
PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE MEDICAID PARA RESIDENTES DE UN HOGAR DE ADULTOS MAYORES O CENTRO DE ENFERMERÍA

SOLID GROUND – ASISTENCIA LEGAL PARA BENEFICIOS

OCTUBRE 2020

ESTE PANFLETO ESTÁ CORRECTO A LA FECHA DE SU ACTUALIZACIÓN. LAS REGLAS CAMBIAN CON FRECUENCIA.

1. ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa del gobierno que paga por servicios médicos incluyendo la atención en hogares de adultos mayores o centros de enfermería (en inglés, *nursing homes*). El programa lo administra la Agencia de Salud (HCA) del Estado de Washington. El Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) del Estado de Washington está designado por HCA para administrar el programa de las instalaciones de hogares de adultos mayores o centros de enfermería.

Para recibir pagos de Medicaid para la atención en un hogar de adultos mayores o un centro de enfermería, usted debe cumplir con ciertos requisitos económicos. Los requisitos de elegibilidad económica se describen abajo. También, debe necesitar los servicios que se ofrecen en estas instalaciones.

Aplique para **Medicaid de Atención Prolongada** para residentes de hogares de adultos mayores o centros de enfermería una de dos maneras: sometiendo una solicitud por Internet; o sometiendo una solicitud en papel en una oficina local de Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCS) de DSHS. El sitio web para someter la solicitud por Internet es Washington Connection www.washingtonconnection.org/home/.

El sitio web para descargar una solicitud en papel [formulario HCA 18-005 (3/14) *Solicitud de Washington Apple Health para Cobertura de Atención Prolongada/Tercera Edad, Ciegos, Discapacitados*] es 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 el Hogar y la Comunidad (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: www.dshs.wa.gov/altsa/resources

Nota Importante: 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 (wahbexchange.org/). MAGI Medicaid incluye cobertura para hogares de adultos mayores o centros de enfermería. La información y reglas en esta publicación sobre ingresos, recursos, y participación en costos de atención, *no aplican* a clientes de MAGI Medicaid que requieren atención en

establecimientos con atención de enfermería. Los clientes de MAGI Medicaid que requieren atención en un centro de enfermería no tienen que cumplir con los requisitos de la prueba de recursos y no hay ninguna sanción por el traspaso de bienes. Sin embargo, la información en este panfleto sobre la recuperación de la sucesión sí aplica a clientes de MAGI que tengan 55 años de edad o más, dependiendo de los servicios que reciban.

Una Nota Sobre Nombres: 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 (Medicaid para individuos que califican menores de 65 años de edad que no reciben o no califican para Medicare) y Medicaid relacionado con SSI (Medicaid para individuos que califican de 65 años de edad y más) son ambos programas de Apple Health.

2. ¿Cuáles son los requisitos económicos básicos de elegibilidad para Medicaid para la atención en un hogar de adultos mayores o un centro de enfermería?

Para recibir Medicaid que pague por la atención en un hogar de adultos mayores o un centro de enfermería, tanto sus *ingresos* como sus *recursos* deben cumplir con los límites establecidos por la ley.

Para contar sus *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 contar sus *recursos* de un mes, DSHS básicamente 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.

A. Ingresos

Sus ingresos mensuales deben ser menos que el siguiente total: la tarifa de Medicaid para la atención en un hogar de adultos mayores o un centro de enfermería más sus gastos médicos usuales mensuales. La tarifa de Medicaid – la tarifa para residentes con cobertura de Medicaid – es distinta en diferentes hogares de adultos mayores o centros de enfermería. Usted puede averiguar la tarifa de cualquier hogar de adultos mayores o centro de enfermería preguntando en la institución o llamando a DSHS al 1-800-422-3263.

Ejemplo:

<i>Tarifa para Medicaid del “Seaside Nursing Home”</i>	<i>\$6,000.00</i>
<i>Su factura usual en la farmacia</i>	<i>\$275.00</i>
<i>Total</i>	<i>\$6,275.00</i>

Si sus ingresos mensuales son menos que \$6,275, los ingresos estarían dentro del límite de Medicaid para la atención en “Seaside Nursing Home”.

Si sus ingresos exceden la tarifa de Medicaid para hogares de adultos mayores o centros de enfermería (para enfermos y/o adultos mayores) 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 hogar de adultos mayores o centro de enfermería solo le cobrará la tarifa más baja para residentes con Medicaid.

