

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE MEDICAID PARA RESIDENTES DE *NURSING HOMES*

COLUMBIA LEGAL SERVICES

JULIO 2009

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

1. ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa del gobierno que paga por servicios médicos incluyendo cuidado médico en *nursing homes*. Un *nursing home* es una institución donde viven (típicamente) personas que necesitan cuidado médico menos intensivo que el que se recibe en un hospital. El programa Medicaid es administrado por DSHS - el Departamento de Servicios para la Salud y Bienestar Social del Estado de Washington.

Para recibir pagos de Medicaid para cuidado en un *nursing home*, usted debe cumplir con los requisitos económicos descritos en este folleto. También, debe necesitar los servicios que ofrecen en un *nursing home*.

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

2. ¿Cuáles son los requisitos económicos de Medicaid para recibir cuidado en un *nursing home*?

Para recibir Medicaid para cuidado en un *nursing home*, ambos sus ingresos y sus recursos deben estar dentro de los límites establecidos por la ley.

Para establecer su ingreso de un mes, DSHS toma en cuenta lo que usted *recibió ese mes*. Los ingresos incluyen cosas como el Seguro Social, beneficios para veteranos y salarios, dentro del mes en que se recibieron.

Para establecer sus recursos de un mes, DSHS toma en cuenta lo que usted *ya tenía* antes del primer día del mes. Recursos incluyen cosas como propiedad inmueble, cuentas bancarias (excluyendo el ingreso del mes en consideración) y acciones.

A. Ingresos

Su ingreso mensual debe ser menos que el siguiente total: la tarifa de Medicaid para cuidado en un *nursing home*, más su gasto médico mensual usual. La tarifa de Medicaid - la tarifa para residentes con cobertura de Medicaid - es distinta en diferentes *nursing homes*. Usted puede averiguar la tarifa de cualquier *nursing home* preguntando a los encargados de la institución o llamando a DSHS al 1-800-422-3263.

Ejemplo:

Tarifa Medicaid del "Seaside Nursing Home"	\$4,880.00
Su factura usual en la farmacia	275.00
Total	\$5,155.00

Si su ingreso mensual es menor de \$5,155, su ingreso estaría dentro del límite de Medicaid para cuidado en "Seaside Nursing Home".

Si usted no recibe ingresos suficientes para pagar la tarifa mas alta que cobra el *nursing home* para los residentes que no reciben Medicaid *más* su gasto médico usual, puede haber solución, aunque su ingreso sea mayor que la tarifa para residentes con Medicaid más su gasto médico usual. Si usted presenta la solicitud a DSHS y califica basándose en esto, el *nursing home* le cobrará la tarifa mas baja para residentes con Medicaid.

Si usted califica para la cobertura de Medicaid, se le permitirá guardar \$57.28 por mes para uso personal. El resto de sus ingresos se usarán de la siguiente forma:

- (1) una cantidad para su cónyuge si tiene, como se explica en la respuesta 3 abajo;
- (2) una cantidad para ciertos miembros de la familia que son dependientes;
- (3) para una persona soltera o una pareja institucionalizada, una cantidad (no mayor de \$903) hasta por seis meses para el mantenimiento de su casa, y para pagar impuestos o seguros relacionados con la casa, pero solo si el médico del residente certifica que es probable que podría regresar a su casa dentro de seis meses; sin esa certificación del médico, DSHS no le permite retener ninguna cantidad de sus ingresos para mantener su casa (exceptuando los ingresos por renta de su casa);
- (4) una cantidad para pagar la prima de seguro de salud;
- (5) una cantidad para pagar facturas médicas por servicios no cubiertos por Medicaid, si las facturas todavía se deben y no las cubre ningún otro seguro (generalmente son servicios que le dieron antes de calificar para Medicaid);
- (6) una cantidad para cubrir ciertos otros gastos misceláneos, tales como costos de custodia (tutela) que califiquen bajo ciertos requisitos.

Cualquier otro ingreso sobrante debe ser pagado al *nursing home* por los servicios que recibe. La parte del costo de los servicios que usted paga se llama "participación". Medicaid cubre el resto.

