

**Parte I Capítulo 7 –
Determinaciones de
discapacidad. del Seguro Social,
revisiones de discapacidad
médica, proceso de apelación y
sobrepagos**

Contenido

Capítulo 7 – Determinaciones de discapacidad. del Seguro Social, revisiones de discapacidad médica, proceso de apelación y sobrepagos...	1
Objetivos de aprendizaje	1
Lista de acrónimos	2
Introducción	2
Cómo solicitar beneficios por discapacidad del Seguro Social	3
Descripción general de los procesos de determinación de discapacidad inicial y revisión médica del Seguro Social	5
Comprender el proceso de determinación de la discapacidad inicial ...	9
Proceso de evaluación secuencial	10
Comprender la ceguera reglamentaria	12
Definición de Discapacidad en la Niñez en el Programa del SSI	13
Redeterminación a los 18 años en el Programa SSI	13
Comprender el proceso de revisión de continuación de discapacidad	15
Cuando los beneficiarios no están de acuerdo con el Seguro Social .	20
Sobrepago de beneficios	22
Finalidad administrativa	25
Próximos pasos	26

Capítulo 7 – Determinaciones de discapacidad. del Seguro Social, revisiones de discapacidad médica, proceso de apelación y sobrepagos

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 el proceso de solicitud del Ingreso Complementario del Seguro (SSI) y los beneficios por discapacidad del Título II;
2. Describir la definición del Seguro Social de discapacidad e identificar los tres componentes centrales de esta definición;
3. Identificar los pasos que sigue Servicios de Determinación de Discapacidad (DDS) al realizar determinaciones de discapacidad;
4. Describir de qué manera el Seguro Social realiza revisiones médicas continuas (denominada Revisión de Continuación de Discapacidad, o CDR);
5. Describir el proceso que pueden usar los beneficiarios para apelar las determinaciones de discapacidad iniciales, CDR u otras determinaciones cuando no estén de acuerdo con las decisiones del Seguro Social; y
6. Describir el proceso de recuperación de sobrepagos del Seguro Social y de qué manera los beneficiarios pueden solicitar una renuncia al sobrepago.

Lista de acrónimos

- AC – Consejo Administrativo
- LJ – Juez de Derecho Administrativo
- CDR – Revisión de Continuación de Discapacidad
- CE – Examen consultivo
- CWIC – Coordinador(es) de Incentivos Laborales Comunitario(s)
- DDS – Servicio de Determinación de Discapacidad
- EXR – Restitución Acelerada
- FBR – Índice de Beneficios Federales
- IRWE – Gasto Laboral Relacionado con una Incapacidad
- MIE – Mejoría Médica Esperada
- MINE – Mejoría Médica No Esperada
- MIP – Mejoría Médica Posible
- MIRS – Estándar de Revisión de Mejoría Médica
- POMS – Guía del Sistema de Procedimientos Operacionales

Introducción

Este capítulo le brindará un entendimiento básico de los siguientes conceptos clave:

- El proceso de solicitud del Ingreso Complementario del Seguro (SSI) y los beneficios por discapacidad del Título II;
- De qué manera el Seguro Social define discapacidad y el proceso que usa la agencia para determinar si un reclamante cumple con esta definición;
- De qué manera el Seguro Social realiza revisiones médicas continuas (denominadas Revisiones de Continuación de Discapacidad, o CDR médicas) para garantizar que los beneficiarios por discapacidad continúen cumpliendo con el estándar de discapacidad luego de adquirir inicialmente el derecho a recibir beneficios;
- El proceso que pueden usar los beneficiarios para apelar las determinaciones de discapacidad iniciales o CDR cuando no estén de acuerdo con las decisiones del Seguro Social; y

- Qué sucede cuando el Seguro Social le paga a una persona más en beneficios que lo debido, cómo hace la agencia para recuperar esos fondos, y opciones que tienen los beneficiarios para lidiar con sobrepagos.

En su mayoría, los procesos que cubrimos en este capítulo se aplican de igual manera a los beneficios del SSI y a los beneficios por discapacidad del Título II. Sin embargo, hay algunas excepciones notables a esta regla que resaltaremos y explicaremos. Nuestra discusión de los procesos en este capítulo será de naturaleza resumida, ya que estos procesos caen fuera de la función principal que desempeñan los Coordinadores de Incentivos Laborales Comunitarios (CWIC) al trabajar con los beneficiarios. Como CWIC, debe entender que tiene una función limitada a la hora de ayudar a los beneficiarios con sus aplicaciones iniciales, respaldar a los beneficiarios durante el proceso de CDR médica, o ayudar con apelaciones o sobrepagos. Es importante que los CWIC adquieran una comprensión básica de estos procesos para que puedan informar mejor sus labores principales, pero el Seguro Social no espera que los CWIC se conviertan en expertos en estas áreas ni presten servicios en estas áreas que no caigan en el alcance de su trabajo.

Cómo solicitar beneficios por discapacidad del Seguro Social

Antes de hablar sobre el proceso de determinación de discapacidad, brindemos una breve descripción general de cómo hacen las personas para solicitar beneficios por discapacidad. Si bien los CWIC trabajan con personas que ya están recibiendo beneficios, puede haber momentos en los que un beneficiario sea potencialmente elegible para un beneficio del Seguro Social diferente, y quizás deba brindar información sobre el proceso de solicitud. Las personas pueden solicitar los beneficios por discapacidad del Título II o beneficios del SSI de tres maneras:

1. **Presentar la solicitud en línea visitando el sitio web del Seguro Social**
(<https://www.ssa.gov/applyfordisability/#a0=0>).

2. Presentar la solicitud en la **oficina de campo del Seguro Social** más cercana. Puede encontrar un buscador de oficinas en el sitio web del Seguro Social (<https://www.ssa.gov/ssi/links-to-spotlights.htm>). Las personas deben llamar a la oficina de campo local primero para programar un turno, en lugar de simplemente pasar en cualquier momento. Debido a la pandemia por COVID, algunas oficinas de campo quizás no puedan aceptar turnos en persona.
3. Llamar a la línea gratuita del Seguro Social, 1- 800-772-1213, para concertar una cita para presentar un reclamo por discapacidad en la oficina local del Seguro Social o para establecer una cita para que alguien tome el reclamo por discapacidad por teléfono. Las entrevistas de reclamos por discapacidad duran aproximadamente una hora. Las personas sordas o con dificultades de audición pueden llamar al número TTY gratuito del Seguro Social, 1-800-325-0778, entre las 7 a. m. y las 7 p. m. los días hábiles.

