes del 1º de agosto, 2003, entonces su CSRA es de \$148,620.

Hay varias maneras de reducir el exceso de recursos que causen que su cónyuge no sea elegible para COPES. Puede gastar los recursos en exceso en cosas como atención médica, reparación de su casa, en la compra de recursos exentos, o en bienes para el consumidor o servicios, siempre y cuando reciba el valor justo por su dinero. O puede comprar una anualidad que convierte los recursos excesivos en ingresos mensuales, *si dicha anualidad satisface los requisitos de las reglas de la Agencia de Salud estatal (HCA)*. Para determinar si una anualidad satisface las reglas de HCA, y si en su caso particular

algún plan financiero específico tiene sentido, debiera consultar con un abogado familiarizado con las leyes de Medicaid.

La explicación anterior responde a la pregunta “¿Qué recursos puedo tener cuando mi cónyuge *solicita* COPES?”. Reglas completamente distintas aplican una vez que su cónyuge *ya es* receptor de COPES. Después que se aprueba la solicitud, la elegibilidad del receptor de COPES no se verá afectada por los aumentos de los recursos del cónyuge que no es receptor de COPES. En otras palabras, si un cónyuge ya es receptor de COPES, los recursos del otro cónyuge pueden aumentar por encima de los límites vigentes al momento en que se determinó la elegibilidad para COPES. El aumento no afectará la elegibilidad para COPES del cónyuge receptor de COPES.

Al momento de la aplicación, no importa cuál cónyuge es dueño de los recursos. Pero, dentro del plazo de un año desde que se apruebe la aplicación de COPES, se debe traspasar cualquier exceso sobre \$2,000 al cónyuge que no recibe COPES. Después de eso, el cónyuge receptor de COPES no puede tener a su nombre más de \$2,000 en recursos no exentos.

11. ¿Qué recursos no se cuentan para determinar si uno puede recibir COPES?

A. ¿Qué se entiende por recursos exentos?

Algunos recursos se consideran exentos y no cuentan hacia los límites de recursos de \$2,000 ni de \$68,301 a \$148,620 indicados en la sección anterior. Los recursos exentos pueden incluir su casa, artículos del hogar y efectos personales, algunos contratos de bienes raíces, un automóvil, seguro de vida con un valor nominal de \$1,500 o menos, la mayoría de parcelas en cementerios, servicios prepagados de la funeraria, y ciertos otros tipos de propiedad y artículos que se usan

para la autosuficiencia. Algunas de estas cosas se discuten abajo en más detalle.

También, aquellos recursos *no-exentos* que no se pueden vender en el transcurso de 20 días hábiles no se toman en cuenta temporalmente mientras se estén vendiendo.

B. ¿Cuándo está exenta una vivienda?

Un hogar (que puede incluir la casa y la propiedad que la rodea, un condominio o una casa móvil) puede ser recurso exento. La exención aplica mientras el receptor de COPES viva en el hogar, o se encuentre ausente temporalmente pero con la intención de regresar a la casa. Además aplica siempre que el cónyuge de receptor de COPES o, en algunos casos, algún familiar dependiente, siga viviendo en la casa.

La exención no aplica para una casa en la cual el receptor de COPES tiene más de \$1,033,000 de patrimonio, a menos que una de las siguientes excepciones aplique: (1) el receptor está recibiendo servicios basados en una solicitud para servicios de atención prolongada de Medicaid presentada antes del 1º de mayo del 2006; o (2) el cónyuge del receptor o su hijo menor de 21 años o discapacitado o ciego viva en la casa. (El criterio para discapacidad para este propósito es el mismo que Seguridad Social usa para determinar discapacidad.)

Aun cuando una casa es exenta, un solicitante o receptor casado de Medicaid podría igual querer transferir su interés en la casa a su cónyuge. Dicha transferencia se puede hacer para prevenir que más adelante Medicaid recupere los costos de la sucesión del receptor de Medicaid (ver Pregunta 13), o para facilitar al cónyuge la venta o la disposición de la casa. Pero dicho traspaso no es siempre la mejor idea. Por ejemplo, podría resultar en consecuencias adversas de impuestos o de algún otro tipo. Antes de efectuar el traspaso,

sugerimos que primero consulte con un abogado familiarizado con las reglas de Medicaid y las leyes de herencia y sucesiones.