B. Recursos

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

Al cónyuge de una persona que solicita Medicaid para cuidado en un *nursing home*, se le permite conservar mayores recursos. Las reglas relacionadas con los recursos de solicitantes casados y sus cónyuges se explican en la respuesta 4. Se describen las reglas relacionadas a regalos de recursos en la respuesta 6.

3. ¿Con cuáles ingresos me puedo quedar si mi cónyuge ingresa a un *nursing home*?

Si usted se queda en casa mientras su cónyuge está en un *nursing home*, Medicaid siempre le permite quedarse con todos los ingresos que recibe en su nombre, sin importar la cantidad.

Además, si los ingresos en su nombre no llegan a \$1,822, Medicaid le permitirá a usted quedarse con una cantidad necesaria de los ingresos de su cónyuge para así aumentar los suyos a \$1,822 por mes. Si sus gastos de vivienda (alquiler o hipoteca, impuestos, seguro, pago de mantenimiento para un condominio o una cooperativa, y servicios públicos) exceden \$547 por mes, el límite de \$1,822 puede ser aumentado a \$2,739 con la suma del exceso. (Para calcular los costos de vivienda, se usan los costos actuales de renta, hipoteca, impuestos y seguro. Para los

servicios públicos, sin embargo, se usa una cantidad estándar de \$384 por mes.)

Ejemplos:

Si recibe \$2,400 a su nombre y \$700 a nombre de su cónyuge, usted puede quedarse con \$2,400.

*Si recibe \$700 a su nombre y recibe \$2,400 a nombre de su cónyuge, usted puede quedarse con \$700 y con por lo menos \$1,122 de los ingresos de su cónyuge ($1,822 - \$700 = \$1,122$). Y si sus gastos mensuales de vivienda son de \$800, puede quedarse con una cantidad **adicional** de \$253 de los ingresos de su cónyuge, porque el nivel de \$1,822 aumenta según el valor del exceso de sus costos de vivienda sobre \$547 ($\$800 - \$547 = \253).*

Al cónyuge que vive en casa, se le permite quedarse con más dinero del ingreso de un cónyuge institucionalizado, 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 decide, en un procedimiento administrativo, que existen “circunstancias excepcionales que resultan en extremas dificultades económicas”.

Una cantidad adicional puede ser permitida para el cuidado de un dependiente familiar.

4. ¿Con cuáles recursos nos podemos quedar cuando mi cónyuge solicita Medicaid para cuidado en un *nursing home*?

Cuando su cónyuge solicita Medicaid para cuidado en un *nursing home*, ambos pueden quedarse con recursos “exentos” - una casa y un carro, por ejemplo. Más abajo, en la respuesta 5, se explica lo que constituye un recurso exento.

Además, se les permite conservar recursos no exentos hasta por un valor limitado determinado. (Recursos no exentos incluyen tales cosas como fondos en cuentas bancarias, con ciertas excepciones, e inversiones típicas.) El límite incluye los \$2,000 que un beneficiario de Medicaid soltero puede conservar más una cantidad adicional establecida llamada “Community Spouse Resource Allowance” o “CSRA” por sus siglas en inglés. (“Community Spouse Resource Allowance” se refiere a la autorización de recursos para el cónyuge no afiliado a Medicaid.) En los recursos no exentos se incluye cosas como dinero en efectivo, la mayoría de fondos en cuentas bancarias o en inversiones.

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

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

- (1) Sí su cónyuge está actualmente internado (en un hospital o *nursing home*), y usted puede comprobar que los recursos combinados de ambos eran más de \$97,278 al comienzo del presente período de internamiento, podría ser que tenga derecho a un CSRA mayor a \$48,639. En tal caso, el CSRA se incrementa en la mitad de los recursos que tenía el matrimonio al inicio del período del internamiento. \$109,560 es la cantidad máxima a la que se puede incrementar el CSRA. Para tomar ventaja de esta excepción, hay que

comprobar el valor de los recursos combinados que los esposos tenían al inicio del período del internamiento.

