

Visión general de Medi-Cal para el cuidado a largo plazo

A. Medi-Cal vs. Medicare

1. Medicare

Medicare es un programa de seguro federal pagado por las deducciones del Seguro Social. Todas las personas mayores de 65 años quien han contribuido al Seguro Social tienen derecho a los beneficios, también califican, las personas incapacitadas menor de 65 años quien han calificado para beneficios de incapacidad del Seguro Social por al menos dos años y personas con cáncer renal en la etapa final.

Medicare tiene varias partes que incluyen: Seguro de Hospital (Parte A) y Seguro Medico (Parte B). Las personas que califican para Seguro Social o beneficios de Retiro de Ferrocarril como trabajadores, dependientes, o sobrevivientes, califican para la Parte A, Seguro de Hospital, cuando cumplan 65 años. Si una persona no ha trabajado suficiente para calificar para beneficios, el/ella puede inscribirse en la Parte A y pagar mensualmente. Si compra seguro medico para Hospital de Medicare, esta persona también tiene que inscribirse en la Parte B, Seguro Medico.

Participantes en el programa de Medicare son responsables de pagar los copagos y deducibles así como los pagos mensuales para la cobertura de la Parte B. Medicare no se basa en la necesidad financiera. Cualquier persona que satisface los requisitos de edad, incapacidad, y/o requisitos de cobertura, es elegible.

Medicare no paga todos los gastos médicos, y suele ser suplementado con seguro privado (“medigap”), o consumidores pueden inscribirse en un plan de HMO que contrata con Medicare. Después de 3 días de hospitalización previa, Medicare pagará hasta 100% por los primeros 20 días de cuidado especializado en un hogar de ancianos. Para los 21-100 días después, el paciente pagará un copago. Las primas y copagos incrementan cada año. No habrá cobertura de Medicare para el hogar de ancianos después de 100 días en un solo periodo de beneficios.

Debe notar que Medicare solo paga por el “cuidado especializado” en un hogar de ancianos, no paga para “cuidado protector,” y la estancia media bajo Medicare en un hogar es de aproximadamente menos de 24 días. Entonces, pocos pueden depender en Medicare como un recurso para pagar los gastos sustanciales de un hogar de ancianos.

2. Medi-Cal

Medi-Cal es un programa combinado del gobierno federal y estatal diseñado para ayudar a pagar el cuidado medico para los beneficiarios de asistencia pública y otras personas de bajos ingresos. Aunque frecuentemente los beneficiarios de Medi-Cal también puedan recibir Medicare, el programa Medi-Cal no está relacionado con el programa de Medicare. Medi-Cal es un programa basado en la necesidad, y es financiado conjuntamente por los fondos de Medicaid, federales y estatales.

B. Elegibilidad bajo Medi-Cal

Los beneficiarios de SSI y otros beneficiarios relacionados categóricamente son elegibles automáticamente. Otros, cuyos ingresos los harían ineligibles para beneficios públicos, pueden calificar como “médicamente necesitado” si sus ingresos y recursos quedan dentro los límites de Medi-Cal (el límite de bienes para un individuo es \$2000).

Esto incluye:

- personas de bajos ingresos que son mayores de 65 años, ciegos o están incapacitados pueden calificar para el programa federal para personas de edad o incapacitadas con ingresos a nivel de pobreza (en ingles, Aged & Disabled Federal Poverty Level Program).
- personas de bajos ingresos con niños dependientes
- niños menores de 21 años
- mujeres embarazadas
- adultos médicamente indigentes en un hogar de ancianos especializado o bajo cuidado intermedio o personas quien califican por una exención comunitaria financiada por el Medi-Cal.

C. Parte del Costo

El estado establece un estándar básico y fijo para determinar los ingresos necesarios para sostenerse, “el estándar de mantenimiento necesario.” Desde el 1 de enero, 1990, el estándar de mantenimiento necesario para una persona sola de edad o incapacitada ha sido \$600 mensualmente; el nivel de las necesidades personales de un residente a largo plazo se queda a \$35 mensualmente para cada persona.

Individuos cuyos ingresos netos mensuales son más que la tasa pagado por el estado, pueden calificar para el programa si pagan o deciden pagar una porción de sus ingresos en gastos médicos mensuales. Esto se llama la parte del costo. Individuos elegibles bajo esta parte del programa tienen que pagar o hacerse responsables por una porción de sus cuentas medicas cada mes antes de que reciban cobertura. Medi-Cal paga el resto, si los servicios son cubiertos bajo el programa de Medi-Cal. Esto funciona como un deducible de seguro. La cantidad de la parte del costo es igual a la diferencia entre el estándar de mantenimiento necesario y sus ingresos netos mensuales no exentos.

