



4317 Lead Avenue SE, Ste. A
Albuquerque, NM 87108
(505) 265-2300
www.sclonm.org

CUIDADO INSTITUCIONAL DE MEDICAID

HOJA INFORMATIVA **(En vigor 1 de julio, 2022)**

1. ¿Tiene el estado de Nuevo México un programa de Medicaid para personas en establecimientos de cuidados especializados de enfermería o casas de reposo?

Sí. El Departamento de Servicios Humanos del estado de Nuevo México (o, HSD, por sus siglas en inglés) administra un programa de Medicaid para personas que residen en una institución médica, por lo menos 30 días, y cuando se determina que es médicamente necesario el cuidado dentro de un establecimiento de cuidados especializados de enfermería (“*establecimiento*”) o casa de reposo. Este programa se titula “Medicaid de Atención Institucional.” En breve, Medicaid es un seguro de salud integral que provee asistencia con gastos médicos.

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

“Institución médica” significa: un establecimiento de cuidados especializados de enfermería o casa de reposo autorizado por Medicaid y acreditado por el estado; un hospital de cuidado intensivo; un centro de rehabilitación de pacientes internados, dentro los bordes del estado; un establecimiento de cuidado intermedio para personas con Discapacidades Intelectuales; o una cama giratoria (cama para cuidado de largo plazo en un hospital rural). Los hospitales psiquiátricos para pacientes internados, los centros de rehabilitación fuera del estado, y residencias de huéspedes y de albergue (“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 que se requiere para elegibilidad dentro un establecimiento de cuidados especializados de enfermería o un establecimiento de cuidado intermedio para individuos con una Discapacidad Intelectual. El mismo establecimiento o institución puede ayudar en esto.

3. ¿Quién dirige el programa de Medicaid de Atención Institucional?

HSD contrata con organizaciones de cuidado administrado (MCOs, por sus siglas en inglés) para proporcionar casi todos los servicios médicos debajo el programa de Medicaid (también conocido como “Centennial Care”) de HSD, incluyendo el programa de Medicaid de Atención Institucional. Si usted es aprobado para Medicaid de Atención Institucional, usted tendrá que seleccionar entre los tres MCOs existentes: Blue Cross Blue Shield, Presbyterian, y Western Sky Community Care.

4. ¿Cuánto ingreso puede recibir una persona y cumplir con los requisitos para el Medicaid de Atención Institucional?

Para cumplir con los requisitos, el total del ingreso contable de la persona institucionalizada (el solicitante) debe ser menos de \$2,523/mes. Además, HSD hace caso omiso de los primeros \$20 de casi cualquier tipo de ingreso, así que, en la mayoría de los casos, la persona puede tener hasta **\$2,543** en ingreso *bruto* mensual.

Si la persona institucionalizada está casada, pueden utilizarse normas de bienes comunales para determinar su ingreso individual si es ventajoso para él/ella y si haciendo esto resulta en un ingreso por debajo de **\$2,543**. Esto significa que el ingreso de la persona institucionalizada puede calcularse sumando los ingresos de ambos cónyuges y dividiéndolos por la mitad. Por ejemplo, si el esposo en el establecimiento (“cónyuge institucionalizado”) recibe \$3,000 en ingreso mensual, y la esposa en casa (“cónyuge comunitario”) no tiene nada de ingreso, el ingreso contable para el cónyuge institucionalizado resultaría en \$1,500, y éste cumpliría con la prueba de ingreso para la cobertura de Medicaid de Atención Institucional. Por supuesto, si el ingreso del cónyuge institucionalizado independientemente es menos de **\$2,543**, él/ella claramente cumpliría con el requisito de ingreso y no se consideraría el ingreso del cónyuge comunitario.

Ciertos tipos de ingresos, tales como ciertos tipos de beneficios para veteranos (por ejemplo, subsidios de 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 poblaciones indígenas, no se consideran en la determinación de elegibilidad. Aun, a pesar de recibir un ingreso mensual mayor de **\$2,543** ciertos individuos todavía pueden cumplir con el requisito al usar lo que se llama un Fideicomiso de Desvío de Ingresos (o, IDT, por sus siglas en inglés). Consulte con un abogado experto en dichos fideicomisos.

5. ¿Si un solicitante casado es elegible para los beneficios de Medicaid de Atención Institucional, algo de su ingreso puede ser aportado al cónyuge comunitario?

