

Parte I Capítulo 5 – Comprensión de Medicaid

Contenido

Capítulo 5 – Comprensión de Medicaid	1
Capítulo 5 - Comprensión de Medicare	1
Objetivos de aprendizaje	1
Lista de acrónimos	2
Información básica sobre Medicaid	2
Elegibilidad para Medicaid	4
Cómo solicitar Medicaid	12
Redeterminaciones de Medicaid y apelar las decisiones de Medicaid	13
Medicaid y otros seguros de salud	14
Medicaid y el empleo	16
Cuándo finaliza Medicaid para personas con discapacidades	25
Próximos pasos	26

Capítulo 5 - Comprensión de Medicare

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. Describir los tres grupos de elegibilidad obligatorios de Medicaid para personas con discapacidades: Beneficiarios elegibles para el SSI, elegibles para 1619(b) y beneficiarios especiales de Medicaid.
2. Describir cuatro grupos opcionales de elegibilidad de Medicaid para personas con discapacidades: Pago Complementario del Estado (SSP), Personas con Necesidades Médicas, Compra de Medicaid (MBI) y Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS).
3. Describir cómo las personas solicitan Medicaid, cómo los estados toman las determinaciones de elegibilidad para Medicaid, el proceso de redeterminación de Medicaid y cómo apelar las determinaciones de Medicaid.
4. Describir cómo interactúa Medicaid con Medicare y el seguro médico patrocinado por el empleador.
5. Describir los beneficios de Medicaid 1619(b) mientras trabaja, los requisitos de elegibilidad para 1619(b) y el proceso que utiliza el Seguro Social para tomar determinaciones de 1619(b).
6. Describir el efecto del trabajo en el estado de Beneficiario Especial de Medicaid.
7. Describir el efecto del trabajo en los grupos de elegibilidad opcional para Medicaid: Pago Complementario Estatal (SSP), Personas con Necesidades Médicas, Compra de Medicaid (MBI) y Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS).

8. Describir las condiciones bajo las cuales las personas pierden elegibilidad para Medicaid.

Lista de acrónimos

- BBA – Ley de Presupuesto Equilibrado
- BEP – Punto de Equilibrio
- BWE – Gastos de Trabajo para Personas Ciegas
- CDR – Revisión de Continuación de Discapacidad
- COLA – Ajuste por Costo de Vida
- CMS – Centros para Servicios Medicare y Medicaid
- DHHS - Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
- EIE – Omisión por Ingreso Derivado del Trabajo
- FBR – Índice de Beneficios Federales
- GIE – Omisión por Ingreso General
- HCBS – Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad
- HIPA - Pago de la Prima del Seguro de Salud
- ICF – Instituciones de Cuidado Intermedio
- IRWE – Gasto Laboral Relacionado con una Incapacidad
- LTC – Atención a Largo Plazo
- MA – Asistencia Médica
- MBI – Compra de Medicaid
- MSP – Programas de Ahorros de Medicare
- PASS – Plan para Lograr la Autosuficiencia
- SDX – Intercambio de Datos Estatal
- SEIE – Exclusión por Ingresos del Trabajo Estudiantil
- SSP – Pago Complementario del Estado

Información básica sobre Medicaid

Medicaid, también conocido como Medical Assistance, es un programa de atención federal-estatal cooperativo autorizado por el Título 19 de la Ley del Seguro Social. El Congreso creó Medicaid en 1965 como un programa opcional para que los estados brindaran cobertura a determinadas categorías de personas con bajos ingresos. Desde principios de los años ochenta, todos los estados han optado por implementar un programa de Medicaid. En la actualidad, Medicaid brinda cobertura de atención médica a más de 78 millones de estadounidenses, incluidos adultos, niños,

mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades de bajos ingresos elegibles.

Medicaid es un programa federal y estatal financiado y administrado conjuntamente. A nivel federal, los Centros para Servicios Medicare y Medicaid (CMS) dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los EE. UU. administran Medicaid. Los CMS establecen regulaciones de Medicaid y brinda pautas acerca de cómo el estado debe operar su programa. Para que el estado reciba fondos federales, debe cumplir con las normas federales. El objetivo de estas pautas federales es garantizar que cada programa de Medicaid brinde un nivel básico de cobertura a determinados grupos de personas.

Los estados pueden solicitar una exención a una o más de estas regulaciones. Sin embargo, para obtener una exención, los CMS deben aprobarlo y los cambios deben mejorar la calidad o eficiencia del programa de Medicaid. Las regulaciones federales brindan a los estados una flexibilidad considerable al diseñar sus programas de Medicaid. Como resultado, los programas de Medicaid varían significativamente de un estado a otro y no hay dos estados iguales en lo que respecta al diseño de su programa de Medicaid. Dentro de pautas federales amplias y opciones estatales que el gobierno federal pone a disposición, los estados usan gran parte de su propio criterio para establecer los estándares de elegibilidad para el programa de Medicaid, al determinar el tipo, cantidad y duración de los servicios disponibles para los beneficiarios de Medicaid y al establecer las tarifas de pago de los servicios. Algunos estados incluso le han dado un nombre único a su programa Medicaid, como Medi-Cal en California o TennCare en Tennessee.

A nivel estatal, la responsabilidad general de Medicaid debe recaer sobre una agencia estatal. La agencia es responsable de desarrollar el Plan Estatal de Medicaid, que es el contrato escrito entre los CMS y el estado que describe los detalles del programa de Medicaid. El Plan del Estado describe cómo el estado cumplirá con los requisitos federales de Medicaid y define la manera en que el estado implementará las opciones específicas en las cuales el estado tiene flexibilidad. Si bien la agencia estatal de Medicaid también es responsable de administrar el programa, a menudo delega las operaciones diarias del programa de Medicaid a otras entidades, incluidas una o más agencias estatales, agencias administradas por el condado u organizaciones de mantenimiento de la

salud (si el estado utiliza un modelo de atención administrada para cualquier parte de su sistema de prestación de Medicaid).

Al crear su Plan Estatal, el estado debe detallar los elementos y servicios médicos que el estado cubrirá en el programa de Medicaid. Los CMS requieren que los estados brinden determinados elementos o servicios a personas que son "categóricamente elegibles" para Medicaid, esto significa en un grupo que los CMS requieren que los estados brinden servicios. En muchos estados, casi todos los grupos de elegibilidad para Medicaid tienen acceso al mismo conjunto de servicios enumerados en el Plan Estatal. Puede encontrar una lista de **servicios de Medicaid obligatorios y opcionales** en el sitio web de Medicaid (<https://www.medicaid.gov/medicaid/benefits/mandatory-optional-medicaid-benefits/index.html>).

Elegibilidad para Medicaid

Para ser elegible para Medicaid, una persona primero debe pertenecer a una categoría. Existen 6 categorías:

1. Personas con discapacidades;
2. Personas que tienen 65 años o más;
3. Niños,
4. Mujeres embarazadas;
5. Padres o familiares de los cuidadores; y
6. Adultos.

