

Renovaciones de Medicaid para los afiliados que son personas de Edad Avanzada, Ciegas y Discapacitadas que reciben Servicios y Apoyos de Largo Plazo

El proceso de renovación

La mayoría de los afiliados de Medicaid tienen una evaluación de elegibilidad cada 12 meses a través del proceso de renovación. Es posible que se realice una revisión de elegibilidad antes si el afiliado experimenta un cambio en sus circunstancias (*por ejemplo, un aumento de ingresos o recursos*).

En cada renovación, el estado intenta verificar la elegibilidad sin comunicarse con el afiliado mediante fuentes de datos electrónicos. Se envía por correo un aviso de que la cobertura se ha renovado a los afiliados cuya elegibilidad se confirma de esta manera. Si la elegibilidad no se puede verificar electrónicamente, se envía por correo al afiliado un formulario de renovación con una fecha límite de devolución.

El formulario de Renovación puede presentarse:

- **En línea** en commonhelp.virginia.gov
- **Telefónicamente** llamando a CubreVA al 855-242-8282 (TDD: 888-221-1590)
- **Por correo o en persona** en su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS, por sus siglas en inglés)

Si se necesita información adicional después de enviar el formulario de renovación, se le enviará al afiliado una solicitud de verificación por correo. Esta carta indicará qué información se necesita y la fecha límite para enviarla. La cobertura del afiliado se cancelará si no se recibe la renovación o información adicional antes de la fecha límite. Se enviará un aviso con el motivo de la cancelación, la fecha de finalización de la cobertura y los derechos de apelación. A los afiliados a los que se les cancela la cobertura por no devolver el formulario de renovación o no responder a una solicitud de verificación se les otorga un periodo de 3 meses durante el cual pueden completar los pasos de renovación y recibir una evaluación completa. Después de ese periodo, se debe enviar una nueva solicitud.

Evaluación de recursos

Los afiliados inscritos en las categorías de Medicaid para personas de Edad Avanzada, Ciegas y Discapacitadas (ABD, por sus siglas en inglés) deben mantener recursos contables por debajo del límite de Medicaid (\$2,000 para una persona y \$3,000 para una pareja). Los recursos se verifican en el momento de la solicitud y en cada renovación. Si el solicitante o afiliado solicita cobertura de Medicaid para Servicios y Apoyos de Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés y a veces también llamados

cuidados a largo plazo), el estado realiza una verificación adicional para detectar transferencias de activos no compensadas.

Transferencias de Activos No Compensadas

Una transferencia de activos no compensada es cuando se entrega dinero u otro recurso sin que el propietario reciba algo de igual valor a cambio. El estado revisa los cinco años anteriores para detectar transferencias no compensadas cuando se realiza una nueva solicitud de cobertura de LTSS y el año anterior en cada renovación si el afiliado recibe LTSS. Si se identifica una transferencia no compensada, se puede imponer un periodo de descalificación durante el cual Medicaid no cubrirá los LTSS del individuo.

Transferencias Permitidas

Algunas transferencias no desencadenan un periodo de descalificación:

- La persona recibió algo de igual valor al activo que se transfirió.
- La transferencia se realizó por razones distintas a la de ser elegible para el pago de Medicaid de los servicios LTSS. Esto se aplica únicamente en la solicitud de LTSS y se requiere prueba de que la persona no podría haber esperado razonablemente que necesitaría LTSS dentro de los 5 años posteriores a la transferencia.
- La persona transfirió su casa o propiedad a:
 - o Su cónyuge, hijo menor de 21 años o un hijo ciego o discapacitado de cualquier edad.
 - o Su hermano que tenga una participación accionaria en la casa y haya residido en la casa durante al menos un año inmediatamente antes de la fecha en que la persona comenzó a recibir LTSS.
 - o Su hijo adulto que haya residido en la casa durante al menos dos años antes de la fecha en que la persona comenzó a recibir LTSS, siempre que ese hijo adulto cumpla con ciertas condiciones.

Utilización de Recursos Permitida

Los afiliados pueden usar los recursos para comprar **cualquier artículo para su propio uso**, sin limitarse a:

- Teléfono, televisión, computadora o radio para uso personal
- Reparaciones o renovaciones de la casa que poseen y en la que viven
- Artículos o contratos funerarios anticipados, incluidas las primas de seguros de vida o pólizas funerarias con las que se pagarán los gastos del beneficiario (por ejemplo, los del entierro)

- Vehículo para uso personal
- Ropa y bienes y servicios personales
- Eventos sociales y entretenimiento
- Servicios de atención especial no cubiertos, como enfermeras o asistentes contratados de forma privada
 - Alimentos especialmente preparados o alternativos, en lugar de alimentos preparados en el centro (si se encuentra en un centro de enfermería)
 - Fondos de viaje para que el beneficiario visite su hogar o a su familia
 - Facturas médicas pendientes que Medicaid, Medicare u otro seguro no cubierto
 - Cualquier otra factura en la que incurra el afiliado de Medicaid por artículos o servicios para su propio uso

Reclamos por Dificultades Excesivas

Los afiliados que están sujetos a un periodo de inhabilitación tienen derecho a reclamar una dificultad excesiva y solicitar que se exima el periodo de inhabilitación. Para que se otorgue una dificultad excesiva, se debe presentar documentación para verificar que:

- el afiliado no puede recuperar los activos transferidos, y
- la imposición del periodo de inhabilitación daría como resultado que el afiliado no pueda recibir atención médica, alimentos, ropa, alojamiento u otras necesidades básicas para la vida.

Su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS, por sus siglas en inglés) puede responder preguntas sobre los recursos y cómo afectan la elegibilidad para Medicaid. La información de contacto del LDSS está disponible en www.dss.virginia.gov/localagency.