

Revisado el 3 de mayo de 2019

CÓMO UTILIZAR UN FIDEICOMISO DE INGRESOS COMBINADOS PARA OBTENER MEDICAID SIN UN “EXCESO DE INGRESOS” O SPEND-DOWN (PAGOS PARA LA DEDUCCIÓN DE GASTOS MÉDICOS)

Uso de un Fideicomiso para Complementar Necesidades para eliminar el “spend-down” para personas mayores (+65), ciegas o discapacitadas

El problema: Medicaid atiende a personas con ingresos limitados, incluidas personas mayores, ciegas y con discapacidades. Los niveles de Medicaid son \$859 para solteros y \$1267 para parejas (2019).¹ El monto de sus ingresos que superen estos niveles, después de haber pagado para obtener Medicare Parte B y otras primas de un seguro de salud, recibe el nombre de "spend-down"[prima de la cual debe hacerse económicamente responsable el paciente] . Para poder reunir las condiciones de Medicaid, primero deben incurrir todos los meses en gastos médicos por un monto que sea equivalente al "spend-down". Algunos pueden alcanzar el monto de su "spend-down" al utilizar otras facturas, en lugar de sus facturas médicas mensuales actuales. ²

Dado que el costo de vida en Nueva York es tan elevado, nadie vive dentro de los niveles establecidos por Medicaid. Es por eso que el "spend-down" es una carga muy pesada que imposibilita que muchas personas tengan acceso a Medicaid.

¿Por qué necesito Medicaid? Para muchos clientes, Medicaid brinda acceso a la atención en el hogar, que no paga Medicare, y que es muy costosa cuando se paga del propio bolsillo. Además, cualquier beneficiario de Medicaid puede obtener la **Ayuda Extra** (Extra Help), el subsidio para personas de bajos ingresos que se encuentran en el programa de medicamentos de Medicare, Parte D. Este subsidio reduce en una gran proporción el costo de la Parte D: paga la prima mensual, elimina el deducible anual y las brechas de cobertura, y reduce los copagos.

¹ Además Medicaid concede una exclusión de \$20/mes por hogar de ingresos no salariales para solicitantes con discapacidades, ancianos y ciegos. También hay una exclusión disponible para el ingreso salarial, que está más allá del alcance de esta hoja informativa.

² Para llegar al “spend-down” pueden utilizar:

- Recibos médicos *pendientes de pago* y no reembolsados que aún deben y recibos *pagados* de atención médica recibida dentro de los últimos 3 meses anteriores a su solicitud de Medicaid
- Medicamentos de venta libre u otros gastos médicos que no sean cubiertos ni por Medicaid ni por Medicare, si un médico afirma por escrito que son médicamente necesarios.
- Los montos abonados por EPIC o ADAP para medicamentos recetados por lo menos tres meses antes de solicitar su inscripción a Medicaid, además de los copagos que el cliente paga por estos programas.

La solución: las personas con discapacidad de cualquier edad se pueden inscribir en un "Fideicomiso para Complementar Necesidades" agrupado, patrocinado por una organización sin fines de lucro. Actualmente, el estado de Nueva York cuenta con muchos fideicomisos agrupados. Esta hoja de datos utiliza un fideicomiso, el fideicomiso agrupado del Centro para los Derechos de los Discapacitados (Center for Disability Rights, CDR) como ejemplo.³ El fideicomiso está abierto a cualquier persona "discapacitada" según se define en las leyes del Seguro Social. Cuando el cliente se une a este Fideicomiso, acuerda depositar en este el monto de su "spend-down" todos los meses. Una vez que los documentos del Fideicomiso se hayan firmado y el programa local de Medicaid apruebe la inscripción del cliente en el fondo, Medicaid modificará el presupuesto para que el cliente no tenga NINGÚN "SPEND-DOWN". El cliente solicita que el Fideicomiso pague ciertas facturas, como el alquiler, la hipoteca, la electricidad, etc. con el dinero que el cliente envía todos los meses. Esto se explica en mayor profundidad a continuación.

EJEMPLO:

Sally tiene 67 años. Su Seguro Social bruto es de \$1875 y su prima de Medicare Parte B de \$134 se debita de su cheque, por lo que recibe \$1741. Además paga una póliza de Medigap AARP de \$261/mes.