Dentro de cada categoría, existen grupos de elegibilidad para Medicaid. Cada grupo de elegibilidad para Medicaid tiene criterios de elegibilidad específicos, incluso el ingreso y en muchos casos, límites de recursos. Para ser elegible para Medicaid, una persona primero debe entrar en una categoría y luego cumplir los requisitos de un grupo de elegibilidad para Medicaid específico dentro de esa categoría.

Existen más de 60 grupos de elegibilidad diferentes para Medicaid. Algunos son obligatorios, lo que significa que los estados deben brindar Medicaid a aquellos que cumplen con los criterios de elegibilidad. Otros grupos son opcionales, lo que significa que el estado puede elegir

incluirlos en el Plan del Estado. Si una persona cumple con los criterios de elegibilidad de un grupo de elegibilidad obligatoria u opcional, su elegibilidad debe ser por defecto la del grupo obligatorio. No cubriremos los detalles de cada grupo de elegibilidad Medicaid en este capítulo. En cambio, brindaremos información detallada sobre para los grupos de elegibilidad obligatoria para personas con discapacidades y alguna información general acerca de los grupos de elegibilidad opcional más comunes para personas con discapacidades.

Elegibilidad obligatoria para Medicaid para personas con discapacidades

Existe una cantidad de grupos de elegibilidad obligatoria para personas ciegas o con una discapacidad. Este capítulo se enfocará en los grupos de elegibilidad que pueden ser utilizados por personas con discapacidades que viven en la comunidad (no en una institución, como por ejemplo en una institución de enfermería). Los grupos de elegibilidad obligatoria más comunes se encuentran relacionados con la recepción de beneficios del SSI. Los otros grupos de elegibilidad obligatoria que se cubren en este capítulo son para personas que tenían SSI en algún momento, pero que lo perdieron por razones muy específicas.

Grupo Obligatorio #1: Personas elegibles para el SSI

En la mayoría de los estados, la elegibilidad para Medicaid es automática una vez que el Seguro Social determine que una persona es elegible para el SSI. Cuando el Congreso creó el SSI en 1972, quería que los estados brindaran cobertura de Medicaid a aquellos que eran elegibles para el SSI. Algunos estados respaldan esta idea, mientras que otros estados no lo hacen. Como resultado, el Congreso decidió brindar a los estados tres opciones:

- **Estados 1634:** Estos estados usan la aprobación del Seguro Social del SSI como aprobación automática para Medicaid. En otras palabras, si el Seguro Social determina que una persona tiene derecho al SSI, dicha persona recibe automáticamente Medicaid. Treinta y cuatro estados y el Distrito de Columbia eligieron esta opción y se los denomina "estados 1634". Este título se refiere a la parte de la Ley del Seguro Social que autoriza a los estados a realizar acuerdos con el Seguro Social para tomar decisiones respecto de elegibilidad para Medicaid.

- **Estados de Criterios/Elegibilidad para el SSI:** Estos estados usan las mismas normas de ingreso y recursos que el SSI para determinar la elegibilidad para Medicaid, pero el beneficiario deberá presentar una solicitud específicamente para Medicaid ante la agencia estatal de Medicaid (o ante quien esta designe). Ocho estados (Alaska, Idaho, Kansas, Nebraska, Nevada, Oklahoma, Oregon y Utah) y las Islas Marianas del Norte eligieron esta opción y se los denomina "Estados de Criterios para SSI" o "Estados de Elegibilidad para el SSI". En estos Estados, el Seguro Social no toma decisiones de elegibilidad para Medicaid, sino que el estado toma todas las decisiones.
- **Estados 209(b):** Estos estados usan la mayoría, pero no todas, las normas de ingresos y recursos del SSI para determinar la elegibilidad para Medicaid. Los estados 209(b) utilizan al menos un criterio más restrictivo que el programa del SSI. El beneficiario deberá presentar una solicitud para Medicaid ante la agencia estatal de Medicaid (o ante quien esta designe), y el estado toma todas las decisiones de elegibilidad. Los estándares de elegibilidad para Medicaid que los estados 209(b) usan varían mucho según el estado. Estos requisitos pueden ser más restrictivos o más liberales Programa criterios para el programa del SSI para las distintas partes de la decisión. Ocho estados han elegido esta opción: Connecticut, Illinois, Minnesota, Nuevo Hampshire, Virginia, Hawái, Missouri y Dakota del Norte. Cada estado 209(b) es diferente en términos de cómo se define la elegibilidad para Medicaid.
- Es importante recordar que en la mayoría de los casos, siempre que el beneficiario sea elegible para el SSI, será elegible para los beneficios de Medicaid a través del grupo elegible para el SSI. Sin embargo, si atiende a beneficiarios que residen en estados 209(b), puede haber excepciones a esta regla general.

Grupo Obligatorio #2: Personas elegibles para 1619(b)

La Sección 1619(b) de la Ley del Seguro Social brinda continuación de elegibilidad para Medicaid para destinatarios del SSI que trabajan cuyo ingreso derivado del trabajo es demasiado alto para calificar para pagos

en efectivo del SSI, pero no lo suficientemente altos como para compensar la pérdida de Medicaid. Las personas que son elegibles para la Sección 1619(b) no reciben pagos del SSI porque su ingreso contable derivado del trabajo es lo suficientemente alto como para eliminar un pago del SSI después de que el Seguro Social aplica todas las exclusiones y deducciones de ingresos. El Seguro Social considera que las personas con estado 1619(b) son elegibles para el SSI, simplemente no con estado de pago en efectivo. Debido a esta importante distinción, en la mayoría de los casos, los estados deben brindar cobertura de Medicaid a las personas que cumplen con los requisitos de elegibilidad para 1619(b). Cubriremos 1619(b) en detalle más adelante en este capítulo en la sección sobre cómo el trabajo afecta la elegibilidad para Medicaid.

Grupo Obligatorio #3: Beneficiarios de Medicaid Especial

En la mayoría de los estados, la elegibilidad categórica para Medicaid para personas mayores, ciegas y con discapacidades está directamente relacionada con la elegibilidad para el SSI. Por esta razón, la pérdida de elegibilidad para el SSI a menudo resulta en la pérdida de la cobertura de Medicaid. A lo largo de los años, el Congreso ha promulgado disposiciones especiales de continuación de Medicaid para conservar la cobertura crítica de Medicaid para ciertos grupos especiales de exbeneficiarios del SSI que continúan cumpliendo con la definición de discapacidad del Seguro Social. Un "beneficiario especial de Medicaid" es alguien que perdió la elegibilidad para el SSI debido a que estableció la elegibilidad o recibió aumentos en los beneficios por discapacidad del Título II, y que cumple con criterios específicos que permiten que continúe la cobertura de Medicaid. Los estados deben otorgar el estado de Beneficiario Especial de Medicaid a las personas que perdieron la elegibilidad para el SSI debido a:

1. Cualquier razón, pero que no tienen actualmente derecho al SSI debido a Ajustes por Costo de Vida (COLA) en los beneficios del Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI);
2. Derecho a los Beneficios por Discapacidad en la Niñez (CDB) o aumento de estos; o
3. Derecho al Beneficio para Viudo(a) con una Discapacidad (DWB) El estado de Beneficiario Especial de Medicaid solo se

aplica a los beneficiarios de DWB hasta que comience Medicare.