- (2) Se le podría permitir conservar mayores recursos no exentos si el ingreso combinado del matrimonio no es suficiente para alcanzar lo permitido según las reglas presentadas en la respuesta 6 (\$1,822 a \$2,739). Para concederle mayores recursos, el que no requiere Medicaid, debe pedir a DSHS una resolución al momento de hacer la aplicación, diciendo que son necesarios más recursos para producir el nivel de ingresos permitido.
- (3) Si su cónyuge está internado en un hospital o en un *nursing home* y el período del internado comenzó antes del 1 de agosto, 2003. En este caso su CSRA es de \$109,560.

Es posible reducir, en varias formas, el exceso de recursos que causen que su cónyuge no cumpla con los requisitos de Medicaid. Usted puede gastar los recursos excesivos en cosas como cuidados médicos, reparación de su vivienda, en la compra de recursos exentos, o en bienes de consumo o servicios, siempre y cuando reciba el justo importe por su dinero. O puede comprar una anualidad que convierta los recursos excesivos en ingresos mensuales, *si dicha anualidad satisface los requisitos de reglamentación de DSHS*. Para determinar si una anualidad satisface los reglamentos de DSHS, y si un plan específico de finanzas tiene sentido en su caso particular, debe de consultar con un abogado que esté familiarizado con la ley de Medicaid.

Las reglas arriba presentadas aplican cuando una persona casada solicita por primera vez su ingreso al programa Medicaid. Si su cónyuge ya participa en el programa, las reglas que aplican son distintas. Después de aprobada una solicitud, la cobertura de Medicaid para el cónyuge que reside en un

nursing home no será afectada debido a los incrementos en los recursos del cónyuge que no está en Medicaid. Dicho en otra forma, si un cónyuge está en Medicaid, el otro cónyuge puede incrementar sus recursos por encima de los límites vigentes al momento en que el derecho de recibir Medicaid fue determinada. El incremento no afectará los derechos del cónyuge que recibe Medicaid.

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

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

A. ¿Qué se entiende por recursos exentos?

Algunos recursos son considerados exentos. Por eso no se incluyen en el cálculo de las cifras de \$2,000 y \$48,639 a \$109,560, los límites para recursos no exentos discutidos en la sección anterior. Los recursos exentos pueden incluir su casa, muebles y efectos personales, algunos contratos de bienes inmuebles, un carro, seguro de vida con un valor nominal de \$1,500 o menos, la mayoría de parcelas en cementerios, planes de funerales prepagados, y ciertas propiedades y cosas usadas para auto ayuda. Algunas de estas cosas se describen abajo con más detalle.

Recursos *no exentos* que no pueden venderse dentro de 20 días hábiles son temporalmente tratados como exentos y no se estiman mientras que estén en venta.

B. ¿Cuándo se considera exenta una casa?

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

La exención no figura para una casa en la cual el usuario de Medicaid tiene más de \$500,000 en equidad, a menos que las siguientes excepciones apliquen: (1) que el usuario de Medicaid esté recibiendo servicios basados en una solicitud para servicios de largo plazo administrados por DSHS, presentada antes del 1 de mayo del 2006; o (2) que el cónyuge del usuario de Medicaid o su hijo menor de 21 años o ciego o discapacitado vive en la casa. (El criterio para discapacidad para este propósito es el mismo que aquel usado por Social Security en determinar discapacidad.)

Aún cuando una casa es exenta, un solicitante o usuario de Medicaid casado puede querer transferir su interés en la casa a su cónyuge. Dicha transferencia puede ocurrir para prevenir que Medicaid recupere los costos de servicios del cuerpo de herencia del usuario (discusión más adelante en pregunta 7), o para facilitar la venta o la disposición de la casa al cónyuge. Por otro lado, el traslado de la casa no es siempre la mejor idea. Sugerimos que consulte con un abogado familiarizado con las reglas de Medicaid y aquellas leyes de herencia y legados.

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 se considera exento un contrato de venta?

El interés del vendedor en cualquier contrato de venta (de bienes raíces) firmado antes de diciembre de 1993 es un recurso exento a menos que sea transferido. Un contrato de venta firmado después de noviembre de 1993 está exento solo si es un contrato por la venta de la casa del vendedor y que incluye términos equiparables en base del mercado. 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 *nursing home*) o se afilió al programa COPES y si el contrato exige el retorno del principal dentro de la expectativa de la vida del vendedor. Los pagos recibidos bajo un contrato de venta exento se tratarán como *ingresos*.