Sí. Después de ciertas deducciones del ingreso bruto mensual del cónyuge institucionalizado (por ejemplo, una asignación de \$83/mes para “necesidades personales”), el cónyuge comunitario puede recibir gran parte del ingreso restante del cónyuge institucionalizado para aumentar su ingreso mensual hasta un límite de \$2,289* [Por ejemplo: Si un marido en un establecimiento tiene ingreso mensual de \$1,900, después de dichas deducciones, y su esposa en casa recibe solo \$600/mes, la esposa tendría derecho a retener \$1,689/mes del ingreso del marido. Aun, si el marido solo recibe \$1,000/mes después de deducciones, la esposa tendría derecho a retenerlo todo]. El cónyuge comunitario puede tener derecho a *más* del ingreso del cónyuge institucionalizado, si aún disponible, si los “gastos de vivienda permitidos” del cónyuge comunitario exceden \$687/mes. Pero, la cantidad máxima de dichos “gastos de vivienda permitidos” es de \$1,146 /mes. A fin de cuentas, la suma del ingreso mensual ajustado del cónyuge comunitario no puede exceder \$3,435, a menos que un juez de derecho administrativo o judicial ordene una mayor cantidad. [Estas cantidades pueden aumentar cada año; las cantidades marcadas con un (*) aumentan cada 1 de julio.]

6. ¿Debe el cónyuge comunitario contribuir su ingreso al cónyuge institucionalizado?

No. Independientemente y a pesar de la cantidad de ingreso del cónyuge comunitario, él/ella puede quedarse con todo su ingreso y no se requiere que contribuya al costo de la atención institucional del cónyuge institucionalizado ya sea al solicitarla o una vez que su elegibilidad para Medicaid se establezca.

7. ¿Cuánto puede tener el solicitante en recursos y aun así cumplir con los requisitos para Medicaid de Atención Institucional? ¿Qué cantidad de recursos combinados de la pareja casada puede ser protegida para el cónyuge comunitario?

Para solicitantes de Medicaid de Atención Institucional, el valor contable de sus recursos, o bienes, no puede superar un límite de **\$2,000**. Aun, HSD, permite dejar a un lado una cantidad adicional de **\$1,500** para gastos de entierro (dependiendo del valor de cualquier otro seguro de vida que posea el solicitante u otros tipos de fideicomisos de entierro para el beneficio del solicitante).

“Recursos”, o “bienes”, incluyen dinero en efectivo a mano, cuentas de ahorro, certificados de depósito, bonos, acciones, propiedad inmobiliaria, y seguro de vida con valor de rescate. Pueden corresponder ciertas normas exclusivas para ciertos bienes, tales como anualidades. Algunas pertenencias personales, tales como un automóvil y muebles para la casa, no se consideran recursos. Si el solicitante tiene la intención de regresar a su casa, la casa generalmente no se considera como un recurso. En 2022, si el solicitante tiene una casa para cual ya ha pagado más de \$636,000, no calificará para Medicaid para servicios de cuidado a largo plazo en una residencia para personas mayores.

Si el solicitante de Medicaid de Atención Institucional es casado, el cónyuge comunitario tiene derecho a retener la mitad de los bienes contables combinados de la pareja; un mínimo de \$31,290 y un máximo de \$137,400 en bienes. Cualquier bien que el cónyuge comunitario no tenga derecho a retener se considera un bien que pertenece al cónyuge institucionalizado y será contado hacia su elegibilidad para Medicaid.

Para determinar la cantidad total de los recursos de la pareja, incluyendo la cantidad que el cónyuge comunitario tiene derecho a retener, HSD realizará una “**evaluación**”. La pareja provee toda la información financiera necesaria y HSD les informará si superan el límite especificado de recursos. Si la pareja supera el límite, HSD explicará la forma válida para gastar o reducir sus recursos para estar bajo el límite para Medicaid de Atención Institucional, y que cantidad puede protegerse para el cónyuge comunitario. Aun, un tribunal puede ordenar que se proteja una cantidad mayor de recursos para el cónyuge comunitario. Debe consultarse a un abogado experto en derechos de personas mayores para ayuda con dichas opciones y planeamiento.

8. ¿Se cuenta el valor de la casa como un recurso del solicitante de Medicaid de Atención Institucional?

No. La casa no se considera un recurso en varias instancias. Primero, para las personas solteras o viudas que entran a un *establecimiento* o casa de reposo, el valor de la su 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 patrimonio neto de la casa y que habitó en la casa por un año antes de la institucionalización del solicitante; o a un hijo que no sea un dependiente, pero que haya residido con y haya cuidado al solicitante por dos años antes de la institucionalización del solicitante.

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

Cualquier transferencia o regalo de recursos que no sea específicamente permitida entre cónyuges o hijos dependientes o discapacitados, puede impedir que una persona califique para el programa de Medicaid de Atención Institucional. Existen penalidades, en forma de periodos de inelegibilidad, para quienes transfieren recursos en forma inapropiada. “Transferencias” o “regalos” pueden ser cualquier artículo de valor concedido con fines de calificar para Medicaid. Esto incluye: el traslado o venta de un artículo o bienes raíces por menos de su valor justo en el mercado; el quitar el nombre de alguien o agregar el nombre de alguien a títulos de propiedad o bienes realizables, tales como cuentas de banco u otras inversiones; o la colocación de recursos o ingresos en fideicomisos con disponibilidad limitada.

