

# **Parte I Capítulo 1 – Entender los beneficios por discapacidad del Seguro Social**



# Contenido

---

Parte I Capítulo 1 – Entender los beneficios por discapacidad del Seguro Social .....	i
Contenido .....	i
Capítulo 1 – Entender los beneficios por discapacidad del Seguro Social.....	1
Objetivos de aprendizaje .....	1
Lista de acrónimos .....	1
Descripción general de los beneficios por discapacidad del Seguro Social .....	2
Obtener el derecho a recibir beneficios del Seguro Social .....	3
Condición de totalmente asegurado.....	4
Condición de asegurado por discapacidad .....	4
Tipos de Beneficios por discapacidad del Seguro Social y requisitos de elegibilidad .....	5
Cómo el Seguro Social determina los pagos de beneficios mensuales	8
Efecto del trabajo sobre los Beneficios por Discapacidad del Título II.	9
Introducción la Actividad Sustancial y Lucrativa (SGA) .....	10
Evaluación de ingresos durante las determinaciones de SGA — Conceptos importantes que debe entender.....	11
Incentivos laborales del Programa de Discapacidad del Seguro Social .....	13
Incentivos laborales que les permiten a los beneficiarios tener un ingreso superior a SGA sin perder los beneficios de inmediato .....	14
Incentivos laborales que reducen la cantidad de ingresos derivados del trabajo que cuenta a la hora de realizar una determinación de SGA .....	20
Incentivos laborales que ayudan a las personas a recuperar los beneficios si fuera necesario después de la suspensión o extinción de los beneficios debido a los ingresos derivados del trabajo .....	25
Restitución Acelerada (EXR) .....	27
Próximos pasos .....	29







# Capítulo 1 – Entender los beneficios por discapacidad del Seguro Social

---

## Objetivos de aprendizaje

Después de haber leído este capítulo y completado las clases y actividades asociadas durante la Capacitación Inicial de WIPA, usted debería poder:

1. Identificar los requisitos de elegibilidad básicos de los tres programas de beneficios por discapacidad del Seguro Social.
2. Identificar y describir los factores clave que el Seguro Social tiene en cuenta al realizar determinaciones relativas a la Actividad Sustancial y Lucrativa (SGA, por sus siglas en inglés).
3. Describir los incentivos laborales que se pueden aplicar para reducir el ingreso contable derivado del trabajo durante las determinaciones de SGA – Gastos Laborales Relacionados con una Incapacidad (IRWE, por sus siglas en inglés) y Subsidio/Condiciones Especiales.
4. Describir los incentivos laborales que les permiten a los beneficiarios poner a prueba su capacidad de trabajar sin perder los pagos en efectivo – Período de Trabajo de Prueba (TWP, por sus siglas en inglés) y Período de Gracia.
5. Describir los incentivos laborales que les permiten a los beneficiarios recobrar beneficios si dejan de trabajar – Período de Elegibilidad Extendido (EPE, por sus siglas en inglés) y Restitución Acelerada (EXR, por sus siglas en inglés).

## Lista de acrónimos

- CDB – Beneficios por Discapacidad en la Niñez
- COLA – Ajuste por Costo de Vida
- CS – Especialista en Reclamos
- CWIC – Coordinador de Incentivos Laborales Comunitario

- DAC – Beneficios por Hijo Adulto con una Discapacidad
- DWB – Beneficios para Viudo(a) con una Discapacidad
- EPE – Período de Elegibilidad Extendido
- EXR – Restitución Acelerada
- FICA – Ley Federal de Contribuciones de Seguro
- FMAX – Máximo Familiar
- FO – Oficina de Campo
- IRWE – Gasto Laboral Relacionado con una Incapacidad
- NH – Persona Asegurada
- OASDI – Programa de Seguro para personas de Edad Avanzada, Sobrevivientes y por Discapacidad
- PIA – Monto de Seguro Principal
- QC – Trimestre de Cobertura
- SGA – Actividad Sustancial y Lucrativa
- SSA – Administración del Seguro Social
- SSDI – Seguro por Discapacidad del Seguro Social
- SSI – Ingreso Complementario del Seguro
- TWP – Período de Trabajo de Prueba
- UWA – Intento de Trabajo Sin Éxito

## **Descripción general de los beneficios por discapacidad del Seguro Social**

El Título II de la Ley del Seguro Social autoriza el Programa de Seguro para personas de Edad Avanzada, Sobrevivientes y por Discapacidad (OASDI, por sus siglas en inglés) de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). El programa de beneficios del Seguro Social para retirados y sobrevivientes que comenzó en 1935 no contenía disposiciones de seguro por discapacidad. El Congreso agregó la “D” en OASDI más de 20 años después, el 1 de agosto de 1956. Esta es la fecha en que el Presidente Dwight D. Eisenhower promulgó las



Enmiendas de 1956 a la Ley del Seguro Social, que establecían el programa de Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés).

Con el paso de los años, el programa ha crecido. El programa de discapacidad actual del Seguro Social proporciona beneficios mensuales a los siguientes grupos:

1. Extrabajadores con antecedentes laborales recientes (SSDI) (también puede incluir beneficios para familiares dependientes, como hijos menores de edad);
2. Hijos discapacitados (18 años o más) de trabajadores retirados, fallecidos o discapacitados (Beneficios por Discapacidad en la Niñez, o CDB, por sus siglas en inglés); y
3. Viudos o viudas discapacitados de 50 años o más (Beneficios para Viudo(a) con una Discapacidad, o DWB, por sus siglas en inglés).

Hay otro programa de discapacidad que administra el Seguro Social denominado Ingreso Complementario del Seguro o SSI. El programa SSI está dirigido a personas elegibles que tienen ingresos y recursos limitados y que están discapacitados, ciegos o son mayores de 65 años. Los niños y adultos ciegos o con una discapacidad también son elegibles para recibir beneficios de SSI. Los beneficios de SSI mensuales ayudan a cubrir los costos de alimentos y refugio. A diferencia de los beneficios del OASDI del Seguro Social, los beneficios de SSI no están basados en trabajo anterior. En lugar de ello, el Congreso financió el programa de SSI con dinero de los impuestos sobre la renta. Este capítulo se enfoca exclusivamente en los beneficios por discapacidad del Seguro Social autorizados por el Título II de la Ley del Seguro Social. Cubrimos el programa SSI, que fue autorizado por el título XVI de la Ley del Seguro Social, en el Capítulo 3.

## **Obtener el derecho a recibir beneficios del Seguro Social**

Los trabajadores obtienen beneficios del Seguro Social al pagar impuestos sobre sus salarios, o sobre el producido neto de un comercio o negocio. Quizás reconozca este impuesto como una deducción a la nómina de pago denominada "FICA", que es la sigla en inglés para la

Ley Federal de Contribuciones de Seguro. El Seguro Social denomina el tener trabajo suficiente como para tener derecho a recibir beneficios "Condición de Asegurado". Para determinar la condición de asegurado de un trabajador, el Seguro Social observa el importe que ganó un trabajador sobre el cual pagó impuestos del Seguro Social. Los trabajadores obtienen "créditos", también llamados Trimestres de Cobertura (QC, por sus siglas en inglés) por esas ganancias. Los trabajadores pueden obtener, como máximo, cuatro QC por año calendario. El importe de ingresos requeridos para un QC se ajusta automáticamente todos los años, en proporción con los aumentos en el nivel promedio de los salarios. El Seguro Social determina la condición de asegurado en función de una cantidad mínima de créditos durante ciertos períodos de la vida laboral de una persona. Los requisitos para la condición de asegurado difieren según el tipo de beneficio del Seguro Social involucrado.