Al determinar la elegibilidad para Medicaid para estos exdestinatarios del SSI especial, las agencias estatales de Medicaid deben excluir una parte del beneficio por discapacidad del Título II de la persona elegible. Esencialmente, si una persona tuviera derecho al SSI o al 1619(b) sin contar esa parte, esa persona tendría derecho a un estado Beneficiario Especial de Medicaid. La elegibilidad para el estado de Beneficiario Especial de Medicaid es complicada y va más allá de lo que se espera que comprendan los CWIC en esta etapa. Por ahora, solo necesita saber que este estado especial de elegibilidad para Medicaid existe y que es un grupo de elegibilidad obligatorio. Para más información sobre los **Beneficiarios Especiales de Medicaid Especial** puede consultar el documento de recursos que se encuentra en el sitio web del NTDC (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=136>).

Elegibilidad opcional para Medicaid para personas con discapacidades

A través de los años, el Congreso ha creado una cantidad de grupos de elegibilidad opcional para Medicaid que los estados pueden elegir cubrir. Debido a que la disponibilidad de estos grupos de elegibilidad varía de manera significativa de un estado a otro, solo se describen en este capítulo los grupos por personas con discapacidades más comúnmente usados. Muchos de los grupos de elegibilidad opcionales tienen flexibilidad, lo que permite a los estados establecer algunos de los criterios de elegibilidad, como límites de ingresos y recursos. Como resultado, la explicación de cada grupo de elegibilidad opcional para Medicaid a continuación es a modo de contexto. Necesitará conocer las categorías que existen en los estados en los que presta servicios.

Grupo Opcional #1: Personas Elegibles para el Pago Complementario del Estado (SSP)

Algunos estados brindan un pago en efectivo, denominado Pago Complementario del Estado (SSP), para complementar el beneficio federal de SSI. El monto máximo del SSP varía de estado a estado así como los factores, tales como estado civil, situación de vida y si la persona es o no ciega. Los límites de ingresos y recursos también varían por estado. Si una persona es elegible para Pagos Complementarios del Estado, también

es posible que pueda obtener Medicaid a través de este grupo de elegibilidad para Medicaid relacionado.

En algunos estados, el **Seguro Social administra el SSP** (<https://www.ssa.gov/ssi/text-benefits-ussi.htm>) en lugar de la agencia de Medicaid del estado. Cuando el Seguro Social administra el SSP, se lo trata como si fuera un beneficio regular del SSI. Como resultado, una persona que es elegible para recibir un dólar del SSI, ya sea SSI federal o SSP, es elegible para la cobertura completa de Medicaid. Además, una persona elegible que pierde el SSI federal o un SSP administrado por el Seguro Social debido a ingresos derivados del trabajo puede usar 1619(b) para mantener Medicaid. Con los SSP administrados por el estado, el estado establece sus propias políticas que rigen si la pérdida del SSP debido al ingreso derivado del trabajo resultará en la pérdida del Medicaid relacionado. No todos los estados brindan esta cobertura y aquellos que la brindan pueden determinar sus propios requisitos de elegibilidad.

Grupo Opcional #2: Personas con Necesidades Médicas

El grupo de Personas con Necesidades Médicas (también conocido como “reducción de gastos”) es una categoría opcional para la cobertura de Medicaid en los estados de criterio para SSI y estados 1634. Estos estados tienen la opción de expandir la elegibilidad de Medicaid a las personas ciegas o discapacitadas que tienen elevados costos médicos y demasiados ingresos para calificar para Medicaid en algún otro grupo. Debido a que los estados 209(b) tienen al menos un criterio restrictivo más que las normas del SSI, los CMS requieren que estos estados ofrezcan una reducción de ingresos para cumplir con los estándares de elegibilidad.

En el caso de las personas con Necesidades Médicas de Medicaid, cada estado establece sus límites de ingresos para Personas con Necesidades Médicas en base al tamaño de la familia. Los límites de recursos son por lo general los mismos que en el programa del SSI. Los estados también deben establecer reglas que regulen qué formas de ingresos y recursos cuentan durante la determinación de elegibilidad para personas con Necesidad Médica. El gobierno federal exige que el método estatal para decidir la elegibilidad financiera no sea más restrictivo que las reglas del programa del SSI. Este requisito no se aplica a los estados 209(b). Estos estados tienen al menos una regla de elegibilidad más restrictiva

que el programa del SSI y pueden ofrecer diferentes servicios bajo Medicaid.

Cuando una persona tiene demasiados ingresos, el solicitante debe cumplir con un “reducción de gastos” antes de poder obtener cobertura de Medicaid. La reducción de gastos es el monto de ingresos que excede el Límite de Ingresos para Personas con Necesidades Médicas, luego de restar todas las deducciones permitidas. La reducción de gastos funciona como un deducible que el beneficiario debe pagar o en el que se debe incurrir antes de que comience la cobertura. La mayoría de los gastos médicos que los beneficiarios pagan o en los que estos incurren pueden usarse para cumplir con el requisito de reducción de gastos, incluso si se trata de bienes o servicios que no están cubiertos por el plan Medicaid del estado.

Grupo Opcional #3: Programas de compra de Medicaid (MBI)

El Congreso creó específicamente la opción Compra de Medicaid (MBI), para brindar elegibilidad para Medicaid a los trabajadores con una discapacidad. La Ley de Presupuesto Equilibrado (BBA) de 1997 y la Ley Boleto para Trabajar y Mejora de Incentivos Laborales de 1999 (Ley “Boleto”) autorizaron la MBI. La MBI ofrece cobertura de salud para las personas con discapacidades que trabajan y que, debido a un aumento de los ingresos o los recursos, o ambos, no califican para recibir Medicaid dentro de otra categoría. Al utilizar la MBI, las personas con discapacidades que trabajan pagan primas en forma mensual para su cobertura de Medicaid.

Los CMS ofrecen a los estados libertad para establecer sus propias normas para su programa de la MBI. Algunos estados no tienen límite en los ingresos o recursos obtenidos. Otros estados son muy restrictivos en cuanto a quién es elegible inicialmente, pero tienen reglas más liberales sobre ingresos y recursos una vez que la persona está inscrita en la MBI. La MBI de cada estado será único en cuanto a su combinación de características dentro de las normas federales con las que deben operar.

Los CMS brindan una **descripción general de la opción de compra de Medicaid** en el sitio web de Medicaid (<https://www.medicaid.gov/medicaid/ltss/employment/index.html>).