Una vez que se haya determinado que usted califica para la cobertura de Medicaid para atención en hogares de adultos mayores o centros de enfermería, se le permitirá quedarse con \$70 por mes para sus requerimientos personales. El resto de sus ingresos se usará de la siguiente forma:

- (1) una cantidad para impuestos sobre la renta obligatorios adeudados;
- (2) una cantidad para salarios de un programa de capacitación o rehabilitación aprobado;
- (3) una cantidad para costos de tutela y gastos administrativos;
- (4) una cantidad para pagar manutención de menores actuales y/o atrasadas embargada o retenida del ingreso mensual actual conforme a una orden de manutención de menores;
- (5) una cantidad para su cónyuge si lo tiene, según se explica más adelante en la respuesta a la Pregunta 3;
- (6) una cantidad para ciertos miembros de la familia que sean dependientes;
- (7) una cantidad para gastos médicos permitidos impagos incluyendo primas del seguro de salud y facturas médicas por servicios no cubiertos por Medicaid incurridos hasta un máximo de tres meses antes del mes de haber presentado la solicitud; las facturas aún deben adeudarse y no pueden estar cubiertas por ningún seguro (gastos para atención prolongada en hogares de adultos mayores o centros de enfermería se reducen a la tarifa estatal para el establecimiento que proporcionó la atención); y
- (8) una cantidad para una persona soltera o una pareja internada solamente, una cantidad (no mayor a \$1,064) para el mantenimiento de un hogar por hasta

6 meses, pero solo si un médico ha certificado que es probable que la persona o un miembro de la pareja regrese al hogar dentro del periodo de 6 meses (incluso sin ninguna certificación médica, si hay ingresos por alquilar un hogar al cual un receptor de Medicaid o su cónyuge pretende regresar, dichos ingresos pueden usarse para el pago del mantenimiento, impuestos y seguro del hogar).

La lista de arriba es una lista jerárquica. Se permiten deducciones, en orden, conforme a la lista.

La cantidad total de las deducciones para su PNA, impuesto sobre la renta adeudados, salarios de un programa aprobado, y costos de tutela/gastos administrativos no pueden exceder \$783. El número y cantidades de deducciones efectivamente permitidos dependerán de los ingresos del individuo y el monto de cada deducción.

Cualquier otro ingreso sobrante debe pagarse al hogar de adultos mayores o centro de enfermería por la atención que recibe. La parte del costo de la atención 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 cuentan para determinar si usted se encuentra 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 hogar de adultos mayores o centro de enfermería, 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.

Nota: Una regla, en vigor a partir del 16 de abril, 2015, dice que recursos traspasados a otro individuo o entidad para el pago de su atención prolongada siguen considerándose “disponibles” para usted. Esto generalmente hará que usted no sea elegible por tener recursos en exceso de lo permitido. ver Pregunta 6).

3. ¿Con cuáles ingresos me puedo quedar si mi cónyuge ingresa a un hogar de adultos mayores o un centro de enfermería?

Si su cónyuge ingresa a un hogar de adultos mayores o un centro de enfermería 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 son menos de \$2,156, a usted se le podría permitir quedarse con la cantidad de los ingresos de su cónyuge que sea necesaria para subir los suyos hasta \$2,156 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 \$647 por mes, entonces el límite de \$2,156 puede aumentarse a \$3,216 por la suma del exceso. Para calcular los costos de vivienda, se usan los costos reales de renta, hipoteca, pago de mantenimiento, impuestos y seguro. Sin embargo, para los servicios públicos, se usa una cantidad estándar de \$449 por mes.

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 2.A).

Ejemplos:

Si recibe \$2,400 a nombre suyo y \$783 a nombre de su cónyuge, puede quedarse con \$2,400.

Si recibe \$783 a su nombre y recibe \$2,400 a nombre de su cónyuge, usted puede quedarse con sus \$783 y con por lo menos \$1,373 de los ingresos de su cónyuge ($\$2,156 - \$783 = \$1,373$). Y si sus gastos de vivienda son \$800 por mes, puede quedarse con \$153 adicionales de los ingresos de su cónyuge, porque el nivel de \$2,156 se aumenta conforme a sus costos de vivienda en exceso de \$647 ($\$800 - \$647 = \153).

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 aplique para Medicaid?

A. Cuando su cónyuge aplique para Medicaid

La cantidad de recursos que usted puede tener cuando su cónyuge *aplique* para Medicaid para recibir atención en un hogar de adultos mayores o un centro de enfermería es diferente a la cantidad que usted puede

tener una vez que su cónyuge se encuentre *recibiendo* Medicaid. Al momento de la aplicación de su cónyuge, se sumarán conjuntamente todos los recursos de ambos cónyuges para determinar la elegibilidad. No importa cuál cónyuge sea dueño de qué recursos o si los recursos son propiedad en comunidad o por separado.

Cuando su cónyuge solicite Medicaid para recibir atención en un hogar de adultos mayores o centro de enfermería, 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 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). (Recursos no exentos incluyen cosas como efectivo, la mayoría de fondos en cuentas bancarias e inversiones.)