Puede obtener más información sobre los **Trimestres de Cobertura** consultando el sitio web del Seguro Social (<https://www.ssa.gov/oact/cola/QC.html>).

## **Condición de totalmente asegurado**

La elegibilidad para la mayoría de los tipos de beneficios del Seguro Social requiere que el trabajador esté "totalmente asegurado". El Seguro Social considera que alguien está totalmente asegurado si obtiene un crédito por cada año entre el tiempo que la persona cumple 21 años hasta la fecha de fallecimiento, fecha de discapacidad o la fecha en la que la persona cumple 62. Una persona puede obtener estos créditos en cualquier momento durante sus antecedentes laborales. Sin importar la edad, la persona que pagó al Seguro Social o la "Persona Asegurada" (NH) debe haber obtenido al menos seis créditos para que alguien reciba beneficios en ese registro laboral. La cantidad de créditos requeridos para tener condición de asegurado nunca superará los 40, o el acumulativo equivalente a diez años de ingresos cubiertos.

## **Condición de asegurado por discapacidad**

Existe otro tipo de condición de asegurado necesaria para que las personas reciban beneficios por discapacidad con base en sus propios

antecedentes laborales, llamada condición de “asegurado por discapacidad”. La condición de asegurado por discapacidad quiere decir que el individuo cumple con la prueba de la condición de totalmente asegurado tratada anteriormente, y que también cumple con la prueba del trabajo reciente. Para las discapacidades que comenzaron cuando el reclamante tenía más de 31 años, el reclamante debe tener al menos 20 QC o créditos durante el período de 10 años inmediatamente anterior a la fecha que la evidencia médica indica que comenzó la discapacidad. Si el reclamante es menor de 31 años, la cantidad de créditos para los beneficios por discapacidad es menor a 20, y varía dependiendo de la edad del reclamante. Sin embargo, se requieren al menos 6 créditos incluso si el reclamante tiene menos de 31 años.

El Seguro Social proporciona una explicación de la condición de asegurado, a la que se puede acceder visitando **The Redbook – A Guide to Employment Supports [El Libro Rojo: Guía a apoyos de empleo] (Publicación Nro.64-030)** ([www.ssa.gov/redbook](http://www.ssa.gov/redbook)). Dado que los Coordinadores de Incentivos Laborales Comunitarios (CWIC) que prestan servicios de Planificación y Asistencia de Incentivos Laborales (WIPA) trabajan exclusivamente con personas que ya reciben beneficios por discapacidad, no es necesario que tengan experiencia en la condición de asegurado. Los CWIC deben tener un entendimiento general del concepto, dado que algunos beneficiarios podrían establecer elegibilidad para tipos adicionales de beneficios del Seguro Social luego de que comiencen los servicios, o podrían realizar preguntas sobre cómo obtuvieron el beneficio.

## **Tipos de Beneficios por discapacidad del Seguro Social y requisitos de elegibilidad**

Un individuo puede establecer el derecho a recibir un beneficio del Seguro Social de varias maneras, la mayoría de las cuales no tiene nada que ver con la discapacidad. Recuerde, los beneficios del Seguro Social autorizados por el Título II de la Ley del Seguro Social incluyen beneficios de retiro, beneficios para sobrevivientes, y beneficios para familiares dependientes de extrabajadores asegurados. En este capítulo, nos enfocamos en los beneficios con base en la discapacidad, dado que la elegibilidad para recibir servicios de WIPA se limita a estas personas. El Título II de la Ley del Seguro Social autoriza tres tipos distintos de beneficios por discapacidad.

1. El Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) es un beneficio de reemplazo de salarios que se paga a extrabajadores asegurados que ya no pueden mantenerse trabajando debido a una discapacidad. Para calificar para SSDI, una persona debe:
  - a. Estar totalmente asegurado y cumplir con los requisitos de la condición de asegurado por discapacidad;
  - b. Tener una discapacidad según los estándares del Seguro Social;
  - c. Presentar una solicitud ante la Administración del Seguro Social; y
  - d. Completar un período de espera que consiste en cinco meses calendario completos antes de que comience un pago de SSDI en efectivo.

El Seguro Social puede pagar beneficios de SSDI en efectivo de manera retroactiva, es decir, antes de la fecha de solicitud. Se pueden realizar pagos retroactivos hasta la fecha de comienzo de la discapacidad (la fecha en que el Seguro Social determine que una persona cumplió por primera vez el estándar de discapacidad), hasta un máximo de 12 meses antes del mes en que la persona presentó la solicitud.

2. Los Beneficios por Discapacidad en la Niñez (CDB, por sus siglas en inglés), anteriormente denominados Beneficios por Hijo Adulto con una Discapacidad (DAC, por sus siglas en inglés), son pagaderos al hijo adulto de un trabajador asegurado que ha muerto, o que tiene derecho a un beneficio

de retiro o por discapacidad. Para calificar para CDB, una persona debe:

- a. Ser el hijo de un extrabajador asegurado que ha fallecido o cobra beneficios del Seguro Social con base en su trabajo;
- b. Tener una condición incapacitante con base en los estándares del Seguro Social que comenzaron antes del momento en que el hijo cumplió los 22 años;
- c. Tener por lo menos 18 años;
- d. Presentar una solicitud ante la Administración del Seguro Social; y
- e. No estar casado (con algunas excepciones).

Las personas elegibles para CDB no tienen que completar un período de espera de cinco meses antes de que comiencen los pagos mensuales. El Seguro Social no paga Beneficios por Discapacidad en la Niñez antes del mes en que el individuo cumpla los 18 años. (**Nota:** Antes de los 18 años, los hijos de un trabajador que ha fallecido o que tiene derecho a recibir beneficios, incluso si el hijo tiene una discapacidad, pueden recibir beneficios con base en su edad y relación, denominados “beneficios del hijo”).

3. Los Beneficios para Viudo(a) Discapacitado(a) (DWB) son pagaderos al viudo, viuda o cónyuge divorciado sobreviviente de un extrabajador asegurado. Para calificar para DWB, una persona debe:
  - a. Tener al menos 50 años;
  - b. Brindar un comprobante de matrimonio con el trabajador fallecido y cumplir con otros requisitos relativos al tiempo transcurrido entre la muerte de dicho trabajador y el

- comienzo de la discapacidad, el momento en que cumplió los 50 años, y la solicitud de beneficios;
- c. No estar casado (con algunas excepciones);
  - d. Presentar una solicitud ante la Administración del Seguro Social; y
  - e. Completar un período de espera que consiste en cinco meses calendario completos antes de que comience un pago de DWB en efectivo.

La definición de discapacidad y el proceso de determinación de discapacidad son los mismos para los tres grupos de beneficios por discapacidad. Hablamos sobre el estándar de discapacidad del Seguro Social y el proceso de determinación de discapacidad con mayor profundidad de detalle en el Capítulo 7.