Grupo Opcional #4: Grupo de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

Históricamente, Medicaid solo financiaba servicios de atención a largo plazo en un contexto institucional. Los servicios de atención a largo plazo (LTC) incluyen apoyo con actividades de la vida diaria (ADL) tales como bañarse, vestirse y comer. Los servicios de LTC también han incluido apoyo con actividades instrumentales de la vida diaria, tales como tomar los medicamentos según fueron recetados, administrar dinero, hacer las compras y transporte dentro de la comunidad. SI una persona necesitaba este tipo de apoyo, en el pasado Medicaid solo lo brindaba en una institución de enfermería, instituciones de cuidado intermedio (ICF), instituciones de cuidado intermedio para aquellos con discapacidades intelectuales (anteriormente llamadas ICF/ID), u hospitales. A través de los años, el Congreso ha creado diversas opciones para que los estados brinden servicios de LTC para ayudar a personas a vivir en la comunidad, en vez de vivir en una institución financiada por Medicaid. La opción más común es desarrollar un programa de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) a través de una exención con los CMS.

Las exenciones de HCBS se establecen para servicios especiales de Medicaid brindados a poblaciones específicas, haciendo de esta manera posible que las personas vivan con máxima independencia en la comunidad en vez en una institución (p. ej. institución de enfermería). Según la autoridad de exención de los HCBS, un estado puede proporcionar una gama más amplia de servicios de atención a largo plazo de lo que generalmente se permite bajo el programa Medicaid de un estado, incluidos servicios residenciales, de habilitación, de ocio/recreación y vocacionales. Los programas de HCBS también pueden cubrir servicios no médicos, como modificaciones menores en el hogar, como rampas o dispositivos de seguridad especiales. Los programas de HCBS también pueden diseñarse para atender a grupos de discapacidad específicos, como personas con discapacidad intelectual, personas con lesiones cerebrales traumáticas o personas con lesiones de la médula espinal. Algunos estados cuentan con diferentes exenciones de los HCBS orientadas a diversas poblaciones. La inscripción en los programas de HCBS suele ser limitada debido a las limitaciones presupuestarias estatales de Medicaid y muchos programas tienen largas listas de espera.

Para utilizar este grupo, una persona debe tener ingresos por debajo de un estándar establecido por el estado (que no exceda el 300 por ciento

del FBR del SSI), tener recursos por debajo de los límites de recursos del SSI y cumplir con otros requisitos de elegibilidad para el programa de HCBS establecidos por el estado. Si el estado elige utilizar este grupo de elegibilidad opcional de Medicaid pueden requerir el "tratamiento de ingreso post elegibilidad". que por lo general se denomina participación de costos, pasivo de pacientes, pérdida o costo de atención. Esta participación de costos es un monto específico en el ingreso mensual del beneficiario que debe pagar para cubrir alguno de los servicios de exención de los HCBS. Los estados varían ampliamente con respecto a los tipos de exenciones de los HCBS que brindan y los requisitos de elegibilidad que establecen para cada programa de exención.

Puede leer más sobre **exenciones de HCBS** en el sitio web de los CMS (<https://www.medicaid.gov/medicaid/home-community-based-services/home-community-based-services-authorities/home-community-based-services-1915c/index.html>).

Cómo solicitar Medicaid

El proceso que utilizan las personas para solicitar Medicaid varía según el estado y la categoría de cobertura de Medicaid. Por ejemplo, si vive en un estado 1634, el Seguro Social lo inscribe automáticamente en Medicaid cuando es elegible para el SSI. En estados 1634, el Seguro Social también determina la elegibilidad para 1619(b) y notifica a la agencia Medicaid cuando una persona pasa de los beneficios en efectivo del SSI al estado 1619(b). En los criterios del SSI o en los estados de elegibilidad para el SSI, las personas deben solicitar Medicaid por separado después de que el Seguro Social determine que son elegibles para el SSI. Esto significa que los beneficiarios del SSI deben presentar la solicitud a través de la agencia estatal que realiza las determinaciones de elegibilidad para Medicaid. En estos estados, cuando una persona pierde los pagos en efectivo del SSI debido a sus ingresos del trabajo, debe comunicarse con la agencia de Medicaid para solicitar el estado 1619(b) y asegurarse de mantener su cobertura de Medicaid.

En todos los estados, las personas que quieran solicitar el estado de Beneficiario Especial de Medicaid o cualquiera de los grupos opcionales de Medicaid deben comunicarse con su agencia estatal de Medicaid. En la mayoría de los estados, el sitio web de la agencia estatal de Medicaid proporcionará instrucciones para la solicitud e información sobre los

requisitos de elegibilidad y el proceso de determinación. Encontrará un **localizador de programa de Medicaid del estado** en el sitio web de los CMS (<https://www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu>).

Redeterminaciones de Medicaid y apelar las decisiones de Medicaid

Los CMS responsabilizan a las agencias estatales de Medicaid para garantizar que las personas que son elegibles para Medicaid permanezcan inscritas siempre que cumplan con los criterios de elegibilidad. Además, los estados deben realizar redeterminaciones periódicas para garantizar que los afiliados a Medicaid continúen cumpliendo con los requisitos de elegibilidad del programa. Las personas que ya no cumplan con los requisitos de elegibilidad para el grupo en el que están inscritos serán retirados por completo del programa Medicaid o trasladados a otra categoría de cobertura para la cual sean elegibles. Los estados varían ampliamente con respecto a cómo llevan a cabo las redeterminaciones de Medicaid.

Según la ley federal Medicaid, una persona que solicita o recibe Medicaid tiene derecho a una audiencia administrativa luego de que se tome una decisión que afecte su derecho a Medicaid o a cualquier servicio para el que solicita la financiación de Medicaid. Esto se conoce como una "audiencia justa" y está disponible en todos los estados.

Una persona tiene derecho a recibir una carta cuando el estado niega o cancela sus beneficios de Medicaid o derecho a los servicios financiados por Medicaid. En la mayoría de los casos, la carta dirá NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN. La notificación debe explicar la acción que toma el estado, el motivo de la acción, el derecho a una audiencia para apelar la decisión y la disponibilidad de servicios gratuitos como servicios legales, ayuda legal o programa similar (como por ejemplo el programa de Protección y Defensoría). Los estados pueden establecer sus propios límites de tiempo para la solicitud de audiencias. Típicamente, los estados le darán al beneficiario de Medicaid un límite de tiempo (hasta 60 días) para solicitar la audiencia. Sin embargo, si la notificación indica que el estado cancelará un beneficio continuo, como la financiación para los servicios de atención de la salud en el hogar, en una fecha determinada, la persona

que lo recibe necesitará solicitar la audiencia antes de la fecha de cancelación si va a solicitar servicios continuos mientras la apelación está en trámite. La ley federal de Medicaid requiere que los estados continúen con los beneficios en espera de la apelación si el beneficiario solicita una audiencia antes de la fecha de terminación efectiva y solicita la continuación de los beneficios.