El CSRA es por lo menos \$58,075. Esto significa que si su cónyuge ingresa al programa Medicaid, usted y su cónyuge pueden tener por lo menos \$60,075 en recursos no exentos (\$58,075 que se le permiten a usted y \$2,000 a su cónyuge). Recuerde, al momento de aplicar, no importa cuál cónyuge es dueño de los recursos, o si los \$58,075 o parte de ellos son propiedad común o individual.

A veces la Asignación de Recursos para Cónyuges en la Comunidad (CSRA) puede

sobrepasar los \$58,075. Puede ser más si aplica alguna de las siguientes excepciones:

(1) Si su cónyuge está actualmente internado (en un hospital u hogar de adultos mayores o centro de enfermería), y usted puede comprobar que los recursos combinados de ambos cónyuges eran más de \$116,150 al comienzo del presente período de internamiento, entonces podría tener derecho a un CSRA mayor a \$58,075. Si esta excepción aplica, el CSRA se aumenta a la mitad de los recursos conjuntos que tenía el matrimonio al momento en que empezó el período actual de internamiento. La cantidad máxima a la que se puede aumentar el CSRA es \$128,640. 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) 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 3 (\$2,114 a \$3,216). 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.

Si su cónyuge está actualmente internado (en un hospital o en un hogar de adultos mayores o centro de enfermería) y el período actual del internado comenzó antes del 1º de agosto, 2003, entonces su CSRA es de \$128,640.

Hay varias maneras de reducir el exceso de recursos que causen que su cónyuge no califique para Medicaid que cubra la atención en hogares de adultos mayores o centros de enfermería. 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 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.

B. Cuando su cónyuge recibe Medicaid

Aunque no importa cual cónyuge es dueño de los recursos al momento de la aplicación, hay reglas completamente distintas que aplican una vez que se aprueba la solicitud.

Dentro del plazo de un año después que se apruebe la aplicación, cualesquiera de los recursos de la pareja en exceso de \$2,000 debe ser transferido al cónyuge que no recibe Medicaid. Luego de eso, el cónyuge usuario de Medicaid no puede tener más de \$2,000 en recursos no exentos a su nombre.

El cónyuge que no recibe Medicaid puede quedarse con los recursos transferidos a su nombre y puede aumentar recursos sin perjudicar la elegibilidad del cónyuge que recibe Medicaid.

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

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 \$58,075 a \$128,640 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.

Además, recursos *no exentos* que no pueden venderse dentro de 20 días hábiles se descartan temporalmente mientras estén en venta.

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 figura mientras que el cónyuge del usuario o, en algunos casos, su familiar dependiente continúa viviendo en la casa. La exención también aplica si el residente del hogar de adultos mayores o centro de enfermería 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 aplica para una vivienda en la cual el receptor de Medicaid tiene más de \$595,000 en patrimonio, a menos que una de las siguientes excepciones aplique: (1) que el receptor de Medicaid esté recibiendo servicios basados en una solicitud para atención prolongada del DSHS, presentada antes del 1 de mayo del 2006; o (2) que el cónyuge del receptor 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 Seguridad Social usa para determinar discapacidad.) Aún cuando una casa está exenta, un solicitante o receptor casado de Medicaid podría igual querer transferir su interés en la casa a su cónyuge. Dicha transferencia se podría hacer para prevenir que Medicaid recupere a futuro los costos de servicios de la sucesión del receptor (se discute 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. 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 vivienda exenta también son exentas si se usan para la compra de una nueva casa exenta dentro de tres meses de recibirlas.

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 está exento solo 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 hogar de adultos mayores o centro de enfermería) 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 está exento un automóvil?

Un carro está exento, sin importar el valor, si es usado para el transporte ya sea del receptor de Medicaid 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 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 de recursos de \$2,000 o \$58,075 a \$128,640 que se indican 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 lotes 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 reclama como exento, entonces el valor nominal del seguro de vida cuenta como parte del fondo para servicios de funeraria de dicha persona. Entonces, por ejemplo, si un receptor de Medicaid tiene un seguro de vida exento con valor nominal de \$1,000, entonces solo \$500 más pueden estar exentos en una cuenta bancaria designada para gastos fúnebres.

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 el cementerio* para receptores de Medicaid y sus familiares cercanos están exentos sin importar su valor.

G. ¿Cuándo están exentos los artículos del 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.

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 solo al valor del producto de un seguro que se paga en virtud de una póliza de seguro de Alianza para Atención Prolongada cualificada).

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

A. Reglas para transferir una vivienda

Puede transferir una *residencia* sin sanciones a cualquiera de los individuos descritos a continuación.