El cálculo del "spend-down" de Sally es:

<u>Ingreso total</u>	\$1875.00	Ingreso bruto
- <u>135.50</u>		Prima de Medicare Parte B
- 20.00		Monto despreciable para mayores, discapacitados (estándar)
- <u>261.00</u>		<u>Prima de Medigap, AARP (Plan F)</u>
-416.50		TOTAL DE DEDUCCIONES
1458.50		Ingreso neto contable
- <u>859.00</u>		Nivel de Medicaid para UNO (2014)
\$599.50		"Spend-down" o excedente de ingresos

Gastos mensuales

Alquiler	\$850
Con Ed	40 (promedio)
Teléfono	60 (promedio)
AARP Medigap	261 (se dedujo del presupuesto de Medicaid)
Alimentos	280
Transporte	80
Cable	70
Vestimenta, hogar, ocio, etc.	<u>234</u>
<u>TOTAL</u>	\$1875

³ En el estado de Nueva York hay varias organizaciones no gubernamentales que ofrecen Fideicomisos para Complementar Necesidades agrupados. Visite <http://wnylc.com/health/entry/4/> para ver la lista no oficial. Han surgido organizaciones nuevas en estos meses.

QUÉ CONTIENE

Explicación de los pasos para inscribirse en un fideicomiso combinado, cómo averiguar cuánto depositar en el fideicomiso, y cómo solicitarle a Medicaid que elimine su spend-down**páginas 3-10**

En “Preguntas frecuentes” se explican los gastos que puede pagar el fideicomiso, cómo se deja un fideicomiso combinado y enlaces para obtener más información.....**páginas 10-13**

PASOS PARA INSCRIBIRSE EN UN FIDEICOMISO COMBINADO

Hay cinco pasos para inscribirse en un fideicomiso combinado, cada uno de los cuales se explica a continuación. Cualquier formulario requerido está disponible aquí: <http://www.wnyc.com/health/entry/44/>. Los cinco pasos son:

- Solicite Medicaid con un Spend-Down
- Inscribese en el Fideicomiso combinado de necesidades suplementarias
- Decida cuánto depositar en el Fideicomiso
- Alerta a Medicaid al SNT. Solicite que se vuelva a realizar un presupuesto para eliminar el Spend-down
- De seguimiento y asegúrese de que el nuevo presupuesto de Medicaid se haga correctamente

✓ PASO uno: solicitar la inscripción a Medicaid con un “spend-down”

El primer paso es solicitar la inscripción en Medicaid con un “spend-down”. Si debe comenzar a recibir atención domiciliaria u otros servicios de Medicaid muy pronto, lo mejor es primero solicitar la inscripción a Medicaid SIN ingresar al fideicomiso agrupado y después ingresar al fideicomiso agrupado una vez que su solicitud de inscripción a Medicaid se haya presentado. Medicaid se aprueba con mayor rapidez si aún no está inscrito en el fideicomiso agrupado. Si solicita primero la inscripción en Medicaid, antes de inscribirse en el fondo, la persona puede comenzar a recibir servicios de atención domiciliaria mientras se trabaja en los pasos siguientes.

Una vez que esté aprobado para recibir cobertura de Medicaid con un “spend-down”, si comienza a recibir atención domiciliaria de un plan de atención administrada a largo plazo (Managed Long-Term Care, MLTC), una agencia de atención domiciliaria autorizada u otra agencia de atención domiciliaria, se espera que usted pague todos los meses el “spend-down”

al plan o la agencia. Es probable que no pueda hacerlo, ya que estará enviando dinero al SNT. Puede explicar al plan o a la agencia que su “spend-down” disminuirá retroactivamente a cero en un tiempo y que luego podrán facturar a Medicaid el monto del “spend-down”. Algunos planes le solicitarán un comprobante de que ha presentado su inscripción de SNT a Medicaid para su aprobación.

Los solicitantes de Medicaid que deseen inscribirse en MLTC deben dejar en claro al momento de la solicitud que, en definitiva, desean inscribirse en un plan de MLTC.

✓ PASO dos: inscribirse en el Fideicomiso para Complementar Necesidades Agrupado

El segundo paso es **inscribirse en el SNT agrupado**. La mayoría de los SNT cuentan con una lista de documentos en sus sitios web que incluyen Preguntas frecuentes y Procedimientos que debe leer antes de inscribirse. Hay varios SNT agrupados en Nueva York...disponible en <http://www.wnyc.com/health/entry/4/>. A continuación se indica qué debe enviar al Centro de Derechos de las Personas con Discapacidad (Center for Disability Rights, CDR) para inscribirse, utilizando el SNT del CDR como ejemplo. Todos los formularios pueden descargarse: consulte el enlace en la entrada del CDR en la lista de fideicomisos que se encuentra en <http://www.wnyc.com/health/entry/4/>. Las tarifas y formas de inscripción de todos los fideicomisos son diferentes.