Los beneficiarios que elijan presentar su solicitud en línea pueden encontrar una **lista de verificación de la información que necesitarán para completar la solicitud en línea** en el sitio web del Seguro Social (<https://www.ssa.gov/hlp/radr/10/ovw001-checklist.pdf>). Una parte importante del proceso de solicitud para adultos es completar un formulario llamado **Adult Disability Report** [Informe de Discapacidad en Adultos] (<https://www.ssa.gov/forms/ssa-3368-bk.pdf>).

Las personas que presenten su solicitud en persona o por teléfono deben estar preparadas para proporcionar nombres, direcciones y números de teléfono de médicos, asistentes sociales, hospitales y clínicas que podrían tener información sobre la discapacidad. Además, el Seguro Social pedirá expedientes médicos de los médicos, terapeutas, hospitales, clínicas y trabajadores de caso, y los nombres y las dosis de todos los medicamentos que toma. El proceso de solicitud también requiere que los reclamantes proporcionen un resultado de antecedentes laborales y documentación de sus ingresos recientes, por ejemplo, una copia del formulario W-2 más reciente (Declaración de Salarios e Impuestos).

Las personas que solicitan SSI deben brindar un poco de información adicional, como comprobante de arreglos de vivienda con documentación de los gastos de vida, comprobantes de ingresos derivados y no derivados del trabajo, y comprobante de recursos. Esta documentación adicional es obligatoria porque el SSI es un programa sujeto a comprobación de recursos con límites de ingresos y de recursos. También hay algunos procedimientos especiales para **niños que solicitan SSI** que puede encontrar en el sitio web del Seguro Social (<https://www.ssa.gov/benefits/disability/apply-child.html>).

El Seguro Social ofrece **Kits de Preparación sobre Discapacidad** útiles (https://www.ssa.gov/disability/disability_starter_kits.htm) para ayudar a los reclamantes a prepararse para una entrevista por discapacidad o proceso de solicitud en línea. Hay kits disponibles para adultos y para niños menores de 18 años.

Los kits de preparación brindan información sobre los documentos y la información específicos que pedirá el Seguro Social. Los kits también proporcionan información sobre los programas de discapacidad y el proceso de toma de decisiones del Seguro Social que pueden ayudar a quitar parte del misterio en torno a la solicitud de beneficios por discapacidad.

Una vez que una persona presente su solicitud, el Seguro Social proporcionará una confirmación de recibo, ya sea electrónicamente o por correo postal. El Seguro Social se comunicará con la persona si necesita más información o documentación. Para más información sobre **cómo solicitar beneficios por discapacidad del Seguro Social**, consulte el sitio web del Seguro Social (<https://www.ssa.gov/disability/disability.html>).

Descripción general de los procesos de determinación de discapacidad inicial y revisión médica del Seguro Social

Para que se considere que usted es elegible para recibir beneficios por discapacidad, primero los reclamantes deben cumplir con ciertos requisitos no médicos detallados en los Capítulos 1 y 3. Por ejemplo, para calificar para el Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI), las personas deben haber obtenido suficientes créditos trabajando como

para estar aseguradas por discapacidad. Para beneficios de SSI, los requisitos no médicos incluyen tener ingresos y recursos inferiores a ciertos límites. Las oficinas de campo del Seguro Social son responsables de verificar todos los requisitos de elegibilidad no médicos, que incluyen edad, empleo, estado civil, o información de cobertura del Seguro Social. Si el reclamante cumple con todos los requisitos no médicos, luego la oficina de campo envía el caso a una agencia estatal especial llamada el Servicio de Determinación de Discapacidad (DDS) para evaluar la discapacidad. El personal del Seguro Social no toma decisiones de discapacidad; esas las realiza exclusivamente el DDS.

Comprender las Agencias del Servicio de Determinación de Discapacidad

Los Servicios de Determinación de Discapacidad Estatales (comúnmente denominados DDS) están totalmente financiados por el gobierno federal para realizar una evaluación de discapacidad. En algunos estados, el DDS podría tener otro nombre, como Oficina de Determinación de Discapacidad. Estas agencias estatales son responsables de desarrollar pruebas médicas y determinar si el reclamante tiene o no una discapacidad o ceguera conforme a la ley del Seguro Social.

Al evaluar la discapacidad, el DDS por lo general intenta primero obtener pruebas de los propios recursos médicos del reclamante. Si dicha prueba no está disponible o no es suficiente, el DDS podrá organizar un examen consultivo (CE, por sus siglas en inglés) para obtener la información adicional necesaria. La propia fuente médica del reclamante es en general la fuente preferida para el CE; sin embargo, el DDS también puede obtener el CE de una fuente independiente.

Luego de completar su desarrollo inicial, el DDS toma la determinación de discapacidad, como mínimo, mediante un equipo encargado de decidir que incluye un asesor médico y/o psicológico y un examinador de discapacidad. Si el equipo encargado de decidir considera que aún se necesitan pruebas adicionales, el asesor o examinador pueden volver a contactar a la(s) fuente(s) médica(s) y pedir información complementaria.

Después de que el DDS realiza la determinación de discapacidad, el caso vuelve a la oficina de campo del Seguro Social para que se tome la acción apropiada o es revisado por analistas de revisión de calidad en la

oficina del estado del DDS o en la rama federal del Seguro Social. Después de la revisión de calidad, los casos vuelven a la oficina de campo del Seguro Social para el procesamiento final. Si el DDS decide que el reclamante tiene una discapacidad, el Seguro Social completará el desarrollo pendiente de no discapacidad, computará el monto del beneficio y comenzará a pagar los beneficios. Si el DDS considera que el reclamante no tiene una discapacidad, la oficina de campo notifica al reclamante y retiene el expediente en caso de que el reclamante decida apelar la determinación.

Revisiones médicas continuas

La evaluación médica no se detiene después de que el Seguro Social determine inicialmente que un beneficiario tiene una discapacidad y es elegible para recibir beneficios por discapacidad. Por ley, el Seguro Social debe realizar revisiones médicas periódicas de todos los beneficiarios por discapacidad para determinar si siguen cumpliendo con el estándar por discapacidad de la agencia. Si el Seguro Social determina que una persona ya no cumple con el estándar de discapacidad, se detendrán los beneficios. Estas revisiones médicas periódicas se llaman Revisiones de Continuación de Discapacidad (CDR médicas).