## **Cómo el Seguro Social determina los pagos de beneficios mensuales**

Una vez que el Seguro Social determine que un extrabajador tiene QC suficientes para permitir el derecho a recibir beneficios, determina el Monto de Seguro Principal (PIA, por sus siglas en inglés). La PIA es el resultado de un cálculo de beneficio complejo que el Seguro Social realiza para determinar el monto de los pagos mensuales. El Seguro Social calcula todos los beneficios que paga en el registro de la PIA del trabajador. Esto incluye beneficios que se pagan al trabajador, así como también beneficios pagados a los familiares dependientes o sobrevivientes. Hay muchos cálculos diferentes según el tipo de beneficios del Seguro Social disponibles en el registro de un trabajador. El Seguro Social elige el cálculo más apropiado según la fecha de nacimiento del trabajador y la fecha en que comenzó la discapacidad, la fecha en que murió el trabajador, o la fecha en que el trabajador obtuvo el derecho a recibir un beneficio por retiro. El Seguro Social calcula el PIA y determina los importes de pago de beneficio mensual cuando alguien solicita beneficios inicialmente. Luego de la solicitud inicial, el importe de pago puede cambiar debido a ajuste por Costo de Vida (COLA, por sus siglas en inglés) anual o recálculos periódicos que ocurren cuando una persona tiene ingresos adicionales que afectan positivamente el beneficio.

Cuando más de una persona tiene derecho a recibir beneficios con base en los registros de un trabajador, el Seguro Social limita el importe total de beneficios pagados cada mes con base en el “máximo familiar” (FMAX, por sus siglas en inglés). El FMAX limita la cantidad de beneficios que se pagan a un dependiente o a los familiares sobrevivientes basándose en los ingresos de un trabajador. Si el trabajador está vivo, el trabajador recibe su beneficio completo, y el resto de los familiares dependientes comparten lo que queda hasta el FMAX. Si un anterior trabajador ha fallecido, cada uno de los familiares con derechos recibirá su beneficio completo, a menos que el total exceda el máximo familiar. Si lo hace, se divide una parte del resto del FMAX después de deducir los beneficios del trabajador entre los familiares. El Seguro Social calcula el FMAX al someter la PIA a una fórmula compleja.

## **Efecto del trabajo sobre los Beneficios por Discapacidad del Título II**

**NOTA:** La información en este capítulo está relacionada con los beneficiarios por discapacidad del Título II que participan en empleo asalariado en lugar de trabajo por cuenta propia. El Seguro Social trata el trabajo por cuenta propia y el empleo asalariado de manera muy diferente. Deberá completar una capacitación adicional para poder prestar servicios de WIPA a beneficiarios por discapacidad que realizan trabajo por cuenta propia o planifican trabajar por cuenta propia. Puede encontrar información detallada sobre el efecto del empleo por cuenta propia y los beneficios por discapacidad del Título II leyendo un documento de recurso titulado **Self-employment and Social Security Disability Benefits** [Empleo por cuenta propia y beneficios por discapacidad del Seguro Social] disponible en el sitio web de NTDC (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=35>).

El Congreso creó beneficios por discapacidad del Seguro Social para que sirvan como un programa de reemplazo parcial del salario para personas que no pueden mantenerse trabajando debido a una

discapacidad. El Seguro Social mide la capacidad de una persona para mantenerse mediante el trabajo comparando lo que gana o se puede esperar que gane una persona con una figura de salario mensual especial que llaman "Actividad Sustancial y Lucrativa" o SGA, por sus siglas en inglés. El Seguro Social realiza determinaciones de SGA cuando las personas solicitan inicialmente beneficios por discapacidad y durante revisiones periódicas que continúan durante todo el tiempo que las personas reciban beneficios. Si el Seguro Social determina que una persona está participando en una SGA o puede participar en una SGA, no se considera que dicha persona está "discapacitada" por definición y, por lo tanto, no es elegible para beneficios por discapacidad. El concepto de SGA es de fundamental importancia en el programa de beneficios por discapacidad del Seguro Social.

## **Introducción la Actividad Sustancial y Lucrativa (SGA)**

Durante una determinación de SGA, el Seguro Social determina el valor de la actividad laboral del individuo en comparación con una cifra específica en dólares conocida como la pauta de SGA. La pauta de SGA es una cifra mensual de ingresos derivados del trabajo. Una vez que el Seguro Social haya aplicado todas las deducciones y los incentivos laborales apropiados para el trabajo, compara el ingreso mensual "contable" derivado del trabajo con la pauta mensual de SGA aplicable para el año calendario. Cada año diferente tiene un monto distinto de pauta de SGA. Si el promedio del ingreso contable derivado del trabajo supera la pauta de SGA aplicable de manera sistemática, en general la actividad laboral representa una SGA. Si el promedio del ingreso contable está por debajo de la pauta aplicable de SGA de manera sistemática, es poco probable que el Seguro Social considere que la actividad laboral es una SGA. Los beneficiarios que no estén trabajando a un nivel sustancial continúan recibiendo pagos de beneficios mensuales completos. Las personas que trabajan a un nivel sustancial podrían finalmente sufrir la suspensión o extinción de los beneficios.

Conforme a las regulaciones actuales, las pautas de SGA pueden cambiar anualmente; esto es lo que "indexadas anualmente" significa. Además, una pauta de SGA se aplica a individuos que reciben beneficios debido a ceguera, y otra pauta se aplica a todos los demás individuos con discapacidades. Puede encontrar las pautas de SGA para el año



actual y todos los años anteriores en la Guía del Sistema de Procedimientos Operacionales (POMS, por sus siglas en inglés) del Seguro Social, en **POMS DI 10501.015 Tables of SGA Earnings Guidelines and Effective Dates Based on Year of Work Activity** [Tablas de Ingresos SGA, pautas y fechas de entrada en vigencia según el año de actividad laboral] (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0410501015>).

Típicamente, los Especialistas de Reclamos (CS, por sus siglas en inglés) del Seguro Social dentro de la oficina de campo (FO, por sus siglas en inglés) local del Seguro Social realizan decisiones de SGA, pero otro personal del Seguro Social podría realizar estas determinaciones en determinadas circunstancias. El personal del Seguro Social realiza determinaciones de SGA al realizar una Revisión de Continuación de Discapacidad (CDR, por sus siglas en inglés) laboral. Ocurre una CDR laboral cuando un beneficiario informa que tuvo ingresos derivados del trabajo o trabajo por cuenta propia, o cuando el Seguro Social descubre que un beneficiario tiene ingresos derivados del trabajo que podrían afectar su derecho a recibir beneficios o uso de incentivos laborales.

## **Evaluación de ingresos durante las determinaciones de SGA – Conceptos importantes que debe entender**

Muchos piensan que la SGA es simplemente un número, una cifra en dólares concreta y objetiva que el Seguro Social establece cada año como el tope que un beneficiario puede ganar antes de que finalice la elegibilidad para recibir beneficios. Las determinaciones de SGA incluyen la interpretación de complejas regulaciones que se apliquen a un beneficiario individual dada la situación única de esa persona. Esta flexibilidad es necesaria, pero puede ser difícil de entender.

Las determinaciones de SGA requieren que el personal del Seguro Social recopile hechos aplicables, apliquen las normas y procedimientos apropiados y utilicen su mejor criterio para tomar una decisión. Observemos algunos conceptos importantes que se aplican cuando el Seguro Social evalúa los ingresos derivados del trabajo de una persona para determinar si el trabajo representa SGA.