- Perfil del beneficiario y Acuerdo de adhesión: completado y firmado ante un escribano público.
- Formulario de desembolso/extracción: debe presentar un formulario para cada uno de los gastos que usted desea que el CDR pague por usted y adjuntar un comprobante del monto adeudado (por ej. una copia de su contrato de alquiler, las facturas mensuales de servicios, resumen de su tarjeta de crédito). Lea con atención las normas del SNT para asegurarse de que el fideicomiso pague este tipo de gastos. Recuerde que el gasto tiene que estar a su nombre y no de otra persona o ser una donación para cualquier otra persona y que el SNT nunca le pagará de forma directa.
- Formulario de solicitud de ACH: si desea que el CDR realice extracciones automáticas de su cuenta bancaria todos los meses por el monto de su aporte mensual al SNT, puede especificar el día del mes en que prefiere que se haga la extracción.
- TARIFA, fondos de inscripción (cheque u orden de pago): pagadera al CDR (el depósito mínimo inicial es de \$240. Lea a continuación los consejos sobre qué monto le conviene enviar como su aportación mensual completa). Cada fideicomiso tiene tarifas diferentes. Siga este enlace para ver el Régimen tarifario de NYSARC: - http://www.nysarc.org/files/8813/1076/2571/Community_Trust_II_-_Régimen_tarifario.pdf, lea sobre otros fideicomisos en <http://www.wnyc.com/health/entry/4/>.

EL CDR y otras organizaciones de fideicomisos se demoran alrededor de 2 semanas en procesar las solicitudes y, si está inscripto en su SNT, le enviarán una Carta de aceptación.

Consérvela, ya que la necesitará para el tercer paso.

✓ PASO 3: Decidir cuánto depositar en el Fideicomiso

A continuación le ofrecemos algunos consejos para que decida qué monto depositará en el fideicomiso todos los meses. Para ayudarlo a determinar el monto adecuado a depositar todos los meses con el objetivo de eliminar el “spend-down”, obtener el Programa de Ahorro de Medicare y asegurarse de que se paguen todas las tarifas del SNT y sus facturas, puede utilizar [esta hoja de cálculos de Excel](#) en <http://www.wnylc.com/health/download/316/>.

El mínimo: el monto real del “spend-down”. Como mínimo, deposite su “spend-down” real. Por ejemplo, si Sally (el ejemplo de la página 2) deposita \$618 todos los meses en el Fideicomiso, una vez que Medicaid lo autorice, NO tendrá “spend-down”. Con esta opción, el CDR retiene \$20 en calidad de tarifa mensual y le quedan \$598 disponibles para pagar sus gastos.

Consejo estratégico n.º 1. Lo suficiente para pagar el alquiler completo: ¿Cuánto debería depositar mensualmente en el Fideicomiso si desea que el Fideicomiso pague su alquiler? Si deposita el monto exacto del “spend-down” de \$618 en el Fideicomiso de manera que resten \$598 para pagar sus facturas, podría hacer que el fideicomiso pague \$598 del alquiler y ella pagaría el saldo al propietario. Otra posibilidad sería que pueda depositar \$870 en el Fideicomiso que incluiría la tarifa de \$20 y el alquiler de \$850. Algunos fideicomisos, como el NYSARC, cobran una tarifa mensual más alta si el depósito en el fideicomiso es más alto. La comodidad de que el fondo pague el alquiler completo puede valer la pena.

Consejo estratégico n.º 2. Beneficio adicional del Fideicomiso, el Programa de Ahorro de Medicare (MSP): si se reduce su ingreso "contable", también reunirá los requisitos para uno de los Programas de Ahorro de Medicare. Este programa paga la prima de Medicare Parte B que es de \$134 en 2014. Ese ahorro contrarresta ampliamente la tarifa mensual. Para consultar los límites sobre ingresos y más información visite el sitio web del estado en <http://tinyurl.com/W393P> y el artículo de defensoría en <http://wnylc.com/health/entry/99>. Una vez que Medicaid comience a pagar su prima de la Parte B a través del MSP, su cheque del Seguro Social aumentará en \$134. Como resultado, su “spend-down” también aumentará a \$134. Si Sally desea estar en el MSP y no tener “spend-down”, debe aumentar su depósito mensual al fideicomiso por \$134. Para ayudarlo a determinar el monto adecuado a depositar todos los meses con el objetivo de eliminar su “spend-down”, obtener el Programa de Ahorro de Medicare y asegurarse de que se paguen todas las tarifas del SNT y sus facturas, puede usar [esta hoja de cálculos de Excel](#) en <http://www.wnylc.com/health/download/316/>.