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

C. ¿Cuándo está exento un contrato de venta?

El interés del vendedor en cualquier contrato de venta firmado antes de 1º de diciembre de 1993 es recurso exento, a menos que sea transferido. Un contrato de venta firmado después del 30 de noviembre de 1993 es considerado exento solamente si es un contrato por la venta del hogar del vendedor e incluye términos comparables a los del mercado. Un contrato de venta firmado después de mayo 2004 es exento solamente si es por la venta de la residencia principal del vendedor al momento que éste ingresó en una institución médica (incluyendo un hogar de personas mayores) o al momento en que se hizo receptor de COPES, y si el contrato requiere el retorno del principal dentro de las "expectativas de vida previstas" del vendedor. Los *pagos* recibidos bajo un contrato de venta exento serán tratados como *ingresos*.

D. ¿Cuándo está exento un automóvil?

Un carro está exento, sin importar el valor, si es usado para el transporte ya sea del receptor de COPES o el de una persona que reside con él/ella.

E. ¿Cuándo están exentos los seguros de vida?

El valor de rescate en efectivo de un seguro de vida puede ser reclamado como exento si el valor *nominal* total (la cantidad pagada al fallecer) de la póliza 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 de recursos de \$2,000 o \$68,301 a \$130,380 que se indican en la sección anterior.) El seguro de vida sin valor de rescate en efectivo no afecta la elegibilidad para COPES.

F. ¿Cuándo están exentos los fondos para servicios de funeraria y lotes en el cementerio?

Un fondo de \$1,500 para los servicios de funeraria para una persona (y otros \$1,500 adicionales para un cónyuge) pueden reclamarse como exentos si se mantienen en una cuenta claramente identificada para cubrir los gastos de entierro o cremación. Si un individuo tiene seguro de vida que reclama como exento, entonces el valor nominal del seguro de vida cuenta como parte del fondo para servicios de funeraria de dicha persona. Por ejemplo, si un receptor de COPES tiene un seguro de vida exento con valor nominal de \$1,000, entonces sólo \$500 pueden ser exentos en una cuenta asignada para gastos de funeral.

Un *fideicomiso irrevocable* para gastos de funeral o un *plan pre-pagado de servicios de funeraria* puede reclamarse como exento, mientras no exceda los gastos razonablemente previstos de un entierro. El valor de dicho fideicomiso o plan contará en contra de la exención de fondos para servicios de entierro o seguro de vida.

Los lotes en cementerios para un receptor de COPES, y para los miembros de su familia inmediata, están exentos, sin importar su valor.

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

Los muebles de la familia y otros artículos del hogar, al igual que la ropa, joyería y artículos para el aseo personal se consideran exentos sin importar su valor.

H. ¿Cuándo está exenta una cuota de entrada pagada a una comunidad de jubilación de atención permanente o a una comunidad de atención de por vida?

Una cuota de entrada pagada por un solicitante a Medicaid de atención prolongada a una comunidad de jubilación de atención permanente o a una comunidad de atención de por vida sigue considerándose un recurso disponible al solicitante en la medida que: (1) el solicitante tiene derecho a usar la cuota (incluyendo para pagar por atención); (2) el contrato permite reembolso de algún remanente de la cuota de entrada por fallecimiento o término del contrato y salida de la comunidad; y (3) la cuota no confiere un interés de propiedad en la comunidad.

I. ¿Cuándo está exento el valor dólar de los ingresos provenientes de un seguro pagados en virtud de una póliza de seguro para atención prolongada?