El Seguro Social contrata a las agencias del DDS para que realicen CDR médicas además de las determinaciones de discapacidad iniciales. Al igual que las determinaciones iniciales de discapacidad, la oficina de campo del Seguro Social reúne la información médica y la envía a los DDS. Para las CDR médicas, el DDS usa un estándar distinto al que usa para realizar una determinación inicial. Una vez que las personas tienen derecho a recibir beneficios, el DDS no busca pruebas médicas para reestablecer los impedimentos existentes o documentados, porque esto ya se completó cuando inicialmente se determinó la discapacidad del beneficiario. Por el contrario, el DDS considera las pruebas para determinar si el(los) impedimento(s) médico(s) mejoró(mejoraron). Si hay una mejoría médica suficiente, el Seguro Social finaliza los beneficios de la persona.

Comprender su función en las determinaciones de discapacidad iniciales y las revisiones de continuación de discapacidad médicas

El Seguro Social tiene algunas reglas importantes que deben cumplir los CWIC que trabajan para programas de WIPA al prestar servicios a beneficiarios por discapacidad. Estas reglas ponen ciertos límites a los tipos de servicios que los CWIC tienen permitido prestar, para garantizar que los CWIC dediquen la mayoría de su tiempo al asesoramiento en incentivos laborales. Mientras revisa la información en este capítulo, tenga en mente los siguientes límites sobre su función:

1. Los servicios de WIPA están restringidos a individuos que ya hayan sido considerados elegibles para beneficios por discapacidad del Seguro Social. Dado que las personas que aún no reciben beneficios por discapacidad no son elegibles para recibir servicios de WIPA, los CWIC típicamente no podrían ayudar con las solicitudes iniciales.
2. Habrá instancias en la que una persona que ya reciba un beneficio por discapacidad del Seguro Social podría pasar a ser elegible para otro tipo de beneficio del Seguro Social. Esta posibilidad puede tener un efecto importante sobre cómo el trabajo pago afecta los beneficios de una persona. Los CWIC deben estar alertas ante la posibilidad de establecer una adquisición de derechos para otros programas y deben estar alertas de los eventos que pueden activar la elegibilidad. Los CWIC también deben brindar información a los beneficiarios sobre cómo solicitar beneficios adicionales del Seguro Social u otros programas, según corresponda. Su función en estos casos es proporcionar información, pero no ayudar a completar la solicitud.
3. El Seguro Social no permite que los CWIC ayuden a los beneficiarios durante las CDR médicas más allá de proporcionar información básica sobre el proceso y contestar preguntas.
4. Los CWIC no tienen permitido ayudar con el proceso de apelación más allá de proporcionar información básica y contestar preguntas. El Seguro Social prohíbe a los CWIC representar a los beneficiarios durante apelaciones.

5. Los CWIC deben tener cuidado con respecto al tiempo que dedican a ayudar a los beneficiarios con sobrepagos. Su función es proporcionar información básica sobre las opciones disponibles: apelación o solicitar una renuncia a la recuperación del sobrepago. Puede ayudar al beneficiario a conseguir los formularios necesarios y cómo completarlos. No debe proporcionar asistencia directa para completar estos formularios.

Comprender el proceso de determinación de la discapacidad inicial

Para reunir la definición de discapacidad conforme a la Ley del Seguro Social, un reclamante adulto debe ser incapaz de participar en cualquier actividad sustancial y lucrativa (SGA) debido a una incapacidad física o mental determinable médicamente que puede dar como resultado la muerte, o que ha durado o se puede esperar que dure durante un período continuo de no menos de 12 meses. La definición de discapacidad según la Ley del Seguro Social citada en la sección anterior tiene tres criterios diferentes:

1. **Prueba de ingresos:** La persona debe ser incapaz de realizar una SGA debido al impedimento.
2. **Examen médico:** La persona debe tener un impedimento médico determinable que puede ser documentado por un examinador médico calificado. Además, la discapacidad debe cumplir con cierto nivel de gravedad según lo define el Seguro Social.
3. **La prueba de duración:** La discapacidad debe cumplir con el requisito de duración, lo que significa que debe haber durado o puede esperarse que dure un período continuo de al menos 12 meses.

Para recibir los beneficios, la persona debe cumplir con estas tres pruebas. En el sistema del Seguro Social, no existe la discapacidad parcial. Se determina que un reclamante o cumple con la definición de discapacidad o no cumple con ella. No se proporcionan beneficios a personas que no cumplen con la definición de discapacidad del Seguro Social. Además, durante los reclamos por discapacidades iniciales, la

carga de la prueba recae sobre la persona que presenta el reclamo, no sobre el Seguro Social.

Proceso de evaluación secuencial

El proceso del Seguro Social para determinar si un reclamante cumple con la definición de discapacidad se denomina "Proceso de Evaluación Secuencial". Este es el proceso que usan el Seguro Social y el DDS al realizar evaluaciones de discapacidad. El Proceso de Evaluación Secuencial consiste en cinco preguntas que se realizan en un orden específico:

Paso 1: ¿El reclamante realiza una SGA?

El Seguro Social usa importes específicos en dólares de ingresos mensuales para evaluar si la actividad laboral es una SGA. Brindamos una explicación detallada de las pautas de SGA y la manera en que el Seguro Social realiza determinaciones de SGA en el Capítulo 1, así que no repetiremos esa información aquí. Puede encontrar las **pautas de SGA actuales y pasadas** en la Guía del Sistema de Procedimientos Operacionales (POMS) del Seguro Social (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0410501015#a>).

Básicamente, si el ingreso contable derivado del trabajo de un reclamante supera la pauta de SGA aplicable, por lo general no se puede considerar que tiene una discapacidad que califica. Si el reclamante no trabaja, o trabaja pero no realiza una SGA, el Seguro Social enviará su solicitud al DDS y el DDS completará los Pasos 2-5 del proceso de evaluación secuencial para tomar la decisión.

Paso 2: ¿Las incapacidades del reclamante son graves?

Para que el DDS decida que un solicitante tiene una discapacidad, una incapacidad médicamente determinable o una combinación de incapacidades médicamente determinables debe limitar de manera significativa la capacidad del reclamante de realizar actividades laborales básicas (como caminar, sentarse, llevar objetos, ver, escuchar, recordar instrucciones simples y responder de manera apropiada al público y a situaciones de trabajo habituales) durante al menos un año. Si la(s) incapacidad(es) médicamente determinable(s) no tiene más que un efecto mínimo en su capacidad para desempeñar

actividades laborales básicas, el DDS determinará que la persona no cumple con el estándar de discapacidad. Si la(s) incapacidad(es) es(son) lo suficientemente grave(s), el DDS pasa al Paso 3.