- 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)). La atención 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)* 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. Reglas para otras transferencias a cónyuges o hijos discapacitados

No hay sanciones de Medicaid por transferir recursos a su cónyuge o a su hijo(a) discapacitado(a). (El criterio para discapacidad para este propósito es el mismo que Seguridad Social usa para determinar discapacidad.) 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 sanción si vende sus recursos a un precio que sea el valor del 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 \$346 o menos. (Se aplican reglas distintas para regalos hechos antes de mayo 2006 y si usted aplicó a 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 hogar de adultos mayores o centro de enfermería.

(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 y no 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 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) Cómo se calculan los períodos 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.

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 346. El resultado de esta división será el número de días de descalificación.

El período de descalificación no empieza hasta que el solicitante para atención prolongada pagada por Medicaid sea elegible en todos los demás aspectos excepto por el 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 prolongada 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 prolongada pagados por Medicaid, en un hogar de adultos mayores o un centro de enfermería 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 sanción empezará después si ya hay en curso otro período de sanción en curso. En dicho caso, el período de sanción nuevo empieza después de que termine el que ya está cumpliendo.

Nota: El ejemplo a continuación aplica a solicitudes para Medicaid hechas entre el 1 de octubre del 2020 y el 30 de septiembre del 2021. El número divisor, que actualmente es 346, cambia cada año el 1 de octubre. Este divisor de 346 es la tarifa promedio diaria en el estado de los establecimientos con atención de enfermería, actualmente \$346.

Ejemplo:

Si usted hizo regalos por un total de \$20,000 entre octubre de 2020 y enero de 2021 e ingresó a un hogar de adultos mayores o un centro de enfermería y aplicó para Medicaid en septiembre de 2021, su periodo de descalificación se calcularía dividiendo 20,000 por 346 para un total de 58 días de descalificación resultantes de esos regalos. ($20,000 \div 346 = 57.803$, que se redondea a 58.)

Su periodo de descalificación comenzaría el 1 de septiembre de 2021, asumiendo que ese día cumpla con los demás requisitos para Medicaid.

En general, antes de solicitar Medicaid para recibir atención en un hogar de adultos mayores o un centro de enfermería, 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) Traspasos que afectan la elegibilidad por recursos

Una regla nueva, 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 otro motivo. Esto generalmente hará que usted no sea elegible por tener recursos en exceso de lo permitido. En dado caso, no comenzará a correr el periodo de inelegibilidad debido a un regalo.

(5) Exoneración de los períodos de descalificación

DSHS puede eximirle de un período de descalificación si resuelve que la denegación de prestaciones le causaría excesivas dificultades. La exoneración se puede conceder 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 del mismo sexo casadas o por traspasos entre parejas en unión libre que se hayan registrado.

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

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 *Recuperación de las Sucesiones los Servicios Médicos Pagados por el Estado*, disponible en el sitio web www.washingtonlawhelp.org.

La recuperación se aplazará si, al fallecer, al receptor 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 solo aplica a la propiedad de la cual el receptor de Medicaid es dueño al fallecer. *No se puede presentar una acción legal de recuperación contra las propiedades tan solo a nombre del cónyuge o de un(a) hijo(a)*. Esto podría ser motivo importante para consultar con un abogado que conozca las reglas de Medicaid sobre los traspasos de propiedad que se permiten. Nota respecto a los derechos prendarios TEFRA (pre-fallecimiento): A partir del 1 de julio, 2005, el Estado puede interponer un derecho prendario pre-fallecimiento sobre propiedad perteneciente a clientes residiendo en un establecimiento de

atención prolongada que estén institucionalizados “permanentemente”, sin potencial de ser dados de alta. Sin embargo, se excluye a clientes de MAGI y solo SSI de los derechos prendarios TEFRA (pre-fallecimiento) porque ellos no pagan por el costo de su atención.

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

Hay muchas personas que necesitan ayuda para aplicar a Medicaid. A menudo hay familiares, amigos, miembros del personal de un hospital u hogar de adultos mayores, o de alguna otra agencia, que pueden ayudarle. 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 usted necesita ayuda por parte de DSHS para el proceso de aplicación, usted o alguien más debiera decirle a un representante de DSHS que necesita ayuda. Las reglas de DSHS requieren lo que se llama “servicios necesarios de acomodación suplementaria” cuando sean necesarios. Estos servicios incluyen ayuda para llenar los formularios y ayuda para ubicar información o documentos que se necesitan para su solicitud.

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

NH Q&A Spanish 10-2020

**SOLID GROUND - ASISTENCIA
LEGAL PARA BENEFICIOS
1501 N. 45TH ST., Seattle, WA 98103**