Importante: Los beneficiarios de Medi-Cal quienes tengan una parte del costo más de \$500, Medi-Cal ya no pagarán sus primas de Medicare Parte B, se les va a deducir automáticamente del cheque de Seguro Social. Esto no aplica a beneficiarios de Medi-Cal quienes viven en un hogar de ancianos, a ellos se les continuara pagando la prima de Medicare Parte B.

Ejemplo #1

Mario es una persona de edad (65 años) cual vive solo en su casa y recibe \$1,300 al mes de su pensión y beneficios de seguro social. Sus recursos están dentro de los límites establecidos por el estado, es decir, \$2,000 o menos en finanzas disponible, pero su ingreso es muy alto.

| | |
|---------|--|
| \$1,300 | = Ingreso bruto de Mario |
| - 20 | = Deducción básica aplicada por Medi-Cal |
| 1,280 | = Ingreso neto mensual de Mario |
| - 600 | = Necesidad reconocido según el criterio básico del estado (para personas solas) |
| \$ 680 | = Parte del costo que debe pagar Mario cada mese para gastos médicos |

Aviso: Si el ingreso neto de Mario fuera \$1,235 o menos, seria elegible a Medi-Cal sin pagar una parte del costo bajo el programa de Nivel de Pobreza Federal para Ancianos y Discapacitados.

Ejemplo #2: Medi-Cal en un hogar de ancianos

Mario ingresa a un hogar de ancianos especializado. Sus ingresos siguen siendo \$1,200 mensuales.

| | |
|---------|--|
| \$1,200 | = Ingresos brutos no derivados del trabajo (Seguro Social) |
| - 35 | = Mantenimiento necesario para un residente a largo plazo |
| \$1,165 | = Parte del costo que debe pagar Mario al hogar de ancianos menos los gastos médicos no pagados por Medi-Cal |

* Los \$35 que quedan son para las necesidades personales de Mario.

Otras deducciones para su parte del costo:

Además de la “deducción de cualquier ingreso,” y el subsidio de mantenimiento necesario mensual, cualquier prima medica mensual también se puede deducir antes de determinar la parte del costo, por ejemplo la prima de Medicare Parte B. Otras deducciones se pueden hacer también, dependiendo en las circunstancias.

Por ejemplo, bajo un acuerdo legal, *Hunt v. Kizer*, los beneficiarios pueden usar facturas pasadas pendientes en las que el beneficiario mantiene responsabilidad legal, para reducir la parte del costo mensual de Medi-Cal. Algunos documentos originales que comprueban un balance pendiente se debe mostrar al trabajador de elegibilidad del condado. La parte del costo aumentará para reflejar el costo del balance pendiente, que podría, por ejemplo, resultar en no pagar la parte del costo hasta que las viejas facturas pendientes sean pagadas. Este proceso no es automático y hay que hablarlo con el trabajador de elegibilidad en el día de aplicación para Medi-Cal.

Bajo el acuerdo de *Johnson v. Rank*, los beneficiarios pueden usar su parte del costo para pagar fármacos o servicios que son médicamente necesarios y que no son cubiertos bajo el programa de Medi-Cal. Una receta medica vigente es necesaria y tiene que estar en el expediente del beneficiario en la facilidad. Esta receta necesita ser parte del plan de cuidado del médico. Después de que una copia de la receta y la cuenta se presenten a la facilidad, la facilidad descontará el costo de la parte del costo de ese mes, y pasará la cuenta al residente por la parte del costo que queda pendiente.

D. Que cubre Medi-Cal?

Medi-Cal paga los servicios de cuidado de salud que califican con la definición de “médicamente necesario.” Los servicios incluyen: algunas recetas (aunque el programa de Medicare para recetas medicas ahora cubre muchas de las recetas medicas), visitas médicas, servicios de salud para adultos durante el día, algo del cuidado dental, servicios de ambulancia, cierto cuidado dental, gastos de radiografía y laboratorio, dispositivos ortopédicos, anteojos, aparatos auditivos, algunos equipos médicos, etc.

Todos los servicios cubiertos, o lo que queda fuera de la parte del costo del cuidado del hogar de ancianos, se cubrirá si el individuo califica con los requisitos de ingresos o recursos. Algunos servicios como cuidado en el hogar, equipos médico duraderos, y algunas medicaciones requieren autorización previa.