D. ¿Cuándo se considera exento un auto?

Se considera exento un auto, sin importar el valor, si es usado para el transporte del residente. Si el residente es casado, se considera exento solamente un auto para la pareja, pero no es necesario cumplir con el requisito relacionado con el uso del vehículo.

E. ¿Cuándo se considera exento un seguro de vida?

El valor de *devolución* de un seguro de vida (la cantidad de dinero que la compañía de seguros pagaría si se cancelara la póliza) puede reclamarse como exento si el valor *nominal* total (la cantidad pagable al morir) de la póliza o pólizas 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, toda la devolución se cuenta como un recurso no exento. (Esto significa que figura como parte de los \$2,000 ó \$48,639 a \$109,560, los límites para recursos no exentos discutidos en la sección anterior.) El seguro de vida sin valor

monetario de devolución no cuenta como un recurso. No afecta la el derecho de recibir Medicaid.

F. ¿Cuándo se consideran exentos los fondos para servicios de funeral y parcelas en el cementerio?

Un *fondo para servicios de funeral* de un individuo por \$1,500 (y uno adicional para un cónyuge por \$1,500) puede reclamarse como exento si está puesto en una cuenta bancaria claramente señalada que es para cubrir gastos de entierro o incineración (cremación). Si un individuo tiene seguro de vida que reclama como exento, entonces el valor nominal del seguro de vida cuenta como parte de este fondo para servicios de funeral. Por ejemplo, si un beneficiario de Medicaid tiene un seguro de vida exento con valor nominal de \$1,000, entonces solo \$500 pueden ser exentos en una cuenta bancaria asignada para gastos fúnebres.

Un *fideicomiso irrevocable* para gastos de entierro o *servicios de funeral pre-pagado* puede ser reclamado como exento sin importar su valor, en tanto que no se pase de los gastos razonablemente anticipados de un funeral. Sin embargo, el valor de dicho fideicomiso o plan figurará contra la exención de fondos para funerales o seguro de vida.

Las parcelas en cementerios para un beneficiado de Medicaid, y para familiares inmediatos, están exentas, sin importar su valor.

G. ¿Cuándo se consideran exentos los bienes muebles de la familia y los efectos personales?

Los muebles de la familia y otros bienes, al igual que la ropa, joyas y artículos para el cuidado personal, están exentos sin importar su valor.

6. ¿Puedo transferir recursos sin afectar el derecho de recibir Medicaid?

A. Reglas para transferir una casa

Se puede transferir una casa sin sanción a:

- Un cónyuge, o
- Un hermano con equidad en la casa y quien ha vivido en ella por lo menos el año anterior a la fecha de institucionalización actual del hermano, o
- Un hijo quien o (a) ha vivido en la casa y cuidado del padre por los dos años anteriores a la fecha de institucionalización actual del padre, o (b) es menor de 21 años, ciego o discapacitado.

El criterio para establecer discapacidad para este propósito es el mismo que usa el Social Security para determinar discapacidad.

El individuo haciendo la transferencia no necesita vivir en la casa en el momento en que ocurre la transferencia a una de las personas arriba indicadas.

B. Reglas para otras transferencias a un cónyuge o hijo discapacitado.

Medicaid no sanciona al transferir cualquier recurso a su cónyuge o a su hijo discapacitado. (El criterio de discapacidad para este propósito es igual a lo que usa el Seguro Social para determinar la discapacidad.)

Recuerde que los recursos de ambos cónyuges se suman inicialmente para determinar si un cónyuge tiene derecho a recibir Medicaid. (Ver la respuesta 4 arriba.) De modo que si una pareja al momento de aplicar tiene más recursos que los permitidos,

la transferencia de recursos entre esposos no resolverá el problema.

Se puede efectuar una transferencia a un cónyuge o hijo discapacitado antes o después de que un individuo califica 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 usted vende su recurso por un precio que representa el valor actual en el mercado.