El valor dólar de los ingresos provenientes de un seguro pagados para gastos por atención prolongada, en virtud de una póliza de seguro de Alianza para Atención Prolongada se considerará exento al momento de solicitar Medicaid y no estará sujeto a recuperación de la sucesión por parte de Medicaid al fallecer (la exención aplica sólo al valor del producto de un seguro que se paga en virtud de una póliza de seguro de Alianza para Atención Prolongada cualificada).

12. ¿Puedo transferir recursos sin afectar la elegibilidad para COPES?

A. Reglas para transferir una vivienda

Puede transferir una *residencia* sin sanciones a cualquiera de los individuos descritos a continuación. (La persona que hace el traspaso no necesita vivir en la residencia al momento de la transferencia.)

- A un *cónyuge*
- A un *hermano o hermana* que tenga patrimonio en la residencia y que ha vivido en ella por un mínimo de un año justo antes de la fecha en que la cobertura de COPES empezara para su hermano(a) o justo antes de su ingreso a una institución.
- A un(a) *hijo(a)* que ha vivido en la residencia y ha cuidado al padre/madre por los dos años justo antes de la fecha en que comenzó la cobertura actual de COPES del padre o madre, o de su ingreso a una institución (si se satisface este requisito, no importa *cuándo* se traspasa la propiedad al hijo(a)). El cuidado debe haber posibilitado al padre o madre permanecer en el hogar y debe poder verificarse, y Medicaid no debe haberlo pagado. Se necesita la declaración de un médico acerca de la atención requerida.
- A un *hijo(a)* menor de 21, o ciego o discapacitado (el criterio para discapacidad para este propósito es igual al usado para las determinaciones de discapacidad para la Seguridad Social).

B. Reglas para otras transferencias a cónyuges o hijos discapacitados

No hay sanción por transferir recursos a un cónyuge o a un hijo discapacitado. (Se repite, el criterio para discapacidad es igual al usado para las determinaciones de discapacidad para la Seguridad Social.)

Recuerde que los recursos de ambos cónyuges se suman para determinar la

elegibilidad para COPES al principio. Así que, si un matrimonio tiene mayores recursos de los que se permiten al momento de aplicar, una transferencia de un cónyuge al otro no solucionaría ese problema.

Una transferencia a un cónyuge o a un hijo discapacitado puede hacerse sin sanciones antes o después de que el individuo califique para COPES o Medicaid.

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

(1) Transferencias sin sanciones

(a) No hay sanción si vende sus recursos a un precio que sea el valor del mercado.

(b) Recursos *exentos* (ver Pregunta 11), con excepción de la vivienda o contratos de venta, se pueden dar sin sanción a cualquier persona.

(c) No hay sanción por regalos hechos después de abril del 2006 siempre que el monto total en cualquier mes calendario sea \$367 o menos. (Se aplican reglas distintas para regalos hechos antes de mayo del 2006 y si usted aplicó para COPES o Medicaid para atención en un hogar de personas mayores o un centro de enfermería antes de mayo 2009.)

(d) No hay sanción por regalos de cualquier valor hechos más de 60 meses antes de aplicar para COPES o Medicaid para atención en un hogar de personas mayores o un centro de enfermería.

e) Sin importar cuando se haga una transferencia, no hay sanciones si usted puede demostrar que el traspaso no se hizo para calificar para COPES o Medicaid para atención en un hogar de personas mayores o un centro de enfermería, o que se hizo para evitar recuperación de la sucesión.

(2) Transferencias que resultan en sanciones

Podría ser sancionado si traspasa recursos *no exentos* o contratos de venta o una residencia (excepto a una de las personas listadas arriba) por menos del valor del mercado, dentro de los 60 meses de aplicar para Medicaid. La sanción es un período de descalificación para COPES o Medicaid para servicios de atención prolongada. El período de descalificación depende del valor y fecha del traspaso. No existe un período máximo de descalificación.

(3) Cómo se calculan los períodos de descalificación

El proceso para calcular períodos de descalificación es un poco complicado. Si después de leer la explicación a continuación usted sigue con dudas acerca del efecto de obsequios que ya hizo o está considerando, sería prudente consultar con un abogado con conocimiento de las reglas de Medicaid.