Cuidado en un hogar de ancianos esta cubierto si hay una autorización previa por el médico/proveedor de cuidado de salud. Los residentes son ingresados por orden de un medico y su estadía debe ser “médicamente necesaria.” A los residentes se les permite mantener \$35 de sus ingresos mensuales como una asignación reservada para las necesidades personales. Residentes sin ingresos pueden aplicar para el programa “Supplemental Security Income/State Supplemental Program” (SSI/SSP), un programa de seguro e ingresos suplementales, y, si califican, recibirán un pago de \$50 como una asignación reservada para las necesidades personales.

Si el individuo califica para Medi-Cal, el o ella no necesita “medigap” privado o seguro de HMO para pagar los gastos, pero si tiene tal seguro, las primas se deducen del ingreso cuando se determine la parte del costo, y por eso el beneficiario no tiene que pagar nada. **Si la cobertura del HMO incluye beneficios de drogas, mantener la cobertura del HMO puede ser mas importante, puesto que el beneficiario continuara recibiendo los beneficios de drogas del HMO, que pueden ser mas comprensivas que la cobertura de Medicare Parte D.**

E. Limitaciones de recursos (propiedades/bienes)

Para calificar por Medi-Cal, el beneficiario tiene que demostrar que sus recursos disponibles son limitados. Desde el 1 de enero, 1989 el limite de bienes para una persona es de \$2,000.

Medi-Cal clasifica bienes como “exento” y “no exento.” Bienes exentos no tienen que ver en determinar elegibilidad; bienes no exento son contados. Si el solicitante tiene más de \$2,000 en bienes no exento, no calificará, a menos que reduzcan los bienes para consideración adecuada antes del fin del mes de aplicación.

La siguiente propiedad es generalmente exenta y, por lo tanto, no se cuentan para determinar la elegibilidad:

- **La casa:** totalmente excluida, si es la residencia principal. Incluye casa móvil, casa flotante, unidades si cualquier porción sirve como residencia principal del solicitante y inmuebles alrededor, contiguos, o relativos a la residencia. La propiedad se queda exenta si una persona en un hogar de ancianos o el representante de esa persona expresa el intento de regresar a la casa en la aplicación y declaración de datos de Medi-Cal, o si un individual “exento” vive en la casa, como un esposo, un menor de edad, un hijo ciego o discapacitado (de cualquiera edad) o hermano o hijo/a quien ha vivido en la casa continuamente por al menos un año antes que el solicitante ha entrado a un hogar de ancianos. Note que cuando la casa es exenta, se puede transferir sin penalidad y sin afectar la elegibilidad de Medi-Cal.
- **Otros bienes raíces:** puede ser exento si el valor neto en el mercado de la propiedad (menos cualquier gravámenes como hipoteca, prestamos, etc.) es \$6,000 o menos y el beneficiario esta “utilizando” la propiedad, por ejemplo, esta recibiendo ingresos anuales de al menos 6% del valor neto en el mercado. Propiedad usada como un negocio también puede ser exento si cumple con los estándares bajo el programa, por ejemplo, si se usa normalmente como un negocio, si reporta al IRS como un negocio, etc..
- **Bienes del hogar y artículos personales:** totalmente exentos.
- **Joyas:** Para una persona sola, anillos de matrimonio o de compromiso y reliquias de familia son totalmente exentos y otros artículos de joyas con un valor neto en el mercado total de \$100 o menos son exentos; para esposos, cuando un esposo esta en un hogar de ancianos, no hay limite en joyas exentas en la determinación de la elegibilidad el esposo institucionalizado.
- **Carros/Vehículos:** Un vehículo usado para transportación es exento.
- **Póliza de seguros de vida entera “whole”:** Un tipo de póliza que puede vender cuando quiera. Pólizas con un valor total en el momento de vender de \$1,500 o menos son exentas. Si el valor total de la póliza o pólizas excede de \$1,500, el valor de rescate en efectivo de las pólizas se considera parte de la reserva en efectivo de \$2,000. Si el valor de rescate en efectivo excede la reserva efectivo de \$2,000, el solicitante no calificara a menos que reduzca el valor de la póliza.
- **Póliza de seguro temporal “term”:** totalmente excluida.
- **Terrenos de entierros:** totalmente excluidos.
- **Plan de entierro pagado con antelación irrevocable de cualquier cantidad y \$1,500 en fondos de entierro designados:** No hay un límite en la cantidad de los fondos para un plan de entierro pagado con antelación irrevocable, pero los \$1,500 en fondos designados tienen que mantenerse separados de cada cuenta adicional. Interés acumulado en fondos de entierro también son exentos.
- **Cuentas individuales para la jubilación (IRA) y pensiones relacionadas con el trabajo:**
 - En el nombre del solicitante/beneficiario: El balance de la IRA o la pensión se considera inasequible si el solicitante/beneficiario recibe pagos periódicos de interés y principal.
 - En el nombre del esposo: El balance de la IRA o fondo de pensión esta totalmente exento de la consideración para calificación, y no se incluye en el “máximo de recursos del esposo” (CSRA).
- **Anualidades no relacionadas al trabajo:**
 - Anualidades compradas antes de 8/11/93: El balance se considera no disponible si el solicitante/beneficiario recibe pagos periódicos (de cualquiera cantidad) de interés y principal.
 - Anualidades compradas entre 8/11/93 y 3/1/96: Anualidades compradas entre 8/11/93 (la fecha en que cambio la ley federal) y 3/1/96 (la fecha en que cambio la ley de California) que no puede reestructurarse para satisfacer los nuevos requisitos seguirán ser considerados bajo las reglas anteriores (vea arriba). Hay que obtener un comprobante escrito de la compañía o agente que emitió o vendió la anualidad que dice que la anualidad no se puede reestructurar.