Medicaid y otros seguros de salud

A muchos beneficiarios les preocupa que cuando sean elegibles para Medicare o un plan de seguro médico patrocinado por el empleador, perderán su cobertura de Medicaid. Afortunadamente, existen muchas opciones para que las personas mantengan Medicaid si se inscriben en otros programas de seguro.

Como programa basado en necesidades financieras, Medicaid es pagador de último recurso. Como resultado, los programas de Medicaid incentivan a los beneficiarios a buscar otras opciones de seguro de salud. Cuando los inscritos en Medicaid acceden a un seguro médico adicional, el programa Medicaid ahorra dinero porque el otro seguro se convierte en el pagador principal. Algunos estados exigen que los beneficiarios de Medicaid se inscriban en Medicare si son elegibles. Si el empleador del beneficiario de Medicaid o el empleador de un miembro de su familia ofrece al beneficiario un seguro de salud "rentable" auspiciado por el empleador, el estado podrá requerirle al beneficiario que acepte la cobertura y a cambio, el estado pagará la prima. Cuando los beneficiarios son elegibles para una nueva cobertura de atención médica, deben informarlo a la agencia estatal de Medicaid. La presentación oportuna de informes garantiza que las formas de seguro se coordinen de manera correctamente.

Medicaid y Medicare

Varios de los beneficiarios con los que trabaja recibirán beneficios por discapacidad del Título II y el SSI. El Seguro Social llama a estos individuos "beneficiarios concurrentes". En la mayoría de los estados estos beneficiarios serán, eventualmente, elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Cuando una persona es elegible tanto para Medicare como para Medicaid, los CMS consideran que es "doblemente elegible" con respecto de su seguro de salud. También es posible que un

beneficiario por discapacidad del Título II tenga demasiados ingresos para el SSI pero podría ser elegible para Medicaid a través del grupo de elegibilidad de Medicaid que tiene un límite de ingreso no ganado más alto (por ej. Programa de Compra de Medicaid, exención de los HCBS, Necesidades Médicas). Cuando esto sucede la persona será elegible de manera dual tanto para Medicare como para Medicaid. Cuando un beneficiario de Medicaid tiene o puede obtener Medicare, la mayoría de las agencias de Medicaid requerirán que el beneficiario se inscriba en Medicare. Cuando un beneficiario tiene cobertura Medicare y Medicaid, Medicare siempre paga primero y Medicaid segundo. Las personas doblemente elegibles suelen recibir asistencia con los gastos de Medicare, incluso primas, participación en los costos y deducibles a través de Medicaid o al inscribirse en Programas de Ahorros de Medicare (MSP). Hablamos sobre los MSP en el Capítulo 2.

Medicaid y seguros de salud auspiciados por el empleador

En algunos estados, si un beneficiario puede obtener seguro de salud a través de su propio empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de sus padres, el estado requiere que lo obtenga. Cuando un beneficiario de Medicaid se vuelve elegible para solicitar otra forma de seguro de salud, la agencia estatal de Medicaid por lo general requerirá que el beneficiario informe esta nueva opción al trabajador de elegibilidad de Medicaid. El personal de Medicaid preguntará al beneficiario detalles acerca de la póliza de seguro de salud (incluso el monto de la prima mensual, deducible, monto de cobertura, servicios cubiertos, etc.). Con esa información el personal de Medicaid determinará si el plan es "rentable". Si es rentable, para poder mantener Medicaid, el estado requerirá que el beneficiario se inscriba en la nueva opción de seguro de salud. Por lo general, si las reglas estatales de Medicaid requieren que los beneficiarios tomen la nueva opción, el estado pagará la prima mensual. Esto se llama un Pago de la Prima del Seguro de Salud (HIPP). En muchos casos, Medicaid también pagará por la participación de costos asociados con el seguro de salud, incluso copagos y deducibles. Si Medicaid no considera que el plan es rentable, por lo general el estado no requerirá que el beneficiario tome la nueva opción de seguro de salud. El beneficiario podría aun optar por obtenerlo, pero el estado por lo general no pagará la prima.

Medicaid y el empleo

Medicaid brinda cobertura de atención médica crítica para algunos de los estadounidenses más vulnerables: aquellos con discapacidades que tienen bajos ingresos. Los beneficiarios por discapacidad a menudo temen que ir a trabajar les impida recibir Medicaid mientras que sus ingresos no son suficientes para comprar otras formas de seguro que cubran los servicios médicos esenciales. Afortunadamente, según las regulaciones actuales, Medicaid continúa de manera ininterrumpida para la mayoría de las personas elegibles que trabajan pero retienen parte del pago en efectivo del SSI. Incluso después de que cesen los pagos en efectivo del SSI debido a ingresos derivados del trabajo, las personas que cumplan con los requisitos de elegibilidad para 1619(b) pueden continuar recibiendo Medicaid de manera indefinida.

Entender Medicaid 1619(b) mientras se trabaja

Para beneficiarse de las disposiciones de la sección 1619(b), una persona debe cumplir con los cinco criterios de elegibilidad que se describen a continuación. Medicaid puede continuar de manera indefinida según la disposición 1619(b). **Sin embargo, si en algún momento un beneficiario no cumple con uno o más de estos criterios, la persona no será elegible para la cobertura de Medicaid en virtud de 1619(b).**

1. **Las personas elegibles deben seguir cumpliendo con la definición de discapacidad del Seguro Social.** Las personas en el estado 1619(b) continúan estando sujetas a revisiones médicas de continuación de discapacidad (CDR). Si se determina que la persona ya no cumple con los requisitos de discapacidad, Medicaid 1619(b) cesa.
2. **Las personas deberán haber sido elegibles para un pago en efectivo regular del SSI basado en la discapacidad durante un mes previo dentro del período actual de elegibilidad.** Este "mes de prerrequisito" simplemente significa que el 1619(b) no se encuentra disponible para una persona que no era previamente elegible para el SSI debido a discapacidad. Además, para esos estados 209(b), el beneficiario del SSI debe haber sido elegible para Medicaid en

el mes inmediatamente previo a volverse elegible para el 1619(b).

3. **Las personas elegibles deben continuar cumpliendo con todos los demás requisitos para el SSI que no están relacionados con la discapacidad.** Los recursos contables deben permanecer dentro del límite del SSI permitido de \$2,000, para una persona, y \$3,000, para una pareja elegible. Además, los ingresos contables no derivados del trabajo deben permanecer por debajo de la Índice de Beneficios Federales (FBR). Por último, las personas también deben cumplir con todos los requisitos de ciudadanía y pautas de vivienda del SSI. Todos estos requisitos del SSI no relacionados con la discapacidad se aplican cuando el Seguro Social establece inicialmente la elegibilidad para 1619(b) y permanece en vigencia de allí en adelante.
4. **Las personas elegibles deben necesitar los beneficios de Medicaid para continuar trabajando.** El Seguro Social determina esto mediante la aplicación de algo denominado la "Prueba de Uso de Medicaid". Esta "prueba" tiene tres partes, pero una persona solo necesita cumplir con una de ellas para aprobar. Una persona necesita cobertura de Medicaid si:
 - a. Ha usado la cobertura de Medicaid durante los últimos 12 meses; o
 - b. Espera usar la cobertura de Medicaid en los próximos 12 meses; o
 - c. No podría pagar facturas por servicios médicos no esperados en los próximos 12 meses sin cobertura de Medicaid.