**** CONSEJO SOBRE EL MSP:** si aporta los \$134 más al SNT, será inscrito de forma retroactiva al Programa de Ahorro de Medicare y recibirá un reembolso por las primas de la Parte B que pagó mientras aportó al SNT. Para que esto funcione, debe continuar aportando al SNT todos los meses.

**** CONSEJO SOBRE LA SOLICITUD DEL MSP:** en la solicitud de Medicaid, escriba en la parte superior de la primera página que el cliente desea solicitar su inscripción a Medicaid Y al Programa de Ahorro de Medicare. La oficina debe revisar si el cliente puede ingresar al MSP de todas formas, pero esto ayuda a recordárselos. Consulte GIS 05/MA033 en <http://tinyurl.com/L7AUSK>.

Consejo estratégico n.º 3. ADVERTENCIA: deposite solo lo que pueda gastar regularmente todos los meses. ¡No deje que los depósitos se acumulen! Si no gasta el dinero depositado todos los meses en el Fideicomiso y este se acumula, puede que se le niegue el pago de Medicaid para la atención en un hogar de ancianos si la necesitara en los próximos cinco años. Esto se debe a la Ley de reducción del déficit promulgada el 8 de febrero de 2006. La transferencia de activos de una persona de 65 años de edad o mayor, posterior a esa fecha, puede provocar una demora (penalizaciones por transferencias) para que Medicaid pague la atención en hogares de ancianos por cinco años. Esta demora para que se reúnan los requisitos para la atención en hogares de ancianos también puede ser provocada por las transferencias de ingresos a un fideicomiso de una persona de 65 años de edad o mayor si no se gastan dichos ingresos. Afortunadamente, la política del Departamento de Estado de Nueva York ha afirmado que colocar los ingresos en un fideicomiso agrupado no provocará penalizaciones por transferencias para la cobertura de Medicaid de atención en hogares de ancianos, siempre y cuando el saldo de la cuenta del fideicomiso agrupado se gaste y no se acumule. NYS Dept. of Health GIS 08 MA/020, Transfers to Pooled Trusts by Disabled Individuals Age 65 and Over (July 24, 2008), disponible en https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/publications/docs/gis/08ma020.pdf. Si la persona necesitara cobertura de Medicaid para la atención en un hogar de ancianos en el futuro, el monto de dinero restante en la cuenta del fideicomiso que no se ha gastado en alquiler y otros gastos se considerará una transferencia de activos y se impondrá una multa. Para más información sobre estas normas, consulte <http://wnylc.com/health/entry/38/>.

Consejo estratégico n.º 4. Matrimonios: si ambos cónyuges necesitan Medicaid, es posible que solo uno establezca una cuenta en el fondo, de acuerdo con sus respectivos ingresos. Esto puede ahorrarle a la pareja tarifas y trámites administrativos. El resto de sus ingresos combinados después de todas las deducciones y después del depósito en el Fideicomiso, debería ser el límite de ingresos por pareja de Medicaid (\$1233/mes en 2018).

EJEMPLO DEL MATRIMONIO:

Sally tiene los mismos ingresos y el mismo seguro que en el ejemplo anterior, pero está casada con John, cuyos ingresos son \$900. El posee la misma política de Medigap AARP. Su presupuesto sería el siguiente:

\$1875	Ingresos brutos de Sally
<u>900</u>	<u>Ingresos brutos de John</u>
2775	TOTAL DE INGRESOS BRUTOS
-	271 Prima x 2 de Medicare Parte B
-	20 Monto despreciable para mayores, discapacitados (solo \$20/pareja)
<u>- 313.00</u>	<u>Prima de AARP Medigap (Plan A) (156.50 x 2)</u>

- 604	TOTAL DE DEDUCCIONES
2171	Ingreso neto contable
-1267	Nivel de Medicaid para DOS (2014)
904	"Spend-down" como pareja
+ 271	Adicional a depositar para el Programa de Ahorro de Medicare
\$1175	Total a depositar si desean MSP

Si solicitan la inscripción como pareja, si se asume que ambos son discapacitados, es más conveniente que Sally ingrese a un fideicomiso, ya que los ingresos de John no alcanzan para depositar \$1175, que es "spend-down" total más el adicional de \$271 si desean inscribirse en un MSP y no tener "spend-down". Como John solo tiene \$900 de ingresos, puede que sea mejor que se quede con todo el monto y que Sally se inscriba en el fideicomiso y deposite \$1175.

Pero Nota: si Sally no fuera discapacitada, solo John podría inscribirse en el Fideicomiso.⁴ En algunos casos ambos cónyuges deberán adherirse al Fideicomiso si los dos tienen ingresos más altos.

