



MEDICAID INSTITUCIONAL

HOJA INFORMATIVA

Senior Citizens' Law Office

4317 Lead Avenue SE
Albuquerque, NM 87108
(505) 265-2300
www.sclo.net

1. ¿Tiene el estado de Nuevo México un programa de Medicaid para personas en casas de reposo?

Sí. El Departamento de Servicios Humanos (*HSD*, por sus siglas en inglés) del Estado de Nuevo México administra un programa de Medicaid para personas que están en una institución médica, por lo menos 30 días, cuando se determina que es médicamente necesario el cuidado en una casa de reposo.

2. ¿Cuál es la definición de “institución médica” para este programa?



“Institución médica” significa una casa de reposo calificada por Medicaid y autorizada por el estado, un hospital de cuidado intensivo, un centro de rehabilitación de pacientes internados, dentro del estado, un establecimiento de cuidado intermedio para personas con retraso mental, o una cama giratoria (cama para cuidado de largo plazo en un hospital rural). Los hospitales psiquiátricos para pacientes internados, fuera de los centros de rehabilitación del estado, y las residencias de pensión y asilo (“residencias asistidas”) no caen dentro de la definición de institución médica. Una agencia de revisión debe determinar si el paciente cumple con el nivel de cuidado requerido para ser elegible para una casa de reposo o un establecimiento de cuidado intermedio para personas con retraso mental. La casa de reposo puede ayudar en esto.

3. ¿Quién dirige el programa de residencias de apoyo de Medicaid?

A partir del primero de julio de 2008, Nuevo México ha contratado a dos organizaciones de cuidado administrado para operar Medicaid de residencias con cuidado de enfermería y algunos otros programas de Medicaid a través del programa Coordinated Long-Term Services (Servicios Coordinados a Largo Plazo) (*CLTS*, por sus siglas en inglés). Si usted es autorizado para utilizar

Medicaid, tendrá que seleccionar entre los dos MCOs, AMERIGROUP y Evercare. Los otros programas administrados a través de CLTS incluyen: Disabled & Elderly Waiver, PCO, Mi Via y dobles elegibles (Medicare y Medicaid).

4. ¿Cuántos ingresos puede recibir una persona y cumplir los requisitos para Medicaid institucional?

Desde la puesta en vigor el primero de enero de 2009, para cumplir los requisitos, los ingresos mensuales totales contables de la persona deben ser menos de \$2,022. El estado hace caso omiso de los primeros \$20 de la mayoría de los tipos de ingreso, así que en la mayoría de los casos, la persona puede tener hasta **\$2,042** en ingresos *brutos* mensuales.

Si la persona en la institución médica está casada, pueden utilizarse los principios de propiedad comunitarias para determinar los ingresos de la persona si es ventajoso para el solicitante. Esto significa que los ingresos institucionalizados de la persona pueden calcularse sumando los ingresos de ambos cónyuges y dividiéndolos por la mitad. Por ejemplo, si el esposo en la casa de reposo tiene \$2,000 en ingresos mensuales, y la esposa en la casa no tiene nada de ingresos, el ingreso contable para el esposo es \$1,000, y él cumple con la prueba de ingresos para la cobertura de Medicaid. Si los ingresos del cónyuge del solicitante son menos de **\$2,042**, él/ella claramente cumple los requisitos de ingresos y no se considerarán los ingresos del otro cónyuge.

Ciertos tipos de ingresos, tales como ciertos tipos de beneficios para veteranos (descuentos para ayuda y asistencia (A&A, por sus siglas en inglés) y gastos médicos inusuales (UME, por sus siglas en inglés)) y ciertos tipos de pagos hechos a los indios americanos, y no se consideran en la determinación de elegibilidad. A veces, las personas con ingresos mayores de **\$2,042** pueden cumplir los requisitos, especialmente aquellos con fideicomisos de desvío de ingresos (*sólo ingresos*).

5. Si una persona está casada y cumple los requisitos para los beneficios de Medicaid institucionalizado ¿se utilizarán todos sus ingresos para su cuidado?

Como mínimo, el cónyuge comunitario tiene derecho a un ingreso mensual total combinado de \$1,822. Por ejemplo, si el esposo en la casa de reposo tiene ingresos mensuales de \$1,800 y su esposa en el hogar recibe \$200 cada mes, entonces ella tiene derecho a por lo menos \$1,622 cada mes de los ingresos de su esposo. La esposa en el hogar puede tener derecho a más dependiendo de sus gastos necesarios para vivir (es la deducción mensual por exceso de asilo permisible para el cónyuge comunitario en donde los gastos de asilo permisibles excedan los \$547). La máxima deducción por asilo permitida es de \$917, para que los ingresos mensuales totales no puedan exceder los **\$2,739** para el 2009 a menos que un tribunal otorgue una cantidad mayor al cónyuge comunitario.