Para más información sobre la prueba de uso de Medicaid, consulte **POMS SI 02302.040 The Medicaid Use Test for Section 1619(b) Eligibility** [La prueba de uso de Medicaid para la elegibilidad para la Sección 1619(b)] (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0502302040>).

5. **Las personas elegibles no pueden tener ingresos suficientes para reemplazar los beneficios en efectivo del SSI, los beneficios de Medicaid y los servicios de**

atención personal o profesional financiada con fondos públicos. El Seguro Social utiliza un concepto de “umbral” para calcular si la persona cuenta con suficientes ingresos para reemplazar estos beneficios. El umbral es una cantidad específica en dólares de ingresos contables derivados del trabajo anuales que una persona puede tener y aún calificar para continuación de Medicaid 1619(b). En la mayoría de los casos, si el ingreso contable derivado del trabajo de una persona supera el umbral, no será elegible para Medicaid 1619(b). Debido a la forma en que el Seguro Social calcula la cifra umbral, diferentes estados tienen diferentes montos umbral. Los importes umbral también cambian anualmente. Si el Seguro Social determina que el ingreso contable derivado del trabajo de la persona durante el período de 12 meses es igual o menor que el monto umbral estatal actual, cumple con esta prueba de umbral.

Para más información sobre la prueba de umbral, consulte **POMS SI 02302.045 The Threshold Test for Section 1619(b) Eligibility** [Prueba de umbral para la Elegibilidad para la Sección 1619(b)] (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0502302045>) Encontrará un listado de los **montos umbral actuales para cada estado** en el POMS (<https://secure.ssa.gov/poms.nsf/lnx/0502302200>).

Cómo se evalúan los ingresos durante la prueba de umbral

El Seguro Social determina el umbral de forma prospectiva para un período de 12 meses a partir del primer mes en que el ingreso contable derivado del trabajo de un beneficiario de SSI que trabaja hace que cesen los pagos en efectivo del SSI. Al estimar los ingresos futuros, el personal del Seguro Social generalmente utiliza los montos que el beneficiario ganó en los últimos meses, pero la agencia puede considerar cualquier indicación dada por la persona de que espera un cambio en los ingresos. El Seguro Social también considerará cualquier Gasto Laboral Relacionado con una Incapacidad (IRWE) o Gasto de Trabajo para Personas Ciegas (BWE) que tenga la persona, así como los ingresos excluidos según un Plan para Lograr la Autosuficiencia (PASS) aprobado. El Seguro Social excluirá estos gastos de incentivos laborales de los ingresos brutos estimados para determinar los ingresos contables estimados. Si el

beneficiario tiene los ingresos contables derivados del trabajo anuales estimados por debajo del monto de umbral actual del estado y con todos los otros requisitos de elegibilidad, el Seguro Social determinará que la persona es elegible para 1619(b).

Si los ingresos contables anuales estimados superan el monto umbral estándar estatal, el Seguro Social verifica si la persona es elegible para un monto umbral individualizado. Una persona puede obtener un monto de umbral individualizado mayor si tiene costos de Medicaid por encima del promedio. El Seguro Social también considera el valor de la atención personal o profesional financiada de manera pública que la persona recibe durante las determinaciones de umbral. El Seguro Social reconoce que algunos destinatarios del SSI pueden necesitar servicios de atención profesional que los asistan con funciones esenciales de atención personal o relacionadas con el trabajo. El propósito del cálculo de umbral individualizado es determinar si la persona tiene ingresos derivados del trabajo suficientes para reemplazar TODOS los beneficios que de hecho recibiría en ausencia de dichos ingresos.

Para más información sobre las determinaciones de umbral individualizado, consulte POMS **SI 02302.050 Individualized Threshold Calculation** [Cálculo de umbral individualizado]

(<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0502302050>) También encontrará una hoja de trabajo de cálculo de umbral individualizado que el personal del Seguro Social utiliza para realizar las determinaciones en

POMS SI 02302.300 Individualized Threshold Calculation Worksheet – Exhibit [Hoja de trabajo de cálculo de umbral individualizado – Anexo]

(<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0502302300>).

El Seguro Social revisa los ingresos derivados del trabajo durante las redeterminaciones del 1619(b), así como las demás formas de ingresos no derivados del trabajo, recursos y otra información relevante respecto de la elegibilidad. Además de la redeterminación periódica requerida para los casos de la Sección 1619(b), el Seguro Social debe verificar el ingreso derivado del trabajo y las exclusiones del ingreso derivado del trabajo. Si durante estas revisiones, la estimación anual para el siguiente período de 12 meses excede el monto actual de umbral, y si no existe una indicación de que se necesita un cálculo de umbral individualizado, puede cesar la elegibilidad para Medicaid 1619(b). Si el Seguro Social determina que una persona no es elegible para 1619(b) debido a un exceso de recursos

o ingresos derivados del trabajo o no derivados del trabajo, el Seguro Social no finaliza la elegibilidad para SSI de la persona de inmediato. En cambio, esta persona ingresa en un período de suspensión de 12 meses. Si la persona puede restablecer su elegibilidad nuevamente dentro de este período de 12 meses consecutivos, el Seguro Social podrá reiniciar los beneficios en efectivo o Medicaid 1619 (b) sin que la persona tenga que presentar una nueva solicitud. Las personas con estado 1619(b) se consideran elegibles para SSI y simplemente no reciben un beneficio en efectivo. Las protecciones del período de suspensión de 12 meses se aplican a las personas en el estado 1619(b) de la misma manera que se aplican a alguien que recibe pagos en efectivo del SSI.

1619(b) en los estados 209(b)

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, ciertos estados tienen sus propios criterios de elegibilidad para Medicaid. Los llamados estados "209(b)" tienen una definición más restrictiva de discapacidad que la del programa del SSI. Las personas que son elegibles para Medicaid en virtud del estado 1619(a) y residen en un estado 209(b) pueden retener su elegibilidad para Medicaid (siempre y cuando cumplan con todos los requisitos de 1619) siempre que hayan sido elegibles para Medicaid en el mes anterior a volverse elegibles para Medicaid 1619. El estado no debe interrumpir la cobertura de Medicaid siempre que la persona continúe siendo elegible según la sección 1619(b).