Paso 3: ¿La incapacidad del reclamante se encuentra en la Lista de Impedimentos?

Para tomar determinaciones de discapacidad médica, el DDS utiliza la "Lista de Impedimentos". Esta lista describe los impedimentos que son lo suficientemente graves como para evitar que una persona realice una actividad lucrativa. Si un reclamante tiene un impedimento listado, el DDS determinará que el reclamante tiene una discapacidad en el Paso 3. Si el impedimento (o la combinación de impedimentos médicos) no está en esta lista, el DDS revisa para ver si la condición es tan grave como algún impedimento que aparezca en la lista. Si la gravedad del(de los) impedimento(s) del reclamante cumple(n) o médicamente se asemeja(n) a un impedimento mencionado, el DDS decidirá que el reclamante tiene una discapacidad. La **lista de impedimentos** está disponible en el sitio web del Seguro Social (<https://www.ssa.gov/disability/professionals/bluebook/general-info.htm>) Si el impedimento médico no cumple, o no se asemeja médicamente al impedimento mencionado, el DDS avanza al Paso 4.

Paso 4: ¿El reclamante puede realizar el trabajo que hacía antes?

En este punto, el DDS decide si el impedimento(s) evita(n) que el reclamante realice su trabajo previo de la manera que lo hacía en el pasado, o como se realiza generalmente en la economía nacional. Si el trabajo pasado no está limitado, el DDS decidirá que el reclamante no cumple con la definición de discapacidad del Seguro Social en este paso. Si el trabajo pasado está limitado, el DDS avanza al Paso 5.

Paso 5: ¿El reclamante puede realizar un ajuste a otro tipo de trabajo?

Si el reclamante no puede realizar el trabajo que hacía anteriormente, el DDS debe ver si el reclamante podría realizar un ajuste a otro trabajo. El DDS evalúa la patología, edad, educación, experiencia laboral y cualquier habilidad que el reclamante tenga que se pueda utilizar para realizar otro trabajo. Si el reclamante no puede desempeñar otro trabajo, el DDS decidirá que el impedimento del

reclamante no cumple con la decisión de discapacidad del Seguro Social. Si el reclamante puede realizar un ajuste a otro trabajo de la economía, el DDS decidirá que el beneficiario no tiene derecho a los beneficios basados en la discapacidad.

Para más información sobre el proceso de evaluación secuencial, consulte **POMS DI 22001.001 - Sequential Evaluation of Title II and Title XVI Adult Disability Claims** [Evaluación secuencial de Reclamos por discapacidad de adultos del Título II y Título XVI] en línea (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0422001001>)

Comprender la ceguera reglamentaria

En los programas de beneficios por discapacidad tanto del Título II como del SSI, el Seguro Social realiza una distinción entre personas que están "discapacitadas" y personas que son "ciegas". El Seguro Social hace esto porque hay varias diferencias considerables en las reglas de beneficios por discapacidad para personas que son ciegas. Por ejemplo, los reclamantes de SSI que cumplen con la definición de ceguera reglamentaria del Seguro Social no están sujetos al primer paso de la evaluación secuencial: la prueba de SGA. Los reclamantes de ceguera reglamentaria del SSI ciegos son elegibles para pagos de SSI incluso si realizan una SGA, siempre que el reclamante cumpla con los otros requisitos de elegibilidad, por ejemplo, cumplir con los límites de ingresos y recursos.

Para recibir beneficios por discapacidad del Seguro Social debido a ceguera, las personas deben cumplir con la definición de "ceguera reglamentaria" del Seguro Social.

La ley define la ceguera reglamentaria como "agudeza visual central de 20/200 o menos en el mejor ojo con el uso de lentes correctivos. Se considera que un ojo con una limitación en el campo de visión tal que su diámetro más amplio subtiende un ángulo inferior a los 20 grados tiene una agudeza visual central de 20/200 o menos". (20 CFR 404.1581)

Para más información sobre las diferencias en las reglas del programa del Seguro Social para personas que están ciegas, consulte un documento de recurso en el sitio web de NTDC titulado **Disability**

Program Differences for Individuals who are Blind [Diferencias en el programa de discapacidad para personas que están ciegas] (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=75>).

Definición de Discapacidad en la Niñez en el Programa del SSI

En el programa del SSI, la definición de discapacidad para niños (cualquiera menos de 18 años) es diferente de la definición aplicable para adultos. El Seguro Social considera que los reclamantes de SSI que menores de 18 años tiene una discapacidad si tiene un impedimento o una combinación de impedimentos físicos o mentales médicamente determinables que provoquen limitaciones funcionales marcadas y graves. Además, el Seguro Social espera que el impedimento o combinación de impedimentos puedan dar como resultado la muerte o que dure por un período continuo de no menos de 12 meses.

La definición de discapacidad en la niñez SOLO se aplica en el programa de SSI. El estándar de discapacidad de adultos se aplica a todos los reclamantes en el programa de discapacidad del Título II sin importar la edad. Para más información sobre la definición de discapacidad para niños en el programa del SSI, consulte la **POMS DI 25201.001 Childhood Disability – Introduction** [Discapacidad en la niñez - Introducción] en línea (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0425201001>).

Redeterminación a los 18 años en el Programa SSI

Dado que la definición de discapacidad para niños en el programa del SSI es tan diferente de la definición de discapacidad para adultos, el Seguro Social debe revisar la elegibilidad de todos los destinatarios del SSI que cumplen 18 años como si estuvieran presentado solicitud del SSI para adultos por primera vez, sin tener en cuenta las determinaciones de discapacidad anteriores. El Seguro Social llama este proceso de revisión único la "redeterminación a los 18 años". El proceso de redeterminación a los 18 años solo se aplica a los

destinatarios del SSI. Los beneficiarios por discapacidad del Título II no están sujetos a redeterminaciones a los 18 años porque existe un solo estándar de discapacidad en el programa del Título II. Este estándar es el mismo que el estándar para adultos para tener derecho a recibir beneficios de SSI.