Nota: Las explicaciones a continuación son para solicitudes de COPES hechas entre el 1 de octubre de 2022 y el 30 de septiembre de 2023. (Las cifras cambian todos los años 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 367. El resultado de esta división será el número de días de descalificación. Este divisor de 367 es la tarifa promedio diaria en el estado de los establecimientos con atención de enfermería (actualmente \$367).

El período de descalificación no empieza a correr hasta que el solicitante de servicios de atención prolongada pagados por Medicaid es elegible en todos los demás aspectos, excepto por el periodo de descalificación. Esto significa que el solicitante debe satisfacer los requisitos de ingresos y recursos tanto como el requisito del nivel de atención requerido para COPES o Medicaid

para atención en un hogar de personas mayores o un centro de enfermería. También, para que el periodo de descalificación empiece a correr, el Departamento requiere que el individuo presente una solicitud – en efecto, pidiendo que el Departamento determine que es “elegible si no hubiera estado sujeto a un período de descalificación”.

Ejemplo:

Si usted hizo regalos por un total de \$20,000 entre mayo de 2022 y agosto de 2022 y aplicó para COPES en octubre de 2022, su periodo de descalificación se calcularía dividiendo 20,000 por 367 para un total de 54 días de descalificación resultantes de esos regalos. ($20,000 \div 367 = 54.495$, que se redondea a 54.) Su periodo de descalificación comenzaría el 1 de octubre de 2022, asumiendo que ese día cumpla con los demás requisitos para COPES.

Si el regalo se hace cuando el individuo ya está recibiendo COPES, entonces el período de descalificación normalmente empieza el primer día del mes siguiente al mes del aviso oficial de la descalificación, pero no más allá del primer día del mes que sigue a 3 meses calendarios completos desde la fecha del informe o del descubrimiento por el Departamento del traspaso. Hay una excepción a ésta norma. El período de sanción empezará más tarde si ya existe otro período de sanción en curso. En dicho caso, el período de sanción nuevo empieza después de que termine el que ya está cumpliendo.

En general, antes de aplicar para COPES o Medicaid para atención en un hogar de personas mayores o un centro de enfermería, las mismas restricciones se aplican a transferencias hechas por usted o su cónyuge. Si usted o su cónyuge regalan recursos, cualquiera de esos regalos podría resultar en un período de descalificación para usted. Sin embargo, una vez esté recibiendo COPES o

Medicaid para atención en un hogar de personas mayores o un centro de enfermería, los regalos que su cónyuge haga no afectarán que usted siga calificando.

(4) Traspasos que afectan la elegibilidad por recursos

Una regla en vigor a partir del 16 de abril, 2015, estipula que el traspaso de dinero en efectivo y otros recursos por un solicitante o receptor actual de servicios de atención prolongada (o su cónyuge) a otra persona o entidad para el pago de la atención prolongada del solicitante o receptor, se consideran recursos disponibles al solicitante o receptor, a menos que se excluyan por algún motivo. Esto generalmente hará que usted no sea elegible por tener recursos en exceso de lo permitido. En dicho caso, no comenzará a correr el periodo de inelegibilidad.

(5) Elegibilidad para Community First Choice (CFC)

Si usted no es elegible para servicios de COPES debido a un traspaso de recursos, igual podría ser elegible para recibir servicios de cuidado personal por medio de un programa llamado Community First Choice (CFC), si satisface los estándares de ingresos y recursos para ese programa. Lea el panfleto titulado *Preguntas y Respuestas sobre el Programa Community First Choice (CFC)*, que se encuentra disponible en el sitio web www.washington.org.

(6) Exoneración de los períodos de descalificación

Servicios en la Comunidad y el Hogar (HCS) puede eximir un período de descalificación si resuelve que la denegación de prestaciones causaría dificultades excesivas. La exoneración por dificultades se puede otorgar en casos donde se ha dado una denegación o

término de prestaciones en base a traspaso de bienes o patrimonio excesivo en un hogar.