1619(b) para parejas elegibles

Hay algunos detalles importantes sobre la sección 1619(b) y parejas elegibles. Como recordatorio, una pareja es elegible cuando dos destinatarios del SSI están casados o se consideran como casados dentro de la comunidad local. Si ambos miembros de una pareja elegible se encuentran trabajando, ambos pueden obtener protección de la sección 1619(b). Para que el 1619(b) se aplique a ambos miembros de la pareja, no importa cuánto gane cada persona. Una persona puede incluso ganar menos que el \$65 de la exclusión por ingreso derivado del trabajo. Si el ingreso derivado del trabajo de ambos miembros alcanza un determinado nivel, ambos podrán ser elegibles para el 1619(b). Además, el monto umbral se aplica a cada miembro de la pareja individualmente. En otras palabras, cada miembro puede ganar hasta el monto umbral individualizado o establecido en el estado y permanecer en la categoría 1619(b). Desafortunadamente, si solo un miembro está trabajando, la

continuación de Medicaid según 1619(b) solo se aplica a esa persona, y no al cónyuge desempleado. Como el 1619(b) es un incentivo laboral, solo está disponible para personas que trabajan. El cónyuge que no trabaja perderá el Medicaid relacionado con SSI, o puede ser elegible bajo un grupo de elegibilidad de Medicaid.

Redeterminaciones de elegibilidad para 1619(b)

El Seguro Social es responsable de determinar si una persona cumple con los criterios de elegibilidad para el 1619(b). El proceso puede y debe tener lugar cuando el beneficiario comienza a informar ingresos derivados del trabajo al Seguro Social. Una vez que el personal del Seguro Social toma una determinación, debe ingresar un código especial en el registro del SSI para anotar el comienzo de 1619(b). Los pasos que siguen varían dependiendo de si la persona se encuentra en un estado 1634, un estado de Criterio/Elegibilidad para el SSI o un estado 209(b).

1. **Estado 1634:** Debido a que la determinación de elegibilidad para el SSI del Seguro Social sirve como determinación de elegibilidad para Medicaid, Medicaid simplemente continúa cuando el Seguro Social determina que una persona es elegible para el 1619(b). Si la agencia determina que la persona no es elegible para el 1619(b), enviará una carta con derechos de apelación.
2. **Estados de Criterio/Elegibilidad para el SSI y Estados 209(b):** Debido a que la agencia estatal de Medicaid, o quien esta designe, determina la elegibilidad para Medicaid de los receptores del SSI en estos estados, el proceso difiere del de los estados 1634. La agencia estatal Medicaid y el Seguro Social comparten datos a través de un sistema de datos compartidos, conocido como Intercambio de Datos Estatales (SDX). Cuando el Seguro Social ingresa el código especial en el registro del beneficiario detallando la condición de 1619(b), el trabajador de elegibilidad para Medicaid también podrá ver ese código. Cuando el beneficiario informe sus ingresos a la agencia Medicaid, el trabajador de elegibilidad para Medicaid necesitará buscar en el sistema de datos para ver que el Seguro Social haya determinado la condición 1619(b) para dicha persona. Con ese código implementado, el trabajador de

elegibilidad para Medicaid puede continuar la elegibilidad de la persona.

Una vez que el Seguro Social determine que una persona es elegible para 1619(b), la agencia realizará las redeterminaciones periódicas. El Seguro Social lleva a cabo estas redeterminaciones para asegurar que las personas continúan cumpliendo con los criterios de elegibilidad de 1619(b).

Puede leer más sobre las **políticas de 1619(b)** (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0502302000>) comenzando con POMS **SI 02302.000 Continuing Benefits and Recipient Status Under Sections 1619(A) and 1619(B) for Individuals Who Work - Subchapter Table of Content** [Beneficios continuos y condición de beneficiario según las secciones 1619(A) y 1619(B) para personas que trabajan - Subcapítulo Tabla de Contenido] que se encuentra en línea (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0502302000>). También puede consultar un documento de recursos detallado titulado **Understanding 1619(b)** [Comprender 1619(b)] en el sitio web del NTDC (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=140>).

Empleo y cobertura especial de Medicaid

Se requiere que las agencias estatales de Medicaid omitan ciertos pagos por discapacidad del Título II (o partes de los pagos) al determinar la elegibilidad para Medicaid conforme a las normas de Medicaid Especial. Esta exclusión ocurre estrictamente para establecer la elegibilidad para esta categoría de Medicaid. Es importante que recuerde esto cuando asesore a beneficiarios de Medicaid especiales que trabajan. Solo una parte o posiblemente nada de su beneficio del Título II contará cuando la agencia estatal de Medicaid determine los ingresos contables.

Tanto los estados 1634 como los estados de elegibilidad para el SSI consideran el ingreso derivado del trabajo para los Beneficiarios Especiales de Medicaid de la misma manera en que lo hace el programa de SSI. Los estados aplican la Exclusión por Ingreso General (GIE) de \$20 a los ingresos no derivados del trabajo (el beneficio del Título II menos el monto omitido debido al estado de Beneficiario Especial de Medicaid). Las exclusiones regulares de ingresos derivados del trabajo del SSI incluidas en la Hoja de cálculos del SSI también se aplican en el orden estándar:

- Exclusión por Ingresos del Trabajo Estudiantil (SEIE)
- Exclusión de Ingreso Derivado del Trabajo (EIE)
- Gastos Laborales Relacionados con una Incapacidad (IRWE)
- Compensación de Uno por Dos
- Gastos de Trabajo para Personas Ciegas (BWE)
- Planes para Lograr la Autosuficiencia (PASS).

Solo lo que resta después de estas deducciones contará para determinar la elegibilidad para Medicaid especial. Al igual que en el programa del SSI, siempre que el ingreso contable total de una persona esté por debajo del FBR actual y cumpla con el límite de recursos, la persona seguirá siendo elegible para la cobertura especial de Medicaid. Incluso si los ingresos contables exceden el FBR actual, algunos estados permiten que el estado de Medicaid Especial continúe siempre que el ingreso contable derivado del trabajo se mantenga por debajo del monto umbral 1619(b) del estado.

Las agencias de Medicaid en los estados 209(b) deben brindar Medicaid Especial utilizando los mismos criterios de elegibilidad que Medicaid dispone para las personas que reciben beneficios del SSI. Estos estados tienen la opción de omitir el beneficio del Título II en parte, totalmente o no omitirlo, u omitir los aumentos en el beneficio que hace que la persona deje de ser elegible, siempre que se omita el mismo monto para todos los miembros del grupo.

Empleo y grupos de elegibilidad opcional para Medicaid

Recuerde que no todos los estados eligen ofrecer cobertura de Medicaid a todos los grupos de elegibilidad opcional y, cuando lo hacen, los CMS les permiten establecer sus propios estándares de elegibilidad dentro de amplios parámetros federales. Eso significa que no podemos brindarle información específica sobre cómo los ingresos derivados del trabajo podrían afectar la elegibilidad para estos grupos opcionales de Medicaid en su estado. Deberá realizar una investigación sobre cómo cada uno de los programas opcionales de Medicaid de su estado trata los ingresos derivados del trabajo durante las determinaciones de elegibilidad. Podemos darle una pequeña dirección.