Debido a la definición más completa de discapacidad para adultos, cuando el Seguro Social toma redeterminaciones a los 18 años, la agencia puede determinar que un individuo no es elegible para beneficios de SSI como adulto. Esto es así incluso si no ha habido ningún cambio en la condición médica o la habilidad para funcionar desde que el Seguro Social determinó que el beneficiario es elegible para beneficios de SSI para niños.

Proceso de Redeterminación a los 18 años

La redeterminación a los 18 años ocurre para todos los destinatarios del SSI de la niñez en algún momento después de su cumpleaños número 18. Puede ocurrir en una CDR programada regularmente, o en otro punto según lo determine el Seguro Social. En la práctica general, la redeterminación a los 18 años generalmente ocurre dentro de los 12 meses posteriores al cumpleaños número 18. El Seguro Social no inicia la revisión antes del mes anterior al mes en que la persona alcanza los 18 años. El Seguro Social no inicia una redeterminación de discapacidad a los 18 años si la persona no era elegible para el SSI sobre la base de una discapacidad en la niñez en el mes anterior al mes del cumpleaños número 18.

Para realizar una redeterminación a los 18 años, el Seguro Social reúne información sobre el joven adulto determina su elegibilidad de acuerdo con los criterios de discapacidad para adultos. La agencia considera que las redeterminaciones a los 18 años son decisiones de elegibilidad inicial y se aplican al proceso de evaluación secuencial para realizar determinaciones con una diferencia notable. El Seguro Social sobrepasa el primer paso de la evaluación secuencial (¿participa actualmente en SGA?) durante una redeterminación a los 18 años.

Todas las personas que el Seguro Social realiza una redeterminación a los 18 años reciben una notificación por escrito. Si la determinación es favorable, la persona sigue recibiendo los beneficios de dinero en efectivo del SSI y Medicaid sin interrupción. Una persona que el Seguro Social no considere elegible para los beneficios del SSI como adulto

recibirá una notificación por escrito que indique que ya no califica para recibir beneficios. Estas personas tienen derecho a recibir dos meses más de pagos después de la fecha de esta notificación. Puede ocurrir un pago en exceso si una persona que no es elegible sigue recibiendo pagos después del período de gracia de dos meses. El Seguro Social solo buscará recuperar aquellos pagos después de que la agencia realiza la determinación y que se terminan los dos meses de gracia.

Para más información sobre el proceso de redeterminación a los 18 años, consulte un documento de recurso en el sitio web de NTDC titulado **Understanding Age 18 Re-determinations** [Comprender las redeterminaciones a los 18 años] (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=22>). También puede visitar la Guía del Sistema de Procedimientos Operacionales (POMS) en línea del Seguro Social **DI 13006.000 Title XVI Age 18 Medical Redeterminations** [DI 13006.000 Título XVI Redeterminaciones médicas a los 18 años] (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0413006000>) y leer sobre las redeterminaciones a los 18 años.

Comprender el proceso de revisión de continuación de discapacidad

Una vez que una persona cumpla inicialmente con los requisitos de discapacidad, el DDS fija una fecha denominada "agenda" en la que revisará nuevamente la condición incapacitante de la persona para ver si la discapacidad continúa. La "agenda" se fija para un período de tiempo específico con base en una evaluación de cuán probable es que mejore la condición médica del beneficiario. Existen tres agendas primarias: Mejoría Médica Esperada (MIE), Mejoría Médica Posible (MIP) y Mejoría Médica No Esperada (MINE).

1. Mejoría Médica Esperada (MIE)

Las revisiones de MIE aplican a todas las personas con impedimentos que el Seguro Social espera para mejorar lo suficiente como para permite que la persona participe de SGA. Una agenda de CDR para MIE quiere decir que el Seguro Social revisará el expediente médico en menos de tres años.

2. Mejoría Médica Posible (MIP)

Las revisiones de MIP se aplican a las personas con impedimentos que, ya sea en el momento inicial de la adquisición del derecho o en una revisión posterior, el Seguro Social considera que tienen la posibilidad de mejorar. En estos casos, la mejoría puede ocurrir para permitir que las personas realicen una SGA, pero el Seguro Social no puede predecir la mejora con precisión basándose en la experiencia actual y en los hechos del caso en particular. Una agenda para una MIE quiere decir que el Seguro Social deberá revisar el expediente médico en menos de tres a cinco años.

3. Mejoría Médica No Esperada (MINE)

Las revisiones de MINE se aplican a personas con incapacidades que el Seguro Social no espera que mejoren al adquirir inicialmente el derecho a recibir beneficios o más adelante, luego de una revisión adicional. Estos son impedimentos graves que se han mostrado, basándose en la experiencia administrativa, que son por lo menos estáticos, pero más probablemente provocan una discapacidad progresivamente. Es poco probable una mejora que permita a las personas participar de una SGA. El Seguro Social puede considerar la interacción de la edad de la persona, las consecuencias del impedimento y la falta de vinculación reciente con el mercado laboral para determinar si se espera que el impedimento mejore. Una agenda para una MINE quiere decir el Seguro Social debe revisar el expediente dentro de siete años pero no más frecuentemente que una vez cada cinco años.

Estándar de Revisión de Mejoría Médica (MIRS)

El DDS aplica un estándar diferente al realizar las CDR médicas que el que aplica durante las determinaciones de discapacidad iniciales. Primero, durante una CDR médica, el DDS tiene la carga probatoria de producir pruebas de que la condición médica del beneficiario ha mejorado. Durante una determinación de discapacidad inicial, la carga de la prueba recae sobre el beneficiario. Segundo, durante las CDR médicas, el DDS no usa el proceso de evaluación secuencial para decidir si el beneficiario cumple con la definición de discapacidad del Seguro Social, ya que eso ya se había establecido durante la determinación de discapacidad inicial. En lugar de ello, el DDS aplica un proceso

diferente para determinar si el beneficiario cumple con algo llamado el Estándar de Revisión de Mejoría Médica (MIRS).

Conforme al estándar MIRS, el DDS considera los signos, síntomas y conclusiones de laboratorio actuales relacionados con el(los) impedimento(s) documentado(s) al momento de la última decisión favorable para determinar si hubo algún cambio o mejora como fundamento para la mejora médica (MI). Como la determinación inicial, la definición de MIRS tiene dos partes: mejoría médica y la capacidad de realizar una SGA. Conforme al MIRS, el Seguro Social determinará que un beneficiario ya no está discapacitado solamente si las pruebas demuestran una mejoría médica relacionada con el trabajo en comparación con la última determinación de discapacidad favorable, y la capacidad de realizar una SGA.