## **Pago por actividad laboral**

El Seguro Social basa las determinaciones de SGA en los ingresos derivados del trabajo. Esto se refiere a los ingresos que recibe una persona a cambio de su trabajo. El Seguro Social no tiene en cuenta los ingresos no derivados del trabajo durante las determinaciones de SGA. Además, el Seguro Social realiza determinaciones de SGA con base en los ingresos BRUTOS de un beneficiario, es decir, los ingresos antes de deducciones como impuestos federales o estatales, deducciones de FICA o retenciones por primas del seguro médico. El Seguro Social también tiene en cuenta pagos “en especie”, además de los pagos en efectivo. El valor de todo lo que los beneficiarios reciben a cambio del trabajo que realicen podría contar como ingresos derivados del trabajo durante una determinación de SGA. Las remuneraciones en especie incluyen ítems como comida y alojamiento a cambio de realizar un trabajo.

Al determinar qué monto en salarios contar durante las determinaciones de SGA, las normas federales requieren que el personal del Seguro Social ignore ciertos tipos de paga. Por ejemplo, el Seguro Social solamente cuenta los salarios que representan el esfuerzo laboral real del beneficiario. Debido a esta política, si una persona recibe pago por enfermedad o por vacaciones en un mes en particular, el Seguro Social no considerará esa paga como un ingreso contable para ese mes. Además, los pagos que podrían recibir los beneficiarios, como reembolsos por gastos de viaje, en general no cuentan durante una determinación de SGA, ya que no se paga basada en una actividad laboral.

Encontrará información detallada sobre cómo el Seguro Social define los salarios en la POMS, en **RS 01401.000 Wages** [Salarios] (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0301401000>).

## **El ingreso derivado del trabajo cuenta para el mes en que se gana, no en el que se paga**

En el programa por discapacidad del Título II, el Seguro Social evalúa los ingresos por mes calendario. En general, el Seguro Social cuenta los ingresos derivados del trabajo en el mes en que el beneficiario los ganó, no en el mes en que el beneficiario recibió el PAGO. Esta podría parecer una distinción menor, pero puede afectar las determinaciones de SGA. Por ejemplo, quizás a los beneficiarios les preocupe perder su

derecho a recibir beneficios porque recibieron un cheque de pago adicional en un mes. Esto sucede cuando se paga a los individuos todas las semanas, o semana de por medio, debido a la manera en que caen las fechas de pago en un mes calendario. Dado que el Seguro Social cuenta los salarios cuando se ganan, no cuando se pagan, los dos meses cada año que incluyen un cheque de pago adicional no deberían causar la extinción de los beneficios. Otro ejemplo incluiría a los maestros, que pueden elegir recibir paga por 12 meses, aunque solo enseñen durante 9-10 meses al año. Estos maestros ganarían la paga durante el año escolar, no durante el año calendario. En estos casos, el Seguro Social tomaría el salario anual del maestro y lo dividiría por el número de meses en los que el maestro realmente trabajó para determinar los ingresos mensuales durante una determinación de SGA.

Las normas actuales requieren que el personal del Seguro Social evalúe todas las fuentes de verificación de ingresos disponibles para determinar cuándo el beneficiario ganó los salarios. Sin embargo, en algunos casos, resulta difícil determinar cuándo se ganaron realmente los salarios. Si el personal del Seguro Social no cuenta con otra evidencia disponible para determinar cuándo el beneficiario realizó la actividad laboral, utilizará otras fuentes de verificación de ingresos, incluso si la fuente de ingresos solamente documenta cuándo el empleador le pagó al beneficiario.

## **Incentivos laborales del Programa de Discapacidad del Seguro Social**

El Seguro Social tiene en cuenta muchos aspectos diferentes al evaluar el trabajo de un beneficiario para ver si esa persona participa en SGA. Además de los conceptos arriba descritos, hay incentivos laborales que aplican en el programa del Título II para ayudar a facilitar la transición de la dependencia de beneficios a la autosuficiencia a través del empleo. Algunos de estos incentivos laborales se aplican a todos los beneficiarios por discapacidad del Título II que trabajan, mientras que otros solamente aplican en un conjunto de circunstancias indicadas. Hay muchos incentivos laborales diferentes, y se pueden dividir en tres categorías:

1. Incentivos laborales que les permiten a los beneficiarios tener un ingreso superior a SGA sin perder los beneficios de inmediato;
2. Incentivos laborales que reducen la cantidad de ingresos derivados del trabajo que cuenta a la hora de realizar una determinación de SGA; e
3. Incentivos laborales que ayudan a las personas a recuperar los beneficios si fuera necesario después de que el Seguro Social suspende o extingue los beneficios debido a los ingresos derivados del trabajo.

Echemos un vistazo a cada una de estas categorías y las distintas disposiciones de incentivo laboral que podrían aplicarse en el programa del Título II.

## **Incentivos laborales que les permiten a los beneficiarios tener un ingreso superior a SGA sin perder los beneficios de inmediato**

### **Período de Trabajo de Prueba**

El incentivo laboral más importante en esta categoría, por mucho, es algo que el Seguro Social llama el Período de Trabajo de Prueba, o TWP, por sus siglas en inglés. El TWP les ofrece a los beneficiarios un período de tiempo limitado para poner a prueba sus capacidades laborales mientras mantienen el pago completo de los beneficios, sin importar cuánto gane el beneficiario. Mientras un beneficiario siga en el TWP, el Seguro Social no detendrá sus beneficios a causa de SGA. Cuando una persona ha utilizado todos sus meses de TWP disponibles, finaliza el TWP y el Seguro Social evaluará los salarios de dicha persona para ver si puede trabajar a nivel de SGA. Durante las determinaciones de SGA que realice el Seguro Social después de finalizado el TWP, el Seguro Social podrá tener en cuenta los salarios obtenidos durante el TWP. El trabajo a nivel SGA realizado durante el TWP podrá causar que se detengan los beneficios DESPUÉS de finalizado el TWP. El TWP no significa que el Seguro Social ignora todo el trabajo realizado durante ese período de tiempo. El TWP simplemente protege la continuación de beneficios durante los meses en los que se aplica este incentivo laboral.

La suspensión debido a SGA no puede ocurrir después de finalizado el TWP.

Cada año, el Seguro Social establece un monto mensual de salario bruto como pauta para determinar el uso de los meses de TWP. Cuando una persona gana más de la pauta de TWP aplicable en un mes calendario, usa un mes de TWP. Las pautas de TWP cambian todos los años calendario. Puede encontrar las **pautas de TWP actuales y presentes** en la POMS (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0413010060>).

El TWP termina cuando un beneficiario realiza nueve meses de trabajo dentro de la pauta de TWP en un período de 60 meses consecutivos. No es necesario que los meses de TWP dentro del período de 60 meses sean consecutivos para que el Seguro Social los cuente. Cuando un beneficiario informa que está trabajando, el Seguro Social analiza los salarios sobre una base mes por mes, y marca todos los meses posibles con salarios sobre la pauta de TWP aplicable. El Seguro Social cuenta hasta identificar nueve meses de TWP y luego cuenta hacia atrás 60 meses consecutivos para ver si el beneficiario completó todos los nueve meses de TWP dentro de ese período. En caso contrario:

- El Seguro Social ignora los meses de servicio que caen antes del período de 60 meses;
- El Seguro Social cuenta los meses de servicio que caen dentro del período de 60 meses; y
- El TWP continúa.