Consejo estratégico n.º 5. Si no tiene Medicare, no reduzca su "spend-down" a CERO, mantenga un "spend-down" nominal. Incluso una pequeña cantidad de dólares: ¿por qué? Para las personas que no tienen Medicare, puede ser mejor que mantengan un "spend-down" mínimo para evitar que se les exija inscribirse en el Plan de Atención Administrada de Medicaid. Actualmente, tener un "spend-down" implica que uno está exento del requisito de inscribirse en el Plan de Atención Administrada. Consulte <http://wnylc.com/health/entry/166/>. Precaución: estos programas cambian muy rápido por lo que recomendamos volver a verificar para ver si hay actualizaciones. (Si el cliente tiene Medicare y necesita atención prolongada, tener un "spend-down" no lo eximirá del requisito de inscribirse en un plan de Atención Administrada a Largo Plazo).

✓ **PASO 4** - Notificar a Medicaid que tiene una cuenta de fideicomiso agrupado (SNT).

El cuarto paso es notificar a Medicaid que tiene una cuenta de fideicomiso combinado (SNT). Para ello, demuestre al Departamento de Servicios Sociales de su localidad (en NYC es el programa NYC HRA Medicaid) que está inscrito en un SNT, que hace depósitos mensuales y que tiene una discapacidad. Es altamente recomendable incluir una carta de presentación con su solicitud a la oficina local de servicios sociales. Cada uno de estos se analiza en mayor detalle a continuación.

⁴ Supongamos que John se inscribió en el Fideicomiso porque Sally no es discapacitada. Pero supongamos que sus ingresos son mucho más bajos que los de Sally (solo \$500 y los de ella, \$500 más que en el ejemplo). Una audiencia imparcial resolvió que él deposite los ingresos de su esposa en SU Fideicomiso para reducir el "spend-down" de él/ella. Consulte en la audiencia imparcial N.º 4576742M, Sobre la cuestión de J.T. (Nov. 16, 2006), disponible en la Base de datos de audiencias imparciales en <http://onlineresources.wnylc.net>

1. Prueba de que está inscripto en un SNT (obligatorio)
 - **Acuerdo marco del fideicomiso**, disponible en versión PDF para imprimir en el sitio web del SNT
 - **Perfil del beneficiario y Acuerdo de adhesión**, firmados por usted y el fideicomisario (CDR, por ejemplo). La versión que se le envió con su Carta de aceptación tendrá la firma del fideicomisario
 - Carta de aceptación
 - **Comprobantes de los depósitos**, si envía estos documentos después de más de un mes desde que se aceptara su ingreso al SNT, debe enviar un comprobante de que ha realizado depósitos mensuales. Puede llamar al SNT para pedir un estado de cuenta.

2. **Prueba de su discapacidad**, puede DESCARGAR los formularios que se enumeran a continuación en: <http://www.wnylc.com/health/entry/134/>
 - Si ha sido aprobado para beneficios SSDI o SSI por una discapacidad, lo único que debe enviar para comprobar que usted es discapacitado es una copia de su Carta de adjudicación de SSA o una Determinación de discapacidad de SSA (que se le entregó cuando recibió su primera aprobación de los beneficios). Si no, debe enviar los documentos que se enumeran a continuación y pedir al DSS una determinación de discapacidad - <http://www.wnylc.com/health/entry/134/>
 - [DSS-486T - Informe médico para la determinación de discapacidad \(Rev. 6/2012\)](#)
Este formulario debe estar completado por su/s médico/s. En enero de 2013, la HRA publicó una Alerta médica que afirma que se deben incluir los registros médicos de los 12 meses anteriores con cada formulario 486T - <http://www.wnylc.com/health/download/402/> Por lo tanto, si su médico de atención primaria completó un 486T, debe enviar 12 meses de registros de su consultorio. Si alguno de sus especialistas completó formularios 486T, también debe enviar 12 meses de registros de sus consultorios. Si puede conseguir los registros de cualquier internación en hospitales o asilos de los últimos 12 meses, envíelos también. Lo mejor es asegurarse de que la información médica que envía le permita a Medicaid hacerse una idea de su condición médica y psicológica sobre la que puedan establecer la determinación de discapacidad. Por lo tanto, si su principal discapacidad fue tratada por uno o varios especialistas, asegúrese de conseguir el 486T y los registros médicos de estos doctores.
 - **NOTA:** el formulario 486T revisado en junio de 2012 acortó el original de un formulario de 25 páginas a un formulario de una sola carilla, el cual es menos imponente para los médicos. El formulario anterior contenía varios adjuntos que recogían información sobre los diferentes sistemas corporales, como una deficiencia del sistema osteomuscular o cardíaco. Esos formularios adjuntos, aunque fueran onerosos, eran útiles para demostrar los criterios para "cumplir con los requisitos" para que se lo considere discapacitado (el tercer paso del [proceso de evaluación secuencial descrito en este artículo](#) - <http://wnylc.com/health/entry/134/>). Aunque ya no es obligatorio, puede que algunos de estos formularios adjuntos resulten útiles

como guía que su médico utilice para dar información sobre ciertas afecciones. Haga clic aquí para ver el [486T anterior - http://www.wnyc.com/health/download/60/..](#)