Además de las CDR médicas programadas regularmente, hay dos momentos adicionales en los que el DDS aplica el MIRS en lugar del estándar de discapacidad inicial:

1. Cuando el Seguro Social realiza redeterminaciones a los 18 años en el programa de SSI, y
2. Durante decisiones médicas que toma el DDS para personas que solicitan la Restitución Acelerada (EXR) de los beneficios.

El proceso de CDR médica

Cuando el Seguro Social inicia una CDR médica, no todos los beneficiarios se someten a una revisión completa de evidencia médica. En algunas situaciones, el Seguro Social simplemente revisará la carpeta y determinará que el impedimento no pudo haber mejorado. En otros casos, el beneficiario recibirá un cuestionario por correo y la información suministrada será suficiente para que el Seguro Social determine la elegibilidad continua. Sin embargo, en ocasiones, el Seguro Social necesitará reunir pruebas médicas y entrevistar al beneficiario para determinar si la discapacidad sigue cumpliendo con la definición del Seguro Social.

Puede encontrar más información sobre el proceso de CDR en la POMS, empezando por **DI 28005.000 - The CDR Evaluation Process** [DI 28005.000 - El proceso de evaluación de CDR] (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0428005000>).

Puede encontrar un folleto útil sobre el proceso de CDR médica titulado **How We Decide If You Still Have A Qualifying Disability** [Cómo decidimos si usted aún tiene una discapacidad que califica] en el sitio web del Seguro Social (<https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10053.pdf>).

Protección de las CDR Médicas

La Ley de Boleto para Trabajar y Mejora de Incentivos Laborales de 1999 creó dos disposiciones que protegen a los beneficiarios de las CDR médicas.

1. El Seguro Social no iniciará CDR médicas para beneficiarios que están usando de manera activa el Boleto para Trabajar. Hablaremos en detalle sobre el programa Boleto para Trabajar en la Parte II de este manual.
2. Si una persona ha recibido beneficios por discapacidad durante al menos 24 meses, el Seguro Social no iniciará una CDR médica únicamente porque el individuo vaya a trabajar. Esta es una protección fundamental para beneficiarios que deciden buscar un empleo. Los beneficiarios que hayan recibido beneficios de dinero en efectivo durante más de dos años, solo se someterán a las CDR médicas programadas regularmente en función de las agendas de MIE, MIP y MINE establecidas en la última determinación médica de sus beneficios. Un informe de actividad laboral ya no “provocará” una CDR médica. Un beneficiario no necesita tener o usar un Boleto para obtener esta segunda protección de CDR médica.

Continuación de pagos conforme al Artículo 301 de la Ley del Seguro Social

Cuando el personal del Seguro Social realiza una Revisión de Continuación de Discapacidad (CDR) médica o una redeterminación a los 18 años, puede descubrir que el beneficiario ya no reúne los requisitos médicos para recibir beneficios por discapacidad. Si eso sucede, por lo general el Seguro Social detiene los beneficios en efectivo de la persona y el seguro médico asociado (Medicare y/o Medicaid). Sin embargo, el Seguro Social puede continuar proporcionando pagos por discapacidad en efectivo y seguro médico (Medicare y / o Medicaid) a ciertos individuos que participan en programas que les permitan alcanzar la autosuficiencia. Esto incluye el

programa Boleto para Trabajar u otro programa de servicios de rehabilitación vocacional (VR), servicios de empleo, ciertos programas de educación especial u otros servicios de apoyo, si el Seguro Social determina que completar o continuar con el programa aumentará las probabilidades de que la persona sea retirada permanentemente de las listas de beneficio por discapacidad. El Seguro Social se refiere a esta continuación de beneficios especial como el "Artículo 301" porque la autoridad legislativa inicial para la continuación del pago de beneficios a personas en un programa de VR se dispuso en el Artículo 301 de las Enmiendas de Discapacidad del Seguro Social de 1980. La continuación de beneficios conforme al Artículo 301 se aplica tanto a los beneficios del SSI como a los beneficios por discapacidad del Título II.

Los beneficiarios podrían calificar para la continuación de pagos conforme al Artículo 301 cuando cumplen con los siguientes criterios:

1. Están participando en un programa de VR apropiado o servicios similares que comenzaron antes del mes en que se detuvo su discapacidad según las reglas del Seguro Social; y
2. El Seguro Social examina el programa y decide que si el beneficiario continúa en el programa, es poco probable que se restablezcan los beneficios por discapacidad. Algunos ejemplos de programas de VR apropiados incluyen:
 - Un Programa de Educación Individualizado (IEP) para un joven de entre 18 y 21 años.
 - Una agencia de VR que usa un plan para empleo individualizado
 - Servicios de apoyo que usan un plan de empleo individualizado por escrito.
 - Un plan de servicio escrito con una escuela conforme al Artículo 504 de la Ley de Rehabilitación.
 - Un Plan para Lograr la Autosuficiencia (PASS) aprobado.

Conforme al Artículo 301, los beneficios pueden continuar hasta que el beneficiario complete el programa, deje de participar en el programa, o el Seguro Social determine que continuar con la participación en el programa es poco probable que evite que vuelva a recibir beneficios por discapacidad.

El proceso mediante el cual se pueden continuar los beneficios conforme al Artículo 301 es muy complejo. Brindamos una breve reseña en este capítulo, para que los CWIC sean conscientes de que, en algunos casos raros, los beneficios podrían continuar temporalmente incluso después de que el Seguro Social haya determinado que una persona ya no cumple con el estándar de discapacidad. Para entender mejor las determinaciones conforme al Artículo 301, consulte un documento de recurso titulado **Understanding Section 301** [Comprender el Artículo 301] disponible en el sitio web de NTDC (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=25>).

Cuando los beneficiarios no están de acuerdo con el Seguro Social

Un reclamante o beneficiario del Seguro Social que no esté de acuerdo con una determinación inicial o decisión tiene derecho a solicitar una revisión adicional. Esto se llama apelación, y es un proceso que tiene varios niveles. Los beneficiarios deben realizar la mayoría de las solicitudes de reconsideración dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que recibieron la notificación de la decisión. El Seguro Social asume que los beneficiarios habrán recibido la notificación dentro de los cinco días posteriores a en que el Seguro Social la envió. Si una persona solicita una apelación después de la ventana de apelación de 60 días, podría perder el derecho a una revisión adicional, a menos que puedan demostrar buena causa por la que no realizó la solicitud de revisión en tiempo y forma.