6. ¿Debe el cónyuge comunitario contribuir con sus ingresos al cónyuge institucionalizado?

No. El cónyuge comunitario debe quedarse con todos sus ingresos y no se requiere que contribuya al costo del cuidado institucional del cónyuge institucionalizado una vez que él o ella reciba Medicaid, sin importar la cantidad de los ingresos del cónyuge comunitario.

7. ¿Cuánto puede tener el solicitante de cuidado institucional en recursos y aun así cumplir los requisitos para Medicaid?

La prueba de recursos es actualmente de **\$2,000** para los solicitantes de Medicaid institucional pero también pueden dejarse a un lado \$1,500 adicionales para gastos de entierro, dependiendo del valor de cualquier seguro de vida que posea el solicitante u otros tipos de fideicomisos de entierro para el beneficio del solicitante.

Los recursos incluyen dinero en efectivo a mano, ahorros, certificados de depósito, bonos, acciones, propiedad inmobiliaria y seguro de vida con valor de rescate. Algunas pertenencias personales, tales como un automóvil y muebles para la casa, no se consideran recursos. Pueden corresponder ciertas normas para ciertos activos, tales como anualidades. Si una persona tiene la intención de regresar a su casa, la casa generalmente no se considera como un recurso. Pero si una persona tiene más de \$500,000 en valor de su casa libre de cargo, no cumplirá los requisitos para Medicaid a menos que un cónyuge o un hijo dependiente o discapacitado resida en la casa.

Si el solicitante de Medicaid institucionalizado está casado, tiene derecho a retener la mitad de los recursos contables combinados de la pareja (hasta un máximo de \$109,560) ó \$31,290 en recursos, cualquiera que sea mayor. Cualquier recurso al que la esposa comunitaria no tenga derecho se considera un recurso que pertenece al cónyuge institucionalizado con el propósito de determinar la elegibilidad de Medicaid.

Para determinar la cantidad total de los recursos de la pareja, el Departamento de Recursos Humanos realizará una “evaluación”. El solicitante o cónyuge provee toda la información financiera necesaria y el trabajador en el caso le informa a la pareja cuánto, si lo hay, debe gastarse en las deudas conjuntas de la pareja y/o cuidado institucional antes de que empiece la elegibilidad, y cuánto puede protegerse para el cónyuge en la casa. Un tribunal puede ordenar que se proteja una cantidad mayor de recursos para el cónyuge comunitario. (Debe consultarse a los abogados privados que se especializan en las leyes referentes a ancianos sobre las opciones de planeamiento de Medicaid.)

8. ¿Se considera la casa como un recurso para el solicitante de Medicaid institucionalizado?

La casa no se considera un recurso en varias instancias. Primero, para las personas solteras o viudas que entren a una casa de reposo para cuidado a largo plazo, el valor de la casa no se considera si la persona *expresa la intención de regresar a su casa*. Luego, la casa no se considera un recurso si se transfiere a un cónyuge o hijo dependiente o discapacitado, un hermano o hermana que tenga un interés en el valor libre de cargo de la casa y que residió en la casa por un año antes de la institucionalización, o a un hijo que no sea un dependiente, pero que haya residido con y haya sido cuidado por el solicitante de Medicaid institucional por dos años antes de la institucionalización del solicitante.



Pero como se observó previamente, una persona con más de \$758,000 en valor libre de cargo de su casa no cumplirá los requisitos para Medicaid, sin importar cualquier intención expresada de regresar a la casa, a menos que un cónyuge o un hijo dependiente o discapacitado resida en la casa.

9. ¿Puede un individuo transferir o regalar sus recursos y cumplir los requisitos para la cobertura de Medicaid?

Cualquier transferencia o regalo de propiedad, que no sean aquellos específicamente permitidos entre cónyuges e hijos dependientes o discapacitados, puede causar la no elegibilidad para el cuidado en casas de reposo de Medicaid por ciertos períodos de tiempo. Las transferencias o regalos no tienen ningún valor cuando se dan con el propósito de cumplir los requisitos para



Medicaid. Entre ellos están la venta de una propiedad por menos del valor justo de mercado de la propiedad, el quitar el nombre de alguien de o agregando el nombre de alguien a la propiedad o activos circulantes tales como cuentas de banco u otras inversiones, o la colocación de recursos o ingresos en fideicomisos con disponibilidad limitada.