(b) Recursos *exentos con excepción de la casa o un contrato de venta*, pueden ser regalados a cualquier persona sin sanción. (Recursos exentos están descritos en la respuesta 5)

(c) No hay sanción por obsequios cuyo total es menos de \$217 en cualquier mes civil después de abril del 2006. Para regalos hechos antes de mayo 2006, existía sanción por regalos cuyo total no llegaba a \$1,000 en un mes civil.

(d) No hay sanción por obsequios de cualquier valor efectuados más de 60 meses antes de haber aplicado para Medicaid, o (con excepción de ciertas transferencias involucrando fideicomisos) más de 36 meses antes del 1 de mayo del 2006.

(e) No importa cuando se efectuó una transferencia, si usted puede demostrar que no la hizo para calificar para Medicaid, no hay sanción.

(2) Transferencias que resultan en sanciones

Puede haber una sanción si usted transfirió, durante los **60** meses anteriores a su solicitud para Medicaid, recursos *no exentos*, o contratos

de venta, o una casa, por menos del valor actual en el mercado (con excepción de una de las personas arriba indicadas). La sanción resulta en un período de descalificación para Medicaid. El período de la misma depende del valor del recurso regalado y cuando fue regalado. No existe un período máximo de descalificación.

El proceso para calcular el período de descalificación es un poco complicado. Si después de leer la explicación a continuación usted sigue en duda acerca del efecto de obsequios que han dado, o de aquellos que está considerando, sería prudente consultar con un abogado con conocimiento de Medicaid, (Las explicaciones a continuación sobre los cálculos aplican a solicitudes para Medicaid hechas entre el 1 de octubre del 2008 y el 30 de septiembre del 2009. Los números cambian cada año en octubre.)

Se deben de hacer cálculos separados para cada período durante el cual se hicieron obsequios: (1) regalos hechos el 1 de mayo del 2006 o después; (2) regalos hechos antes del 1 de mayo del 2006.

Para determinar el período de descalificación para regalos hechos después de abril del 2006, haga el siguiente cálculo: tome el total de todos los regalos hechos después de abril del 2006, y divida el total por 217. El resultado de esta división será el número de días de descalificación. *El período de descalificación no empieza hasta el primer día del mes en que el solicitante habría tenido derecho de recibir cuidado de largo plazo pagado por Medicaid, si no hubiera tenido un periodo de descalificación.* Esto significa que el solicitante debe satisfacer los requisitos de ingreso y recursos de Medicaid tanto como el requisito medico de necesitar cuidado de largo plazo. También, para iniciar el periodo de descalificación, el departamento requiere que el individuo presente una solicitud – en efecto, procurando que el departamento determine si el habría tenido derecho de

recibir Medicaid si no hubiera tenido un período de descalificación.

Si el regalo fue repartido cuando el individuo ya recibía servicios de cuidado de largo plazo de Medicaid, en un *nursing home* u otra institución, 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. El aviso oficial debe enviarse no más de 3 meses después del aviso del cliente tocante al regalo o del descubrimiento del regalo por DSHS. Hay una excepción a la norma. El período de descalificación empezará mas tarde si todavía está pasando otro período de descalificación. Entonces el período nuevo empieza después de que termine el anterior.

Para determinar el período de descalificación debido a regalos que se hayan hecho antes del 1 de mayo del 2006, haga el siguiente cálculo: calcule mes por mes; empiece con el primer mes después de marzo de 2003 en el que se repartieron regalos; sume el valor de los regalos; en seguida calcule el período de descalificación basándose en los regalos de ese mes, dividiéndolo entre 217. El resultado es el número de días de descalificación, aproximándolo al número redondo inferior. El período empieza el primer día del mes en que se hicieron los regalos, a menos que exista otro período de descalificación que esté en progreso. Si este es el caso, entonces el nuevo período empieza cuando han terminado todos los períodos anteriores. Este cálculo se repite con cada mes en que se hicieron regalos después de marzo de 2003.

Ejemplos:

Después de abril del 2006: Si usted hizo obsequios por un total de \$20,000 entre mayo y agosto del 2008 y entró a un nursing home y aplicó para Medicaid en septiembre del 2008, calcularía el período de descalificación dividiendo 20,000 por 206 para que

resulte en 92 días de descalificación debido a esos regalos. ($20,000 \div 217 = 92.16$, que aproxima 92.) El período de descalificación empezaría el 1 de septiembre del 2008, presumiendo que usted cumplió con los otros requisitos de Medicaid en esa fecha.