Cada vez que el beneficiario utilice un mes de TWP, el Seguro Social utiliza el mismo procedimiento: cuenta hasta tener nueve meses de servicio y luego cuenta hacia atrás 60 meses para ver si los nueve meses de servicio TWP se encuentran dentro de cinco años consecutivos. Si en cualquier momento los nueve meses de servicio se encuentran dentro de un período de 60 meses, el Seguro Social determina que el TWP está completo. El marco de tiempo de 60 meses no significa que la persona recibe un TWP nuevo cada cinco años. En lugar de ello, significa que el Seguro Social puede ignorar meses de trabajo a nivel TWP que ocurrieron mucho antes del esfuerzo laboral actual. Si un beneficiario trabaja esporádicamente, los meses de TWP pueden estar dispersos por un período de tiempo largo. Algunos beneficiarios tienen más de nueve meses de trabajo a nivel TWP, pero

el TWP no finaliza porque los meses sucedieron con tanto tiempo de separación que no hay nueve meses que caigan dentro de un período de 60 meses. Necesitará un poco de práctica para poder contar los meses de TWP correctamente. Sus instructores le brindarán muchos ejemplos de TWP durante la capacitación inicial.

Una vez finalizado el TWP, finalizan las protecciones de TWP. Los beneficiarios tienen un solo TWP durante un período de derecho. La persona no obtiene otro TWP basado en el mismo expediente del Seguro Social a menos que el Seguro Social finalice los beneficios de la persona, y la persona posteriormente vuelva a ser elegible para recibir beneficios. Veamos más de cerca varios aspectos clave del TWP:

- Los meses de TWP solo se usan si una persona gana salarios (brutos) antes de los impuestos superiores a la pauta de TWP mensual actual. Si los salarios mensuales brutos se encuentran por debajo de la pauta de TWP, el Seguro Social no contará ese mes como un mes de TWP.
- A diferencia de la pauta de SGA, no hay una pauta de TWP especial para personas que reciben beneficios con base en la ceguera. La misma pauta de TWP se aplica a todos los beneficiarios por discapacidad de Título II independientemente de discapacidad en los tres programas de beneficios por discapacidad del Seguro Social (SSDI, CDB y DWB).
- Durante el TWP, al Seguro Social solo le interesa el ingreso que es remuneración por una paga o ganancia que supere el monto aplicable del TWP. Esto puede incluir ingresos de taller de trabajo protegido, ingresos del programa de rehabilitación vocacional (VR), y los ingresos generados por programas de pasantías pagas o programas de terapia laboral. Las actividades laborales realizadas sin paga (por ejemplo, terapia, capacitación o cuidado de sí mismo) no usarán un mes de TWP.
- Para usar un TWP, un beneficiario debe seguir teniendo una discapacidad. El TWP solamente evita que los beneficiarios pierdan beneficios a causa del trabajo. No evita que el Seguro Social revise la condición médica de la persona.
- El primer mes TWP posible en general comienza la primera vez que un beneficiario comienza a trabajar y a tener ingresos

superiores a la pauta de TWP aplicable después de tener derecho a beneficios por discapacidad del Título II. El TWP no puede comenzar antes de la fecha en que una persona solicita beneficios por discapacidad. El TWP puede no ocurrir antes del primer mes en que el beneficiario adquiere el derecho, o vuelve a tener derecho, a recibir pagos de beneficios.

- No hay deducciones que se apliquen a salarios brutos durante el TWP. El Seguro Social determinará los salarios brutos que un beneficiario ganó en un mes y comparará esos salarios mensuales con la pauta de TWP actual. Si los salarios brutos superan la pauta actual de TWP, el beneficiario habrá usado un mes de TWP.

## **Mes de Cese y Período de Gracia**

Siempre y cuando el beneficiario siga teniendo una discapacidad, la primera vez que el trabajo a nivel SGA podría afectar el pago de beneficios es después de que finaliza el TWP. Cuando un beneficiario demuestre la capacidad de realizar trabajo a nivel SGA después del TWP, el Seguro Social considera que la discapacidad ha “cesado”. El Seguro Social les permite a los beneficiarios recibir un pago en este mes, llamado el mes de cese, y los dos meses que le siguen, llamado el “Período de Gracia”. Esto tiene como resultado un período de tres meses durante el cual continúan los pagos de beneficios aunque el Seguro Social ha determinado que el beneficiario participó en SGA. Si bien nos referimos al mes de cese y al período de gracia por separado, el Seguro Social siempre los aplica juntos como un bloque de tres meses. Los beneficios no se detienen hasta después del período de gracia. El Seguro Social llama la primera vez que una persona realiza SGA después del TWP “cese” porque, cuando una persona puede participar en trabajo de nivel SGA, ya no se considera que esté discapacitada según los estándares de la agencia. Aprenderá más sobre el estándar de discapacidad del Seguro Social y cómo se considera la SGA durante las determinaciones de discapacidad en el Capítulo 7.

El cese y meses de gracia, al igual que el TWP, solo están disponibles una vez durante un período de discapacidad. El Seguro Social les brinda a los beneficiarios otro Mes de Cese/Período de Gracia solamente si ha vuelto a tener derecho a recibir beneficios. El Período de Gracia sigue disponible para proteger los pagos en efectivo de un beneficiario durante tres meses si el beneficiario alguna vez participa en una SGA

luego de finalizado el TWP. El Período de Gracia puede caer inmediatamente después de finalizado el TWP, en algún otro momento en el futuro si el beneficiario participa en una SGA después del final del Período de Trabajo de Prueba. Si el beneficiario nunca realiza una SGA, el cese puede no ocurrir para nada, incluso si finaliza el TWP.

## **Promedio de ingresos**

Con frecuencia, los beneficiarios por discapacidad del Título II tienen miedo de que un solo mes en el que sus ingresos superen la pauta de SGA actual resulte en la extinción de los beneficios. Afortunadamente, este rara vez es el caso, gracias a dos herramientas muy importantes que aplica el Seguro Social durante las determinaciones de SGA: Promedio de ingresos e Intentos de Trabajo sin Éxito (UWA, por sus siglas en inglés).

Podrían ocurrir fluctuaciones en los salarios en el caso de beneficiarios que ganan un salario por hora y cuyas horas de trabajo varían según el mes. Los empleados del sector de servicios (restaurantes, hoteles o tiendas minoristas) con frecuencia experimentan este tipo de variación de ingresos. Promediar ayuda al personal del Seguro Social a identificar un patrón de trabajo de nivel SGA de manera más precisa que observando los datos de salario mes a mes. Las reglas que rigen sobre cuándo el Seguro Social puede promediar y qué meses de salarios se pueden promediar juntas son complejas. Lo que es importante recordar es que, en la mayoría de los casos, es poco probable que los beneficiarios que tienen ingresos más altos en un único mes pierdan su derecho a recibir beneficios debido a trabajo a nivel SGA. Puede obtener más información sobre el **promediado de ingresos** completando una sesión de capacitación breve archivada disponible en el sitio web de NTDC (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=200>).

## **Intentos de Trabajo sin Éxito**

El Seguro Social reconoce que en algunos casos un beneficiario puede intentar regresar al trabajo pero solo tener éxito durante un breve período de tiempo. El Seguro Social no quiere interrumpir sin necesidad los pagos a un beneficiario que intenta desempeñar un trabajo sustancial, sólo para descubrir que es incapaz de sostener dicho esfuerzo en el tiempo debido a su discapacidad. Dado que la SGA es en realidad un patrón de conducta laboral, es lógico que el Seguro Social



excuse un esfuerzo laboral de corta duración bajo ciertas circunstancias. El Seguro Social se refiere a esto como un Intento de Trabajo Sin Éxito, o UWA, por sus siglas en inglés.