- [DSS-1151 - Cuestionario de discapacidad \(rev. en 06/2012 para remplazar el Formulario de entrevista de discapacidad\) - http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/publications/docs/gis/12ma027att2.pdf](#)
Usted, un asistente social o un miembro de la familia pueden completar este formulario.
- [LDSS-1151.1 \(6/2012\) Hoja de continuación del Cuestionario de discapacidad-](#) puede usar este formulario si el espacio del DSS-1151 no es suficiente para enumerar sus proveedores médicos o internaciones.
- [Formulario oficial OCA 960 - Estado de NY HIPAA](#)
Según estas Alertas de Medicaid, [http://www.wnyc.com/health/download/599/](#) y [http://www.wnyc.com/health/download/402/](#), usted debe enviar cuatro copias originales de este formulario, firmado y fechado por el solicitante. En tres copias, deje la información del proveedor en blanco. Debe enviar la cuarta copia si desea que otra persona (por ejemplo, un trabajador social, familiar o abogado) pueda hablar con Medicaid sobre su caso y debe nombrar a esa persona en los dos lugares indicados en el formulario..\
- MAP-751e: Autorización para Divulgar Información Médica
Según esta alerta de Medicaid, [http://www.wnyc.com/health/file/684/?f=1](#), este formulario es ahora requerido para todas las determinaciones de discapacidad.
[http://www.wnyc.com/health/file/685/?f=1](#)

3. Carta de presentación

- Adjunte una carta de presentación con toda esta información para explicar qué está solicitando al DSS (volver a calcular su caso en Medicaid sin “spend-down”) y por qué (porque tiene un SNT y es discapacitado). Puede usar este [modelo de carta de presentación cover letter \(http://www.wnyc.com/health/download/64/\)](#) como punto de partida. Debe personalizarla para realizar la solicitud con respecto a sus afecciones médicas y psicológicas particulares e incluir la información de los formularios 486 y 1151.
 - Utilice el Manual de discapacidad de Medicaid NYS ([http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/reference/mdm/](#)) como una guía sobre su/s discapacidad/es específica/s, que explica el "proceso de evaluación secuencial" para determinar la discapacidad, contiene la Lista de deficiencias y otra información.
- También debe solicitar que se lo inscriba en el **Programa de Ahorro de**

Medicare (Medicare Savings Program, MSP) para que Medicaid pague su prima de Medicare Parte B. Dado que el SNT ha reducido sus ingresos por debajo del límite de Medicaid, si contribuye \$134 más al SNT por encima de su "spend-down" de Medicaid, también reduce sus ingresos por debajo del límite para el MSP. Haga clic aquí para más información sobre este programa - <http://www.wnyc.com/health/entry/99/>.

✓ **Paso 5: De seguimiento y asegúrese de que el nuevo presupuesto de Medicaid se haga correctamente**

El último paso en este proceso es asegurarse de que el caso de Medicaid se vuelva a presupuestar correctamente. Una vez que presente los documentos del SNT y discapacidad a su DSS, estos demorarán por lo general varios meses en procesar la información. Más adelante, usted debería recibir una notificación por escrito que diga que su caso de Medicaid se ha vuelto a presupuestar sin "spend-down" (y que está inscrito en el MSP si así lo solicitó). Asegúrese de que la fecha de entrada en vigor sea la correcta; debe ser el mes en que comenzó a aportar el monto completo de su "spend-down" (+\$134 si deseaba el MSP) en el SNT. Si estuviera mal, es posible que deba solicitar una Audiencia imparcial para apelar la notificación para que se corrija la fecha (haga clic aquí para solicitar una audiencia: <http://otda.ny.gov/hearings/>).