Si se hace una transferencia antes del 8 de febrero de 2006, se evaluará si ocurrió dentro de los 36 meses (3 años) de la fecha de solicitud de cuidado institucional de Medicaid. Las transferencias que ocurran el o después del 8 de febrero de 2006, se evaluarán si ocurrieron dentro de los 60 meses (5 años) de la fecha de solicitud de cuidado institucional de Medicaid. La no elegibilidad se calcula dividiendo el valor del activo transferido por el costo promedio mensual de la casa de reposo. Para el 2010, el costo mensual promedio oficial de la casa de reposo es \$5,269.

Como cualquier transferencia o regalo no autorizado bajo las normas de Medicaid puede resultar en un período de no elegibilidad, es importante que las personas que estén considerando un regalo o transferencia primero hablen con un abogado que conozca las normas de Medicaid institucional.

10. ¿Hay alguna excepción a estas normas que pueda permitir que una persona, que de otro modo no cumpliría los requisitos para recibir Medicaid, no obstante pueda obtenerlo?

Sí. Aunque una persona generalmente no cumple los requisitos para recibir Medicaid por un cierto período de tiempo cuando hace un regalo o transferencia no autorizada, la oficina estatal de Medicaid puede prescindir de la aplicación de esta norma si la persona solicita una “renuncia por privación” basado en que la salud o vida de la persona correría peligro de otra manera o la persona estaría privada de otro modo de alimentos, ropa, refugio u otras necesidades vitales. Además, la oficina estatal de Medicaid puede prescindir de la aplicación de la norma requiriendo la descalificación de las personas con un valor libre de cargo de la casa que exceda los \$750,000 si la persona puede probar que ellos sufrirán “privación demostrada” si se les niega Medicaid.

11. ¿Puede una persona poner su casa o sus recursos en un fideicomiso y cumplir los requisitos para Medicaid?

Las leyes federales requieren en la mayoría de los casos que el estado considere como ingresos el ingreso pagado de un fideicomiso; y como recursos, el corpus del fideicomiso. Hay excepciones para personas que son “discapacitadas” bajo las pautas del Departamento de Seguro Social. Además de las personas de más de 65 que transfieren activos a un fideicomiso también pueden ser penalizados por la transferencia y se les puede negar Medicaid por un período de tiempo. Se debe consultar a un abogado que conozca las leyes de fideicomiso de Medicaid antes de establecer un fideicomiso para una persona anciana o discapacitada.

12. Después de que una persona cumpla los requisitos para Medicaid, ¿pueden utilizarse sus ingresos para pagar viejas facturas?

Después de que se establezca la elegibilidad, la mayor parte de los ingresos de una persona soltera deben pagarse para cubrir el costo del cuidado de la casa de reposo. Se permiten sesenta dólares (\$63) por mes para las necesidades personales, y cantidades adicionales pueden utilizarse para los gastos médicos no cubiertos, tales como el pago de la prima de la Parte B de Medicare, viejas facturas médicas y servicios médicos que no sean un beneficio del programa de Medicaid de Nuevo México (tal como los servicios quiroprácticos, acupuntura, etc.).

13. ¿Cómo hace una persona para solicitar Medicaid institucional?

Las solicitudes para Medicaid institucional están disponibles en la oficina local del Departamento de Servicios Humanos del condado y en muchas casas de reposo. El solicitante debe verificar todos los factores de elegibilidad con la documentación apropiada. Presente prueba del número de Seguro Social del solicitante, su estado de ciudadano o extranjero, residencia, recursos, ingresos, ingresos del cónyuge, gastos para mantener la casa si está casado y transferencias dentro de los 60 meses.

Empiece a reunir toda la información pertinente lo más pronto posible ya que esto acelerará el proceso de solicitud. Los trabajadores en el caso pueden ayudar a que los solicitantes encuentren la documentación necesaria.

Si usted desea información adicional sobre asuntos de Medicaid institucional, puede comunicarse con las siguientes agencias para obtener información general y remisiones:

- Senior Citizens’ Law Office, Inc. 265-2300 (más de 60 años; sólo para los residentes del condado de Bernalillo, Sandoval, Tarrant y Valencia);
- Lawyer Referral for the Elderly Program (Programa de Remisiones a Abogados para Ancianos) (más de 55 años; en todo el estado) -797-6005 (Albuquerque)
-1- 800-876-6657 (residentes de Nuevo México fuera del Condado de Bernalillo)
- N.M. Aging & Longterm Services Division (División de Servicios para la Ancianidad y de Largo Plazo de Nuevo México) -1-800-432-2080 y 1-800-476-4846

9/2010