Las personas deben solicitar una apelación por escrito, y hay varias maneras de iniciar este proceso. Las personas pueden llamar al Seguro Social y solicitar un formulario de apelación o enviar por correo una nota por escrito en la que soliciten realizar una apelación. Los beneficiarios también pueden descargar la **Solicitud de Reconsideración (Formulario SSA-561)** del sitio web del Seguro Social (<https://www.ssa.gov/forms/ssa-561-u2.pdf>) y enviar el formulario completado a su oficina de campo local. La manera más fácil y rápida de presentar una apelación a una decisión es visitar la **página web de apelaciones del Seguro Social** (<https://www.ssa.gov/benefits/disability/appeal.html?tl=0>). Las personas pueden presentar una solicitud de apelación en línea y cargar

documentos por internet que respalden su apelación, lo que ayudará a reducir el tiempo que tome recibir una decisión.

Niveles de apelación

El proceso de apelación consiste en varios niveles de revisión administrativa que el beneficiario debe solicitar en ciertos plazos y al nivel adecuado. Los niveles de revisión administrativa son 1) reconsideración, 2) audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ), y 3) revisión del Consejo de Apelaciones (AC), como se indica a continuación. La revisión del AC da por finalizado el proceso de revisión administrativa. Si un individuo sigue insatisfecho, puede solicitar una revisión judicial iniciando una acción ante un tribunal federal.

1. Reconsideración

En la mayoría de los casos, la reconsideración es el primer paso en el proceso de revisión administrativa para los individuos que no están de acuerdo con la determinación inicial. El Seguro Social también brinda la oportunidad de una audiencia ALJ como primer paso en el proceso de revisión administrativa para aquellas determinaciones que incluyen una solicitud de renuncia a un ajuste o recuperación de un pago en exceso. El método de reconsideración para el Título II consiste en una revisión de caso y una audiencia sobre la discapacidad. El método utilizado depende del tema involucrado. Para los temas no médicos, es una revisión de caso. Para temas médicos, es una revisión de caso para reclamos iniciales y una audiencia sobre discapacidad, que es una reconsideración cara a cara para todos los casos de cese médicos.

2. Audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo

Si un beneficiario no está de acuerdo con la determinación que realizó el Seguro Social al nivel de reconsideración, puede solicitar una audiencia. Un juez de derecho administrativo que no participó en la determinación original o la reconsideración del caso lleva adelante la audiencia. Cuando el Seguro Social programa audiencias, tiene en cuenta qué es conveniente y está cerca del beneficiario. Por lo general, programa audiencias dentro de las 75 millas de la vivienda de una persona. En ciertas situaciones, se podrán celebrar audiencias por videollamada en un sitio de

audiencia, en persona en una de nuestras oficinas de audiencias, o desde otro lugar.

3. Consejo de Apelaciones

Si el individuo no está de acuerdo con la decisión del ALJ o el rechazo de una solicitud de audiencia, puede pedir que el Consejo de Apelaciones (AC) revise la decisión. El AC puede rechazar o denegar la solicitud de revisión, o puede conceder la solicitud y emitir una sentencia o remitir el caso a un ALJ. El AC también puede revisar una decisión del ALJ (dentro de los 60 días posteriores a la decisión o el rechazo de audiencia) de oficio. El AC tiene la autoridad de revisión definitiva para el Seguro Social.

La revisión del AC completa el proceso de revisión administrativa. Si un individuo sigue insatisfecho, puede solicitar una revisión judicial iniciando una acción civil ante un tribunal federal de primera instancia.

Cada uno de los pasos de apelación tiene formalidades y plazos requeridos. Los CWIC no pueden representar a los beneficiarios en apelaciones contra el Seguro Social. Sin embargo, puede ayudar a los beneficiarios a entender sus derechos de apelación, a acceder a los formularios y a entender qué información adicional necesitará el Seguro Social para tomar una decisión.

Para más información, consulte **POMS GN 03101.001 - Summary of Administrative Review Process** [Resumen del Proceso de Revisión Administrativa] (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0203101001>).

También puede encontrar un folleto útil titulado **Your Right to Question The Decision Made On Your Claim** [Su derecho a cuestionar la decisión tomada sobre su reclamo] en el sitio web del Seguro Social (<https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10058.pdf>).

Sobrepago de beneficios

Ocurre un sobrepago cuando el Seguro Social le paga al beneficiario más de lo que debería haber recibido. Si esto sucede, el Seguro Social notificará al beneficiario y al representante del beneficiario; si corresponde. Esta información explica por qué ocurrió el pago en

exceso, las opciones de reembolso del beneficiario y brinda una descripción general de los derechos de apelación y renuncia.

Si el beneficiario está de acuerdo en que el Seguro Social le ha pagado de más y que el monto del pago en exceso es correcto, el beneficiario tiene varias opciones para reembolsarlo. Si el beneficiario del Título II se encuentra en una categoría de pago actual, el Seguro Social retendrá el monto total del beneficio cada mes, a menos que el beneficiario solicite un monto de retención menor, y el Seguro Social apruebe la solicitud. La retención completa comienza 30 días después de que el Seguro Social notifica al beneficiario sobre el pago en exceso.

Si el beneficiario recibe SSI, en general el Seguro Social retendrá el 10% del Índice de Beneficios Federales (FBR) cada mes para poder recuperar el sobrepago. Si al beneficiario no puede permitírsele, puede solicitar que el Seguro Social retenga menos cada mes. Los beneficiarios también pueden solicitar devolver el pago en exceso a una tasa mayor al 10%. El Seguro Social no comenzará a deducir el dinero de los pagos de SSI hasta, al menos, 60 días después de que la agencia notifique al beneficiario sobre el pago en exceso.

Los beneficiarios que ya no reciben el SSI pero siguen recibiendo beneficios por discapacidad del Seguro Social pueden devolver el sobrepago del SSI solicitando que el Seguro Social retenga hasta el 10 por ciento del beneficio mensual del Título II. Si el beneficiario no está recibiendo ningún beneficio del Seguro Social, sus opciones para devolver el pago incluyen:

- Enviar un cheque al Seguro Social por el monto total del sobrepago dentro de los 30 días; o
- Contactar al Seguro Social para establecer un plan a fin de devolver el monto en cuotas mensuales.