Como puede observar, esta es una de las tareas más complicadas que le pueden tocar con respecto a Medicaid. Para muchas personas resulta ventajoso contratar un abogado privado especialista en la tercera edad (www.naela.org) o un administrador de atención geriátrica (www.caremanager.org) para que los ayude en el proceso. También puede haber servicios jurídicos gratuitos (<http://www.lawhelpny.org/>) disponibles para ayudarlo. Para obtener información más específica sobre los SNT, incluida información sobre como el SNT afecta sus condiciones para acceder a otros beneficios públicos, consulte nuestro Resumen de capacitación para abogados - <http://www.wnyc.com/health/download/9/>

PREGUNTAS FRECUENTES

¿QUÉ SUCEDE SI EL “SPEND-DOWN” CAMBIA DESPUÉS DE QUE EL CLIENTE SE HAYA INCORPORADO AL FIDEICOMISO? Casi todos los años, el monto del Seguro Social de la mayoría de los jubilados aumenta y, por lo tanto, su “spend-down”.

El cliente debe aumentar la cantidad depositada en el fideicomiso cada mes. Además, algunos fideicomisos agrupados pueden solicitar algún tipo de "depósito de seguridad", un monto equivalente al “spend-down” de un mes que permanezca depositado en todo momento. Si el Seguro Social u otro ingreso aumentan, puede que el cliente deba aumentar el depósito.

¿QUÉ FACTURAS PODRÍA PAGAR EL FIDEICOMISO?

ADVERTENCIA: estas normas se aplican a las personas que utilizan un fideicomiso agrupado para Medicaid únicamente, no para SSI. Si tiene SSI y desea usar un fideicomiso para un acuerdo extrajudicial u otra suma global, las reglas son diferentes.

El Fideicomiso puede pagar el alquiler, la hipoteca, el mantenimiento, las facturas de servicios, las facturas de la tarjeta de crédito del cliente, siempre y cuando realice los pagos de forma directa al propietario o a otro tercero. El Fideicomiso puede *no entregar dinero directamente al cliente*. Los pagos de ese tipo no se consideran "ingresos" a los fines de Medicaid, independientemente de para qué sean los pagos. ⁵

Los pagos de alquiler o hipotecas son el tipo de gasto ideal para pagos del fideicomiso, ya que la mayoría de los fideicomisos establecen un pago mensual automático. Algunos fideicomisos no automatizan los pagos de alquiler o hipoteca del cliente hasta que este no se haya inscrito y haya pagado su spend-down durante 3 meses. Por eso, el cliente debe realizar solicitudes individuales de desembolso durante los primeros tres meses para pagar su alquiler o hipoteca. Después de ese período, puede solicitar el pago automático.

Los fideicomisos difieren en cuanto a si aceptan el envío mensual de servicios u otras facturas para su pago o si las facturas de un plan presupuestario con pagos mensuales fijos pueden ser abonadas directamente por el fondo, como el alquiler.

Aunque el fideicomiso solo paga facturas a favor del beneficiario del fideicomiso (el cliente) y NO para los parientes o amigos del cliente, los pagos que por accidente benefician a un tercero pueden estar permitidos, como el caso del alquiler en que el/la cónyuge del cliente recibe los beneficios del pago. El cliente debe estar autorizado por el fideicomiso para pagar los gastos que benefician a terceros, como el pago de los gastos de un acompañante de viaje del beneficiario o los gastos para que un pariente cercano pueda visitar al beneficiario.

Algunos fideicomisos permiten que un pariente u otro individuo que haya pagado gastos del cliente, como el alquiler o vestimenta, reciba un reembolso si presentan los recibos. Sin

embargo, deben comunicarse con el fideicomiso para pedir su autorización ANTES de realizar el gasto para asegurarse el reembolso. Nunca puede acreditársele un reembolso al cliente mismo.

Tarjetas de crédito: algunos fideicomisos pagan facturas de tarjetas de crédito, siempre que la factura esté a nombre del cliente y que no haya gastos anteriores pendientes. La factura mensual real se debe enviar al Fideicomiso para verificar que no se hayan realizado extracciones de efectivo. El Fideicomiso tiene derecho a averiguar si los gastos fueron para beneficio del beneficiario y no para otra persona.

Los fideicomisos pueden no abonar solicitudes para donaciones, ni se pueden hacer donaciones solidarias con los fondos del fideicomiso.

Gastos fúnebres: los fondos de un fideicomiso se pueden usar para pagar un acuerdo de funeral *prepago* del cliente en *vida*. El cliente puede aceptar un plan de pagos de un acuerdo fúnebre de una casa funeraria y enviar al fideicomiso las facturas de los pagos mensuales para su pago. NINGÚN FIDEICOMISO AGRUPADO *abonará los gastos fúnebres del cliente después de su muerte.*

5

18 NYCRR § 360-4.3(e)

¿CÓMO SE DA DE BAJA EL CLIENTE/BENEFICIARIO DEL FIDEICOMISO?