Al igual que con el promedio, solo hay ciertas circunstancias en las que el Seguro Social puede aplicar las disposiciones de UW al evaluar el trabajo de un beneficiario. Cuando se aplica UWA, el Seguro Social considerará que el trabajo a nivel SGA de seis meses o menos es un UWA si el beneficiario dejó de trabajar o redujo el trabajo y sus ingresos por debajo del nivel de SGA a causa de una incapacidad o por la eliminación de condiciones especiales que se adaptaban a la incapacidad del beneficiario y le permitían trabajar. El Seguro Social no puede ignorar trabajo nivel SGA que dure más de seis meses como UWA, independientemente de la razón por la que terminó o por qué se redujeron los salarios al nivel no SGA. Debe haber una interrupción considerable en la continuidad laboral de una persona antes de que el Seguro Social pueda considerar que el beneficiario ha comenzado un intento de trabajo que más adelante se frustró.

Puede obtener más información sobre UWA leyendo un documento de recurso titulado **Understanding Unsuccessful Work Attempts** [Comprender los intentos de trabajo sin éxito] disponible en el sitio web de NTDC (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=250>). Puede obtener más información sobre cómo el Seguro Social decide **cuándo un período de trabajo nivel SGA no es exitoso** completando una breve sesión de capacitación archivada en línea disponible en el sitio web de NTDC (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=198>).

# **Incentivos laborales que reducen la cantidad de ingresos derivados del trabajo que cuenta a la hora de realizar una determinación de SGA**

## **Gastos Laborales Relacionados con una Incapacidad (IRWE)**

El Seguro Social reconoce que algunos beneficiarios incurren en gastos adicionales al trabajar porque tienen una discapacidad, que una persona no discapacitada no tendría que pagar. Por este motivo, el Seguro Social permite que los beneficiarios por discapacidad resten el costo de ciertos artículos y servicios relacionados con la discapacidad que son necesarios para trabajar a la hora de determinar qué cantidad de los ingresos derivados del trabajo de la persona es “contable” durante las determinaciones de SGA. El Seguro Social llama a estos costos especiales Gastos Laborales Relacionados con una Incapacidad, o IRWE, por sus siglas en inglés. El objetivo del incentivo laboral de IRWE es tener en cuenta los costos laborales asociados con la discapacidad cuando se evalúa el valor de los ingresos de un beneficiario.

Para que el Seguro Social apruebe una deducción de IRWE, el gasto debe cumplir con cinco criterios:

1. El gasto debe estar directamente relacionado con el hecho de que le permite trabajar al beneficiario. Esto significa que el artículo que la persona necesita simplemente para vivir de manera más independiente generalmente no se considera IRWE. No obstante, algunos artículos como costos no cubiertos de medicamentos recetados sí califican como IRWE, aunque la persona tomaría el medicamento independientemente de si trabaja o no. La persona puede deducir el costo no reembolsado del medicamento recetado, porque el medicamento lo ayuda a manejar su incapacidad, y dicho manejo es necesario para que la persona pueda trabajar.
2. El gasto tiene que estar relacionado con una incapacidad determinable médicamente para la cual el beneficiario está recibiendo tratamiento de un proveedor de atención de la salud, en vez de ser un gasto en el que cualquiera pudiera

incurrir al trabajar. Esto significa que el Seguro Social no contará cosas como deducciones de FICA o primas del Seguro Social como IRWE.

3. La persona debe pagar el gasto de su bolsillo y no se lo debe reembolsar otra fuente. El Seguro Social requiere que los beneficiarios presenten documentación que compruebe el pago de IRWE.
4. En la mayoría de los casos, la persona debe pagar el gasto en un mes durante el cual estuvo trabajando. En ciertas circunstancias, el Seguro Social podrá deducir como IRWE cualquier bien durable costoso que se haya comprado durante el período de 11 meses anterior al mes en que comenzó el empleo. En algunos casos, los beneficiarios también pueden restar gastos en los que incurrieron en un mes de trabajo pero que pagaron luego de finalizado el trabajo.
5. El gasto debe ser "razonable". Un gasto se encuentra dentro de los límites razonables si no es más que el cargo prevaleciente por el elemento o servicio en el área local. Los cargos prevalecientes caen dentro de un rango que se utiliza con mayor frecuencia y amplitud en una comunidad por un elemento o servicio en particular. El límite superior de este rango establece el costo estándar o normal que se puede aceptar como dentro de los límites razonables para un elemento o servicio dado.

La cantidad de costos permitidos bajo IRWE es vasta e incluye costos de equipos de adaptación o dispositivos especializados, atención profesional, servicios de orientación, costos de transporte especiales, costos para el cuidado de animales de servicio, el costo de servicios de preparación laboral si los paga el beneficiario y cualquier otra cosa que el Seguro Social considere razonable y necesaria, teniendo en cuenta la(s) incapacidad(es) y circunstancias de la persona. No hay lista definitiva exhaustiva de IRWE aceptables, pero para encontrar una lista de IRWE comunes, lea **The Redbook – A Guide to Employment Supports (Publicación No.64-030)** [El Libro Rojo – Guía a los Soportes de Empleo] ([www.ssa.gov/redbook](http://www.ssa.gov/redbook)).

No hay límites de tiempo sobre el período de tiempo en que los individuos pueden utilizar IRWE para pagar servicios o artículos en

particular. Esto es beneficioso para quienes tienen gastos laborales continuos relacionados con la incapacidad, como asistencia de transporte o servicios de seguimiento de un preparador laboral. No es necesario que un IRWE sea un gasto mensual recurrente. En algunos casos, las personas pueden tener un gasto único, como la compra de un equipo médico. De ser así, el Seguro Social podrá deducir el gasto como IRWE todo en un mes o prorratear el gasto a lo largo de un período de 12 meses, dependiendo de qué le convenga al beneficiario.

El incentivo laboral de IRWE incluye muchas reglas complejas sobre qué gastos podría contar el Seguro Social y cómo se pueden aplicar a la deducción para diversos gastos. Puede obtener más información sobre IRWE completando una capacitación en línea archivada titulada **Understanding Impairment Related Work Expenses** [Comprender los gastos laborales relacionados con una incapacidad], disponible en el sitio web de NTDC (<https://vcu-ntdc.org/training/supplemental/archives.cfm>). También puede leer información detallada sobre **IRWE en la POMS** at (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0410520000>).

## **Subsidio y condiciones especiales**

Cuando el Seguro Social realiza determinaciones de SGA, le interesa el “valor” del trabajo de una persona. Las reglas del Seguro Social reconocen que lo que recibe realmente una persona como pago puede o no ser lo mismo que el valor del trabajo de dicha persona en comparación con un igual que no tiene una discapacidad. El Seguro Social tiene en cuenta el valor del trabajo porque es un mejor indicador de la capacidad que tiene la persona de mantenerse trabajando con el tiempo.