Personas Elegibles para el Pago Complementario del Estado (SSP)

Cuando el Seguro Social administra el SSP, se lo trata como si fuera parte del beneficio del SSI. En consecuencia, una persona que pierde un SSP administrado por el Seguro Social puede usar 1619(b) para conservar Medicaid. Con los SSP administrados por el estado, los CWIC deben investigar en el manual de políticas de Medicaid del estado para clarificar si la pérdida del SSP por los ingresos derivados del trabajo puede llevar a la pérdida de Medicaid relacionado.

Grupo de personas con Necesidades Médicas

Cuando una persona que utiliza Medicaid para Personas con Necesidades Médicas comienza a trabajar, suele significar que tendrá un incremento en el monto de su reducción de gastos. La reducción de gastos funciona como un deducible que el beneficiario debe pagar o en el que se debe incurrir antes de que comience la cobertura. Cuanto mayor sea la reducción de gastos de una persona, más difícil será mantener la elegibilidad para Medicaid para personas con Necesidades Médicas. Los estados varían significativamente en la forma en que cuentan los ingresos al determinar cuánto es el gasto inicial de una persona. Deberá realizar una investigación para encontrar los límites de ingresos y recursos de su estado asociados con este grupo de elegibilidad, así como los conceptos básicos sobre cómo calcular la reducción de gastos.

Grupo de compra de Medicaid

El Congreso creó específicamente la opción Compra de Medicaid (MBI) para brindar elegibilidad para Medicaid a los trabajadores con una discapacidad. Los CMS ofrecen a los estados libertad suficiente para establecer sus propias normas para ingresos y recursos para la MBI. Algunos estados no tienen límite en los ingresos y/o recursos derivados del trabajo. Otros estados son muy restrictivos en cuanto a quién ingresa, pero tienen reglas más liberales sobre ingresos y recursos una vez que la persona es elegible y se inscribe en la MBI. La MBI de cada estado será único en cuanto a su combinación de características dentro de las normas federales con las que deben operar. Deberá realizar una investigación para saber si su estado ofrece la MBI y, si lo hace, cuáles son los límites de ingreso derivado del trabajo (si lo hubiera).

Grupo de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

Para mantener los servicios de la exención los HCBS, el beneficiario debe continuar cumpliendo con los tres criterios de elegibilidad. Los primeros dos generalmente no se ven afectados cuando una persona comienza a trabajar, por lo general la persona continúa teniendo una necesidad de atención a nivel institucional y continúan cumpliendo el criterio del grupo objetivo de discapacidad. El tercer criterio son los requisitos financieros de la exención: la persona debe continuar cumpliendo con los límites de ingresos y recursos aplicables para la exención de la cual recibe servicios. Los participantes de la exención de los HCBS que trabajan tendrán mayores ingresos. Dependiendo de las normas de ingresos para la exención, una persona podría perder el derecho a Medicaid de los HCBS. Deberá realizar una investigación para averiguar qué exenciones de los HCBS ofrece su estado y cuáles son los criterios de elegibilidad para cada programa de exención.

Cuándo finaliza Medicaid para personas con discapacidades

La cobertura de Medicaid finaliza cuando una persona ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para el grupo en el que está inscrita. Para las personas inscritas en categorías de Medicaid relacionadas con discapacidad, esto incluye:

1. Cuando una persona ya no cumple con la definición de discapacidad del Seguro Social; o
2. Cuando una persona ya no cumple con los requisitos de ingresos y recursos aplicables.

Cuando finaliza la elegibilidad para un grupo, podría ser posible establecer la elegibilidad para otro grupo. Este puede ser un grupo diferente para personas con discapacidades o una categoría de elegibilidad de Medicaid no relacionada con la discapacidad. Recuerde, en este capítulo solo hemos cubierto las categorías de elegibilidad relacionadas con la discapacidad más comunes, pero hay otras categorías de elegibilidad para Medicaid que no tienen un requisito de discapacidad. En la mayoría de los casos, si un beneficiario de Medicaid pierde el derecho a un grupo, los trabajadores estatales de elegibilidad para Medicaid verificarán todas las demás categorías de elegibilidad

disponibles en el estado para asegurarse de que una persona no pierda innecesariamente el acceso a un seguro médico crítico.

Finalmente, algo importante para recordar es que la elegibilidad para Medicaid establecida en un estado no es transferible a otros estados. Incluso aquellos que están en grupos de elegibilidad obligatoria, si un beneficiario se muda a otro estado, deben comunicarse con la agencia estatal de Medicaid en su nuevo estado para asegurarse de que la cobertura continúe. Debido a que los requisitos de elegibilidad para varios grupos de Medicaid pueden variar de un estado a otro, es posible que las personas deban volver a solicitar Medicaid para continuar con la cobertura.

Próximos pasos

Como puede ver en lo tratado en este capítulo, el programa Medicaid es complejo. El hecho de que los estados varíen tanto con respecto a qué grupos cubren y cómo definen la elegibilidad aumenta esta complejidad. Una vez que obtenga la certificación de CWIC provisional, deberá realizar una investigación sobre cómo opera el programa Medicaid en cada estado en el que presta servicios su programa de WIPA. Su Enlace de Asistencia Técnica del NTDC puede ayudarlo a comenzar, pero ésta no es un área en la que tenga experiencia específica. El Seguro Social exige que los programas de WIPA accedan a capacitación sobre cómo los programas de beneficios estatales específicos se ven afectados por el empleo y Medicaid es el más importante de todos. Mientras trabaja para comprender las políticas de Medicaid de su estado, puede desarrollar competencia en las políticas federales mediante los siguientes pasos:

1. El sitio web del NTDC tiene una sección completa de documentos de recursos centrados en Medicaid. Encontrará **los recursos de Medicaid** en el sitio web del NTDC (https://vcu-ntdc.org/resources/resourceDetail_search.cfm?id=5). En particular, estos documentos le brindan más detalles sobre 1619(b) y cómo el trabajo afecta a los Beneficiarios Especiales de Medicaid. Estas son dos áreas muy importantes que los CWIC deben comprender, ya que brindan asesoramiento sobre incentivos laborales a los beneficiarios.

2. El NTDC de VCU ofrece un curso web integral sobre Medicaid varias veces al año. Le recomendamos que complete esta capacitación después de obtener la certificación provisional para mejorar su comprensión de este complejo programa de atención médica. Una vez que obtenga la certificación provisional, comenzará a recibir notificaciones por correo electrónico sobre los próximos cursos web y otra capacitación complementaria a través del Listserv Nacional WIPA. Puede visitar el **calendario de próxima capacitación complementaria** en el sitio web del NTDC (<https://vcu-ntdc.org/training/supplemental/upcoming.cfm>).
3. El NTDC también ofrece capacitaciones complementarias grabadas por teleconferencias y seminarios web cada año y estas **capacitaciones grabadas** se pueden encontrar en el sitio web de NTDC (<https://vcu-ntdc.org/training/supplemental/archives.cfm>). Estas sesiones de capacitación se pueden completar en cualquier momento y hay varias que cubren aspectos importantes del programa Medicaid.