Si el beneficiario no está recibiendo beneficios y no devuelve el monto por medio de una de las opciones anteriores, el Seguro Social puede recuperar el sobrepago realizando retenciones a los reembolsos del impuesto federal sobre el ingreso que son pagaderos al beneficiario o, en algunos casos, a los salarios si el beneficiario está trabajando. El Seguro Social también puede recuperar los pagos en exceso de futuros beneficios de SSI o del Seguro Social.

El Seguro Social proporciona mucha información útil acerca de **sobrepagos** en su sitio web (<https://www.ssa.gov/overpayments/?tl=0%2C1%2C2%2C3>).

Derechos de apelación y renuncia por sobrepagos

Los beneficiarios que no estén de acuerdo en que haya ocurrido un sobrepago, o que crean que el importe es incorrecto, pueden presentar una apelación usando los mismos procedimientos descritos anteriormente. La interposición de una apelación también debe incluir cualquier prueba que el beneficiario tenga para fundamentar su posición. Por ejemplo, si un beneficiario está apelando un pago en exceso relacionado con una actividad laboral, y los Gastos Laborales Relacionados con una Incapacidad (IRWE) no se tuvieron en cuenta como parte de la determinación, el beneficiario debe presentar recibos de los IRWE.

Los beneficiarios que estén de acuerdo con que ocurrió un sobrepago, pero que crean que no deberían tener que devolver el dinero, pueden solicitar una renuncia al cobro. Los beneficiarios deben presentar el Formulario SSA-632 para solicitar una renuncia, y puede encontrar este formulario SSA-632, **Request for Waiver of Overpayment Recovery** [Solicitud de renuncia a la recuperación de sobrepagos] en el sitio web del Seguro Social (<https://www.ssa.gov/forms/ssa-632.html>). Los beneficiarios también pueden conseguir el formulario llamando o visitando la oficina local del Seguro Social. Para que se apruebe la solicitud de renuncia al sobrepago, el beneficiario tendrá que probar lo siguiente:

- Que no tuvo la culpa del sobrepago; y
- Que la devolución del dinero ocasionaría una dificultad económica o sería injusta por alguna razón.

El Seguro Social dejará de recuperar el sobrepago hasta que tome una decisión sobre la apelación o apruebe una renuncia a la recuperación del sobrepago. No hay límite de tiempo para presentar una solicitud de renuncia.

Finalidad administrativa

El concepto de finalidad administrativa es una protección importante para los beneficiarios y el Seguro Social. Estas reglas protegen a los beneficiarios al permitirle al Seguro Social volver a examinar ciertas decisiones durante un período estipulado si la decisión original no era correcta. La finalidad administrativa también protege al Seguro Social, ya que no se debe requerir que la agencia establezca determinaciones de derecho después de un lapso de tiempo considerable a partir de la fecha de los acontecimientos involucrados. Las reglas de finalidad administrativa describen los tipos de decisiones que el Seguro Social pueden examinar nuevamente y establece los límites de tiempo para este proceso. El Seguro Social denomina este proceso de reevaluación "reapertura".

Algunas cosas para tener en cuenta sobre la reapertura:

- El beneficiario tiene el derecho a apelar cualquier determinación inicial. Sin embargo, la reapertura no cumple con la definición de una determinación inicial. Los beneficiarios no tienen el "derecho" a que el Seguro Social vuelva a considerar o reexamine una decisión.
- El Seguro Social puede volver a abrir una decisión hasta 12 meses por cualquier razón, en el programa de SSI y en el programa de discapacidad del Título II.
- Si el Seguro Social determina que hay una "buena causa" para volver a abrir una decisión, la agencia podrá volver a abrir una decisión de SSI hasta por un período de dos años desde la fecha de la notificación de la determinación en cuestión.
- Si el Seguro Social determina una buena causa, la agencia podrá volver a abrir una decisión de discapacidad del Título II hasta por un período de cuatro años desde la fecha de la notificación de la determinación previa.
- Los CWIC deben derivar a los beneficiarios a la oficina local del Seguro Social si surgen preguntas sobre la posible reapertura.

Para más información sobre el proceso de reapertura, consulte **DI 27505.000 Rules for Reopening** [Reglas de reapertura] (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0427505000>); o **SI**

04070.010 Title XVI Administrative Finality - Reopening Policies

[Título XVI Finalidad Administrativa - Políticas de reapertura]

(<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0504070010>).

Próximos pasos

Los CWIC deben tener un entendimiento básico de los conceptos cubiertos en este capítulo, pero deben comprender que todas estas áreas están fuera del alcance de trabajo primario que realiza un CWIC que trabaja en un programa de WIPA. En la mayoría de los casos, cuando tenga una pregunta sobre determinaciones de discapacidad, CDR médicas, el proceso de apelación del Seguro Social, o sobrepagos, debe comunicarse con su Enlace de TA del NTDC. Si desea desarrollar competencia más avanzada en cualquiera de estas áreas, puede completar estos próximos pasos:

1. Con frecuencia, los beneficiarios les realizan a los CWIC preguntas sobre qué hacer cuando ocurre un sobrepago. Si bien los CWIC no dedican mucho tiempo a ayudar con sobrepagos, sí deben brindar información a los beneficiarios sobre cómo manejarlos. Para encontrar información detallada acerca de sobrepagos en el sistema de discapacidad del Seguro Social, puede completar una capacitación archivada titulada **Social Security Disability Benefit Overpayments - What CWICs Need to Know** [Sobrepago de beneficios por discapacidad del Seguro Social: qué deben saber los CWIC] en el sitio web de NTDC (<https://vcu-ntdc.org/training/supplemental/archives.cfm>).
2. El proceso de redeterminación a los 18 años del SSI es un área en la que los CWIC deben tener una comprensión sólida al prestar servicios a jóvenes en edad de transición. Contamos con un documento de recurso que puede leer para entender este proceso con mayor profundidad titulado **SSI and Age-18 Redeterminations** [SSI y las redeterminaciones a los 18 años] en el sitio web del NTDC (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=22>). También encontrará **una capacitación archivada que cubre redeterminaciones a los 18 años** en el sitio web del NTDC (<https://vcu-ntdc.org/training/supplemental/archives.cfm>).

3. Por último, la Continuación de la Cobertura conforme al Artículo 301 es un tema muy complejo que es particularmente importante entender al prestar servicios de WIPA a jóvenes en edad de transición. Encontrará un documento de recurso titulado **Understanding Section 301** [Comprender el Artículo 301] en el sitio web de NTDC (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=25>).