El Seguro Social usa un incentivo laboral denominado Subsidio/Condiciones Especiales cuando hay pruebas de que a una persona le están pagando más que el valor del trabajo que realiza en comparación con sus pares no discapacitados. El subsidio es el apoyo que recibe un beneficiario en el trabajo, que podría resultar en que el beneficiario reciba una remuneración superior al valor del trabajo de la persona. El Seguro Social reconoce que a veces la discapacidad de una persona produce la necesidad de asistencia adicional, un ritmo de producción reducido, descansos frecuentes, menos tareas laborales que sus compañeros de trabajo en un puesto similar, u otro tratamiento especial. Cuando eso sucede, los salarios de la persona representan no

solo la remuneración por el producto o esfuerzo de su propio trabajo, sino también la ayuda directa de otra persona, como un supervisor, un compañero de trabajo o un preparador laboral. También puede ocurrir un subsidio cuando un empleador le paga el mismo salario a un trabajador con una discapacidad que quizás trabaje más despacio o produzca trabajo de calidad inferior al de otros empleados. En términos más simples, Subsidio significa que en algunos casos, un beneficiario puede recibir un pago mayor al valor razonable de su trabajo cuando se lo compara con otros empleados no discapacitados que realizan las mismas tareas.

Cuando se toman determinaciones de SGA, el Seguro Social solo está interesado en evaluar los ingresos que pueden atribuirle al beneficiario. El Seguro Social ajusta el valor de la paga que recibe un beneficiario restando el valor de la ayuda adicional o adaptaciones especiales que reciba el beneficiario. Aplicar un "subsidio" durante determinaciones de SGA es el proceso de realizar este ajuste.

Un subsidio puede ocurrir de varias maneras. Existe un subsidio del empleador cuando el empleador del beneficiario realiza adaptaciones adicionales, brinda supervisión u otra ayuda especial a causa de la discapacidad del beneficiario. Los subsidios específicos son aquellos en los que los empleadores pueden designar un monto de subsidio específico en dólares después de calcular el valor razonable de los servicios del trabajador. Un ejemplo de esto sería si un empleador contrató a un lector que ayude a un empleado ciego. El costo real del salario de los lectores sería un subsidio específico. Los empleadores también proporcionan subsidios no específicos que son un poco más difíciles de cuantificar en términos de valor. Un subsidio no específico incluiría cosas como brindarle a un empleado discapacitado más tiempo para completar una tarea, o cambiar las tareas laborales de una persona para adaptarse a una discapacidad. Para determinar el valor de un subsidio del empleador no específico, el empleador debe estimar el valor proporcional del trabajo según el salario prevaleciente para dicho trabajo que se paga a un empleado que no tiene una discapacidad.

Otro tipo de subsidio se denomina "condiciones especiales". Existen condiciones especiales cuando un beneficiario recibe apoyo o servicios de alguien que no es el empleador, que subsidia potencialmente la capacidad del trabajador para desempeñar una SGA. Cualquier tercero

podría brindar condiciones especiales. Con frecuencia las brinda una agencia Estatal de Rehabilitación Vocacional Estatal (VR), una agencia de rehabilitación comunitaria u otro proveedor de servicios. Algunos importantes indicadores de trabajo subsidiado incluyen el empleo en un taller protegido o servicios de preparación laboral brindados a los trabajadores. El Seguro Social determina el valor de un subsidio de condición especial comparando el tiempo, energías, habilidades y responsabilidades del beneficiario con los de trabajadores sin discapacidades que desempeñan un trabajo similar, y luego calculando el valor proporcional de dichos servicios según la escala de pago del beneficiario por su trabajo.

El Seguro Social investigará la posibilidad de subsidio o condiciones especiales si el beneficiario declara recibir ayuda adicional, tener menor productividad, faltar más al trabajo o estar contratado dentro de un programa especial o por un amigo o pariente. Para tomar la decisión de si existe un subsidio, el Seguro Social reúne información del beneficiario, de su empleador, y posiblemente de alguna agencia de servicios por discapacidad que brinde apoyos al trabajo. Los beneficiarios proporcionan esta información completando un formulario especial llamado Informe de Actividad Laboral (formulario SSA-821). Este formulario hace una serie de preguntas sobre el desempeño laboral del beneficiario y las adaptaciones especiales que reciba el beneficiario para tener éxito en el trabajo. Puede ver una copia del **Informe de Actividad Laboral** visitando el sitio web del Seguro Social (<https://www.ssa.gov/forms/ssa-821.pdf>).

Si el Seguro Social encuentra un subsidio, determinará el valor del subsidio y restará este importe de los salarios brutos mensuales para determinar el valor real de los ingresos contables derivados del trabajo. El Seguro Social considerará el ingreso contable derivado del trabajo en vez del monto real en dólares que la persona recibe en concepto de salarios al realizar la determinación de SGA.

Puede encontrar información detallada sobre **subsidios en la POMS del Seguro Social** (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0410505010>). También puede aprender más al respecto completando una sesión de capacitación archivada sobre Subsidio y Condiciones Especiales titulada **Title II Disability Benefits Work Incentives Series: Subsidy/Special Conditions** [Beneficios por Discapacidad del Título

II, Serie de Incentivos Laborales: Subsidio/Condiciones Especiales], que se encuentra en el sitio web de NTDC (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=199>).

## **Incentivos laborales que ayudan a las personas a recuperar los beneficios si fuera necesario después de la suspensión o extinción de los beneficios debido a los ingresos derivados del trabajo**

### **Período de elegibilidad extendido (EPE)**

Las modificaciones de 1980 a la Ley del Seguro Social crearon un período especial de reincorporación denominado Período de Elegibilidad Extendido (EPE, por sus siglas en inglés) para los beneficiarios por discapacidad del Título II que completen el Períodos de Trabajo de Prueba y sigan teniendo un impedimento discapacitante. Esta disposición permite que un beneficiario cuyos pagos de beneficios se detuvieron a causa de SGA vuelva a tener derecho a recibir beneficios en cualquier momento durante un período de readquisición de derechos de 36 meses, si su ingreso contable cae por debajo del nivel SGA.

Un beneficio importante del EPE es que el derecho a los beneficios no termina debido al trabajo durante el período de readquisición de derechos. En cambio, el Seguro Social suspende los pagos. Los beneficiarios que se quedan desempleados o cuyos salarios mensuales caen por debajo de la SGA durante el EPE pueden volver al estado de pago en efectivo simplemente contactando al Seguro Social. Los beneficiarios con beneficios suspendidos durante el EPE no necesitan volver a solicitar beneficios para recuperarlos si de nuevo no pueden realizar una SGA. El período de restablecimiento del EPE comienza en el mes inmediatamente posterior al último mes de TWP y termina 36 meses consecutivos después. Estos son algunos puntos importantes para saber sobre el EPE:

- EPE es una protección del incentivo laboral. Un beneficiario debe seguir teniendo una condición incapacitante para obtener beneficios del EPE.
- EPE siempre comienza el mes siguiente de que finalice el TWP, sin importar si el beneficiario continúa o no trabajando después del TWP. Una vez que el EPE comienza, no se detiene hasta que hayan pasado 36 meses.
- Si el beneficiario realiza SGA en cualquier momento durante el EPE, el Seguro Social suspende los beneficios, en vez de finalizarlos. La finalización más temprana de beneficios puede ocurrir por el trabajo es el primer mes de SGA después de que termine el período de readquisición de derechos de 36 meses del EPE. Si el beneficiario no realizó una SGA durante el EPE, pero luego realiza una SGA más tarde, a la persona le corresponden beneficios por los meses de cese y de gracia, y luego el Seguro Social cancela los beneficios. Suspensión significa que el Seguro Social puede reactivar fácilmente los pagos sin necesidad de presentar una nueva solicitud. Finalización significa que el período de derecho a recibir beneficios ha terminado oficialmente.
- Si el Seguro Social restablece beneficios durante el EPE, el beneficio continuará indefinidamente hasta que la persona realice nuevamente una SGA, o el Seguro Social determine que la incapacidad discapacitante ha mejorado médicamente. Si un beneficiario no está realizando una SGA en el momento en que termina el período de readquisición de derechos de 36 meses, los beneficios podrán continuar indefinidamente.
- Los meses de cese y de gracia pueden ocurrir o no durante el Período de Elegibilidad Extendido (EPE). El cese ocurre la primera vez después del TWP en que una persona realiza una SGA. Puede ser el primer mes después del TWP, pueden ser años más tarde, o tal vez nunca ocurra. El mes de cese/de gracia es un incentivo laboral completamente separado del EPE.
- El beneficiario deberá proporcionar pruebas de que el trabajo ha terminado o de que los ingresos contables han disminuido



por debajo de la pauta de SGA para que los beneficios comiencen de nuevo después del cese durante el EPE.