Antes de mayo del 2006: *Si usted hizo regalos por \$3,000 en abril de 2005, \$5,000 en mayo de 2005 y \$7,000 en junio de 2008 solamente el último regalo resultaría en un período de descalificación más allá del mes del regalo (se presume que no han habido otros regalos). El regalo por \$3,000 resultaría en descalificación por 13 días a partir del primero de abril ($3,000 \div 217 = 13.82$ que se redondea a 13). El regalo por \$5,000 resultaría en descalificación por 23 días a partir del primero de mayo ($5,000 \div 217 = 23.04$ que se redondea a 23). El regalo en junio por \$7,000 resultaría en descalificación por 32 días a partir del primero de junio extendiéndose a julio ($7,000 \div 217 = 32.25$, que se redondea a 32).*

Recuerde que al tener recursos por encima del valor permitido el primer día de un mes, un regalo no lo permitirá recibir Medicaid dentro del mes en que se hace el regalo.

Generalmente, antes de solicitar Medicaid para cuidado en un *nursing home*, las consecuencias por transferencias hechas por usted o su cónyuge, son las mismas. Esto significa que si usted o su cónyuge regalan bienes, podría resultar, para usted, en un período de descalificación. Sin embargo, una vez aprobada su solicitud, regalos que haga su cónyuge a otras personas no causarán su descalificación.

(3) Perdón de períodos de descalificación

DSHS puede perdonarle un período de descalificación si al negarle beneficios ven que le causaría extremas dificultades. Dicho perdón puede conducir a una multa civil al recipiente del regalo si el propósito del regalo fue de calificarlo para Medicaid y el recipiente del regalo “tenía conocimiento o debió tener conocimiento” del propósito.

7. ¿Tendría DSHS derecho de embargar o reclamar contra mis bienes?

DSHS puede recuperar del cuerpo de herencia del beneficiario de Medicaid la mayoría de los gastos incurridos para su cuidado después de sus 55 años. Puede que haya una demora si le sobrevive al beneficiario el cónyuge o la pareja de hecho inscrita (*registered domestic partner*) o le sobrevive un hijo ciego o discapacitado o menor de 21 años.

El reclamo por parte de DSHS solo aplica a la propiedad del cual el beneficiario de Medicaid es dueño al morir. No se pueden presentar reclamos contra las propiedades a nombre de un cónyuge o de un hijo. Esta puede ser una razón importante para consultar con un abogado con conocimiento de las reglas de COPES y Medicaid sobre las permitidas transferencias de propiedad.

Se encuentra mayor información sobre la recuperación de gastos médicos en el folleto titulado "Recuperación de gastos médicos pagados por el Estado" escrito por Columbia Legal Services.

8. ¿Qué debo hacer si necesito ayuda llenando la solicitud para Medicaid?

Muchas personas necesitan ayuda para completar una solicitud para Medicaid. A

menudo existen familiares, amigos, miembros del personal de un hospital, de un *nursing home* o de otras agencias, que pueden ayudarlo. También hay ayuda disponible de parte del personal de DSHS, especialmente para personas con impedimentos físicos o mentales que les impide completar, por su propia cuenta, el proceso de solicitud.

Si necesita ayuda de DSHS para llenar su solicitud, usted, u otra persona, se lo debe informar a un representante de DSHS. Las reglas de DSHS requieren lo que llaman "servicios suplementarios de acomodación necesarios" cuando son necesarios. Estos servicios incluyen ayuda para llenar los formularios y ayuda para encontrar información o papeles que se necesitan para completar una solicitud para Medicaid.

Las reglas de Medicaid son complicadas. Antes de tomar pasos que usted no entiende se aconseja obtener asesoramiento legal.

Nursing Home Spanish 7-09 (6-24-09)
Questions & Answers on Medicaid for Nursing Home Residents

<p style="text-align: center;">Preparado por COLUMBIA LEGAL SERVICES</p>