El cliente se da de baja del Fideicomiso cuando muere. El dinero que quede en el Fideicomiso después de la muerte del cliente queda en el Fideicomiso para beneficio de otras personas discapacitadas. NO podrá ser heredado por los parientes o herederos del cliente. Además, después de la muerte del cliente, el Fideicomiso presenta varias restricciones sobre qué gastos puede pagar para el cliente. El Fideicomiso NO pagará los gastos fúnebres después de la muerte del cliente. El Fideicomiso NO pagará las deudas que se deban a terceros, como terminar de pagar una hipoteca, deudas contraídas con la tarjeta de crédito, etc. El Fideicomiso TAMPOCO pagará los impuestos después de su muerte, ni las tasas administrativas de la herencia. Sin embargo, el Fideicomiso PUEDE pagar los gastos actuales del cliente en el momento de su muerte, como el alquiler y las facturas actuales.

El cliente se da de baja cuando ingresa a un hogar de ancianos. El tipo de presupuesto de Medicaid utilizado en los hogares para ancianos no permite que el cliente deposite sus ingresos en un fideicomiso para eliminar el “spend-down”. Cuando el cliente ingrese a un hogar para ancianos, dejará de hacer depósitos. El cliente puede aun así presentar solicitudes de gastos al fideicomiso para utilizar cualquier remanente.

El cliente puede darse de baja en cualquier momento dejando de hacer depósitos mensuales. Pero, si el cliente hiciera eso, su “spend-down” aumentará. El “spend-down” se

reduce solo durante el tiempo en que el cliente realice depósitos mensuales. En cada recertificación anual, Medicaid le solicitará documentos que prueben que se están realizando depósitos mensuales.

Se debe notificar al fideicomiso por escrito ante cualquier cambio en la participación en el Fideicomiso para liberar el depósito de seguridad remanente de un mes, si hubiera alguno.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Todas las oficinas locales de Medicaid pueden contar con equipos de contacto para solucionar problemas con el SNT.

Para la ciudad de Nueva York, se pueden usar los siguientes contactos sugeridos dentro del HRA. PRECAUCIÓN: hay un límite de tiempo para solicitar una audiencia imparcial, aunque esté intentado hacerlo de manera informal. ¡Esté atento a las fechas límite!

- **CASOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA:** cuando el cliente esté solicitando atención domiciliaria MLTC, CHHA o CASA, debe enviar la solicitud de Medicaid y los documentos del SNT al Departamento Central de Medicaid de HRA HCSP: HRA HCSP Central Medicaid Unit, 785 Atlantic Avenue, 7th Floor, Brooklyn, NY 11238
 - Persona de contacto: Yvette Poole-Brooks poolebrooksy@hra.nyc.gov
Teléfono (929) 221-2493 Fax. (718) 636-7848
- **CASOS DE ATENCIÓN NO DOMICILIARIA:** la solicitud de Medicaid y los documentos del SNT se pueden presentar en oficinas "regulares" de Medicaid desde donde se enviarán de forma interna al Departamento de Gasto Reducido
 - Persona de contacto: Eileen Fraser-Smith fraser-smithe@hra.nyc.gov
Teléfono (929) 221-0868/69 Fax. (718) 636-7847
 - Servicio de información sobre requisitos: Teléfono (929) 221-0865/66/67/68

ENLACES EN LÍNEA

<http://wnylc.com/health/14/>: Información general sobre fideicomisos para complementar necesidades

<http://www.wnyc.com/health/download/9/>: Resumen de capacitación sobre SNT publicado (actualizado en mayo de 2014) que explica el funcionamiento de los Fideicomisos para Complementar Necesidades (tanto individuales como agrupados). El Anexo incluye información sobre cómo se ven afectadas sus condiciones para obtener varios beneficios públicos.

<http://www.wnyc.com/health/entry/134/>: Formularios de prueba de discapacidad

<http://www.wnyc.com/health/entry/4/>, Lista de información de contacto de fideicomisos agrupados en el estado de Nueva York

Vea este [seminario grabado de David Silva, director asistente del Programa de Recursos Legales Evelyn Frank que explica el funcionamiento de los fideicomisos agrupados](https://www.youtube.com/watch?v=oRR7VM4HdJ4). (Julio 16, 2013) <https://www.youtube.com/watch?v=oRR7VM4HdJ4>

Visite el sitio del servicio de salud de Nueva York, NY Health Access en <http://nyhealthaccess.org>.

Grupo de Asesoramiento Legal de Nueva York (NYLAG) Programa de Recursos Legales Evelyn Frank 212.613.7310 eflrp@nylag.org Fax. 212.967.0725

/