Puede leer información detallada sobre el EPE en la cita de POMS **DI 28055,000 Extended Period of Eligibility (EPE) Cases** [Casos de Período de Elegibilidad Extendido] (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0428055000>).

## **Restitución Acelerada (EXR)**

La Ley de Boleto para Trabajar y Mejora de Incentivos Laborales (TWWIIA) de 1999 creó un importante incentivo laboral para los beneficiarios de discapacidad llamado Restitución Acelerada (EXR). La Restitución Acelerada les brinda a los individuos elegibles una forma rápida de volver a tener derecho a los beneficios por discapacidad del Seguro Social después de que la agencia haya finalizado dichos beneficios debido a la SGA. Una importante ventaja de la EXR es que permite a la persona recibir hasta seis meses de beneficios en efectivo provisorios mientras el Seguro Social realiza una revisión médica para determinar si la agencia puede restituir los beneficios a la persona. La persona también puede ser elegible para la cobertura de Medicare o Medicaid durante el período de beneficio provisorio.

La EXR está disponible para antiguos beneficiarios por discapacidad del Seguro Social (SSDI, CDB, DWB) que cumplan con los siguientes requisitos:

- La persona no debe ser capaz de realizar SGA en el mes de la solicitud de la EXR.
- Para solicitar la EXR, un beneficiario debe haber terminado completamente los beneficios. Los beneficiarios que todavía

están en su EPE no necesitan solicitar una EXR, ya que los beneficios solo se suspenden.

- El Seguro Social debe haber extinguido el derecho anterior a recibir beneficios de una persona debido a una actividad laboral, NO a recuperación médica o por otro motivo.
- La persona debe estar incapacitada para realizar una SGA debido a la misma discapacidad (o discapacidad relacionada) que le dio derecho anteriormente al beneficiario a los pagos.
- Para recibir los beneficios de EXR, el beneficiario debe solicitar la restitución dentro de los 60 meses de la finalización del beneficio anterior por parte del Seguro Social, a menos que el Seguro Social pueda brindar una buena causa. Si la discapacidad de una persona provoca la reducción o el cese del trabajo más de cinco años después de que el Seguro Social finalice el registro, la EXR no estará disponible, y el beneficiario deberá presentar una nueva solicitud para los beneficios.

El Seguro Social pagará beneficios provisionales y restituirá Medicare (si corresponde) a partir del mes en que la persona presente la solicitud de restitución, si la persona no realiza una SGA en ese mes. Si los salarios de la persona están por encima de la pauta de SGA ese mes, los beneficios provisionales comenzarán el mes siguiente. El Seguro Social basa el importe del pago provisional en el porcentaje aplicable del Monto de Seguro Principal (el beneficio más alto del trabajador), y, a menudo, el pago es similar a lo que la persona recibía antes de la finalización. Para las personas que reciben beneficios basados en su propio trabajo (SSDI), el Seguro Social puede volver a calcular los beneficios a un monto más alto si los ingresos antes de la finalización eran más altos que los ingresos usados para calcular el beneficio inicial. Una persona puede recibir hasta seis meses de pagos provisionales mientras que el Seguro Social revisa los registros médicos del solicitante para ver si la persona todavía cumple con el estándar de discapacidad. Si el Seguro Social determina que el beneficiario ha mejorado médicamente y rechaza la restitución, el Seguro Social por lo general no reclama pagos provisionales, lo que significa que generalmente no hay un sobrepago.

Un aspecto importante de la EXR es que permite que las personas obtengan otro TWP y EPE, pero no de inmediato. Las personas deben

recibir 24 meses de pagos de EXR antes de que el Seguro Social le otorgue el derecho a otro TWP. Estos 24 meses no tienen que ser consecutivos. Si quien solicita la EXR vuelve a tener un trabajo por encima del nivel de SGA, el cronómetro de 24 meses deja de correr hasta que nuevamente deja de realizar una SGA, y el Seguro Social le otorga el derecho a otro pago de EXP. Una vez que la persona ha recibido 24 meses de pagos de EXR, recibe un nuevo TWP y EPE, y todos los demás incentivos laborales que el Seguro Social confiere a solicitantes iniciales.

Las regulaciones del Seguro Social prohíben que las personas soliciten EXR y vuelvan a solicitar beneficios por discapacidad bajo un nuevo período de derecho a recibir beneficios al mismo tiempo. Hay ciertas ventajas y desventajas en cualquiera de las opciones, pero en la mayoría de los casos, solicitar EXR ofrecerá la mejor manera de obtener los beneficios de vuelta. Puede obtener más información sobre este tema y otros detalles sobre las disposiciones de EXR leyendo un documento de recursos titulado **Understanding Expedited Reinstatement** [Comprender la Restitución Acelerada] disponible en el sitio web del NTDC (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=39>).

## Próximos pasos

Cubrimos una gran cantidad de información compleja en este capítulo, especialmente sobre cómo el trabajo afecta los beneficios por discapacidad del Título II. La información que proporcionamos sobre este tema es suficiente para darle una comprensión básica sobre cómo el Seguro Social hace determinaciones de SGA y aplica incentivos laborales, pero todavía hay mucho que no dominará sin capacitación adicional y apoyo técnico. Aquí hay algunas cosas que puede hacer para desarrollar más competencia mientras trabaja para lograr la certificación de CWIC completa:

1. Comience por revisar los **documentos de recursos del NTDC** que cubren varios temas relacionados con cómo el trabajo afecta los beneficios por discapacidad del Título II. Encontrará todos esos documentos publicados en el sitio web del NTDC

([https://vcu-ntdc.org/resources/resourceDetail\\_search.cfm?id=2](https://vcu-ntdc.org/resources/resourceDetail_search.cfm?id=2)).

2. Hay varias **sesiones de capacitación suplementarias útiles sobre el trabajo y los beneficios por discapacidad del Título II** archivadas en el sitio web del NTDC (<https://vcu-ntdc.org/training/supplemental/archives.cfm>). Las mejores sesiones para empezar son las marcadas como la serie de Incentivos Laborales de Beneficios de Discapacidad del Seguro Social.
3. A medida que trabaja con beneficiarios que están pasando por una determinación de SGA, confíe en su Enlace de Asistencia Técnica (TA) asignado del NTDC para obtener ayuda. Su enlace de TA puede responder cualquier pregunta que tenga sobre cómo el Seguro Social aplica los incentivos laborales en el programa de discapacidad del Título II.