Dicha exención podría resultar en la imposición de una multa civil para el receptor de un regalo si el receptor del regalo “sabía o debió haber sabido” que el regalo se hizo con el propósito de calificar para Medicaid.

Una exoneración por dificultades se puede otorgar en casos de traspasos entre parejas casadas o por traspasos entre parejas en unión libre que se hayan registrado.

13. ¿Mi sucesión estará sujeta a un derecho de retención o alguna demanda debido a los pagos de COPES?

DSHS podría tener derecho a recuperar, de la sucesión de un cliente de Medicaid, la cantidad que el Estado de Washington haya pagado por la atención del cliente. Si Medicaid tiene derecho o no a la recuperación depende del tipo de servicios recibidos por el cliente y de las fechas de los servicios provistos al cliente. Lea la publicación de Columbia Legal Services titulada *Recuperando de las Sucesiones los Servicios Médicos Pagados por el Estado*, disponible en el sitio web

<http://www.washingtonlawhelp.org>.

Dicha recuperación se aplazará si al momento de fallecer, al receptor de COPES le sobrevive su cónyuge, la pareja de hecho inscrita, o un hijo ciego o discapacitado o menor de 21 años.

La acción legal de DSHS para recuperar de la sucesión sólo aplica a la propiedad de la cual el receptor de COPES es dueño al fallecer. *No se puede presentar una acción legal de recuperación contra propiedad sólo a nombre de un cónyuge o de un hijo.* Esto podría ser un motivo importante para consultar con un abogado que conozca las reglas de COPES y Medicaid sobre los traspasos permitidos de propiedad.

14. ¿Puedo obtener ayuda con el proceso de aplicación?

Muchas personas necesitan ayuda para aplicar para COPES o Medicaid. A menudo hay familiares, amigos, miembros del personal de un hospital u hogar de personas mayores, o de alguna otra agencia, que pueden ayudarle. También hay ayuda disponible de parte del personal de Servicios en la Comunidad y el Hogar (HCS), especialmente para personas que tienen impedimentos físicos o mentales que les dificulta completar el proceso de aplicación por sí solos.

Si necesita ayuda de HCS para el proceso de aplicación, usted o alguna otra persona

debería informárselo a un representante de HCS. Las reglas de DSHS requieren lo que se llama “servicios necesarios de acomodación suplementaria” cuando se necesiten. Estos servicios incluyen ayuda para llenar los formularios y ayuda para ubicar información o documentos que se necesitan para su solicitud.

Nota Importante: Las personas que tienen COPES pueden contratar a un proveedor individual (IP) para que les atienda. Si usted lo hace, su decisión sobre cuál proveedor individual desea contratar tiene que pasar por el Estado o por un representante del Estado llamado Empleador Dirigido por el Consumidor o CDE, en inglés. A los proveedores individuales se les tiene que hacer una verificación de antecedentes. Si no pasan la verificación, usted no puede contratarlos. A veces, es posible que el Estado o el CDE decidan no permitirle contratar al proveedor individual que usted quiere, aunque la persona haya aprobado la verificación de antecedentes. Le darán una audiencia si el Estado dice que no puede contratar al proveedor individual que usted quiere, pero no tendrá una audiencia si el

CDE es quien toma esa decisión. No está claro si esto es legal. Si le pasa esto a usted, puede hablar con un abogado gratis. Fuera del Condado de King, llame al Teléfono Directo de CLEAR al 1-888-201-1014, de lunes a viernes, de 9:15 a. m. a 12:15 p. m. En el Condado de King, llame al 2-1-1 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Ellos le referirán a un proveedor de asistencia legal. Las personas de 60 años de edad o más también pueden llamar a CLEAR*Sr al 1-888-387-7111, en todo el estado.

Las reglas de COPES son complicadas. Antes de tomar pasos que no comprenda bien, se aconseja obtener asesoramiento legal individualizado.

(COPES Spanish 07-2023)

**Solid Ground -
Asistencia Legal para Beneficios
1501 N. 45th St., Seattle, WA 98103**