Transferencias, se evaluarán si ocurrieron dentro de los 60 meses (5 años) de la fecha de la solicitud de Medicaid de Atención Institucional. El periodo de inelegibilidad se determina dividiendo el valor del recurso transferido por el costo promedio mensual del cuidado en un *establecimiento* o casa de reposo en Nuevo México. En **2022**, el costo promedio del cuidado en un *establecimiento* en Nuevo México es \$7,811/mes. Como cualquier transferencia o regalo no autorizado bajo las normas de Medicaid puede resultar en un período de inelegibilidad, es importante que las personas que estén considerando un regalo o transferencia de recursos primero consulten con un abogado que conozca las normas de Medicaid de Atención Institucional.

10. ¿Hay excepciones a estas reglas que podrían permitir a un individuo en todo caso obtener elegibilidad para Medicaid a pesar de que de otro modo sería descalificado bajo dichas normas?

Sí. Aunque una persona generalmente pierde el derecho a recibir Medicaid durante un cierto período de tiempo si concibe un regalo o transferencia inapropiada, la oficina de HSD puede elegir descartar dicha penalidad si la persona solicita una “Renuncia por Dificultad.” Es decir, HSD no aplicaría la penalidad basado en la noción que de otra manera la salud o vida de la persona correría peligro o la persona de otro modo se vería privado de alimentos, ropa, albergue u otras necesidades vitales. Adicionalmente, la oficina de HSD puede elegir descartar la aplicación del reglamento impidiendo elegibilidad a personas cuyo valor de casa, libre de cargo, excede \$636,000 (refiérase al #7 arriba) si la solicitante puede demostrar que sufriría una “privación fundamental” si se le niega Medicaid de Atención Institucional.

11. ¿Puede un individuo colocar o transferir su casa o sus recursos en un fideicomiso y cumplir con los requisitos de Medicaid de Atención Institucional?

En la mayoría de los casos, las leyes federales que gobiernan al estado requieren que HSD cuente ingresos mantenidos bajo fideicomiso y el valor de recursos mantenidos bajo fideicomiso hacia los límites de elegibilidad de Medicaid. Hay excepciones para personas que son “discapacitadas” bajo las pautas del Departamento de Seguro Social. Adicionalmente, personas mayores de 65 años que transfieren recursos a un fideicomiso 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 normas de fideicomiso de Medicaid antes de establecer un fideicomiso para una persona mayor o discapacitada.

12. Después de que una persona asegure elegibilidad para Medicaid de Atención Institucional, ¿puede utilizarse su ingreso para pagar viejas facturas u otras mensualidades?

Después de que se establezca la elegibilidad, la mayor parte del ingreso de una persona soltera debe utilizarse para cubrir el costo del cuidado en el *establecimiento* o casa de reposo. Se permiten ochenta y tres dólares (\$83.00) por mes para sus “necesidades personales” y cantidades adicionales pueden utilizarse para cubrir gastos médicos no-cubiertos, tales como: primas de Medicare, viejas facturas médicas, y servicios médicos que no sean un beneficio del programa de Medicaid de Nuevo México (como los servicios quiroprácticos, acupuntura, etc.).

13. ¿Cómo se hace una solicitud para Medicaid de Atención Institucional?

Las solicitudes de Medicaid de Atención Institucional en todo el estado son filtradas a la “Oficina de Atención Institucional” ubicada en Albuquerque (tel. 505-383-2673; 1-866-507-1121). Solicitudes para Medicaid de Atención Institucional están disponibles en cualquier oficina local del Departamento de Servicios Humanos, en la red/internet, por envío, y en los mismos *establecimientos* o casas de reposo. El solicitante debe comprobar todos los elementos de elegibilidad con documentación apropiada. Esto incluye presentar prueba del número de Seguro Social del solicitante, estatus como ciudadano o extranjero, domicilio, recursos, ingreso, ingreso del cónyuge, gastos para mantener su casa si está casado y un historial de transferencias (de recursos) dentro de los últimos 60 meses.

Empiece a reunir toda la información pertinente lo más pronto posible ya que esto acelerará el proceso de solicitud. Los trabajadores de elegibilidad de HSD pueden asistir al solicitante en encontrar la documentación necesaria.

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

- Senior Citizens’ Law Office, Inc. (Oficina Sobre Derechos de Personas Mayores)
Sólo para personas de 60 años o más y que son residentes del condado de Bernalillo, Sandoval, Torrance, o Valencia. (505) 265-2300
- Legal Resources for the Elderly Program (Programa de Recursos Legales para Personas Mayores) Solo para personas mayores de 55 años; servicio en todo el estado. (505) 797-6005 (en Albuquerque) o 1-800-876-6657 (para residentes de Nuevo México fuera del condado de Bernalillo)
- N.M. Aging & Disability Resource Center (Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas de Nuevo México)
No importa su edad y los servicios están disponibles en todo el estado. 1-800-432-2080 y 1-800-476-4846.

Rev. 07/01/2022