- Anualidades compradas en o después de 3/1/96 por el solicitante o el esposo del solicitante: El individuo y/o esposo tiene que tomar medidas para recibir pagos periódicos de interés y principal; hay que cambiar los pagos para agotar el balance de la anualidad en o antes del fin de la esperanza de vida del dueño de la anualidad. Anualidades estructuradas para exceder la esperanza de vida resultara en la denegación o la terminación de beneficios debido a la transferencia de bienes no exentos.
- **Aviso**: Anualidades compradas por el solicitante/beneficiario en o después de 9/1/04 será sujeto a recuperación de Medi-Cal cuando se muere el beneficiario.
- **Reserva de dinero en efectivo**: Solicitante/beneficiario puede conservar hasta \$2,000 en bienes líquidos, por ejemplo, cuenta de ahorro, cuenta corriente, o valor de dinero en efectivo de seguro de vida.
- **“Máximo de recursos del cónyuge” (CSRA)**: Cónyuge comunitario (cónyuge que vive en la casa) puede retener hasta \$120,900 bienes líquidos, no incluye la casa.

Todos los bienes que exceden el límite de la reserva de propiedad de \$2,000 o \$120,900, en el caso de un cónyuge comunitario, o cualquier bienes que no son exentos se consideraran en el proceso de determinar elegibilidad bajo Medi-Cal.

F. La Casa

La casa de un beneficiario de Medi-Cal sigue siendo exenta de consideración como recurso bajo una variedad enorme de circunstancias. Estas se explican en el código “W&I” de §14006(b). Bajo estas estipulaciones, la casa sigue considerada como una exenta residencia principal si:

1. Durante cualquier ausencia, incluye una estancia en hogar de ancianos, el individuo se propone regresar a la casa y lo dice por escrito. Si el beneficiario esta incapacitado, un miembro de la familia o alguien que esta actuando por su parte puede expresar el intento.
2. El cónyuge del individuo, un hijo menor de 21 años, o un pariente dependiente sigue viviendo en la casa.
3. En hermano del beneficiario vive en la casa, quien tiene un interés capital en la casa, o vive un hijo quien ha vivido allí continuamente por al menos un año antes de la fecha en que el beneficiario entro al hogar de ancianos.
4. Hay obstáculos legales que previenen la venta y el solicitante/beneficiario provee evidencia de intentos de sobresalir de estos obstáculos.
5. La casa es una unidad de vivienda múltiple, que en una de las unidades vive el solicitante.

Solo porque la casa es exenta para propósitos de elegibilidad no significa que la casa esta inmunda contra reclamación de los bienes después de la muerte del beneficiario. Vea el folleto de CANHR sobre la Recuperación de Medi-Cal, http://www.canhr.org/medcal/PDFs/Medi-Cal_Recovery_spanish.pdf, para mas información sobre el programa de recuperación de Medi-Cal).

Intento de regresar

La residencia principal es exenta basada en el intento subjetivo de una persona para regresar, aunque el/ella jamás podrá tener la habilidad de regresar a su residencia. Si el solicitante no puede completar la aplicación, su representante puede indicar su intención. El trabajador de elegibilidad no puede restringir de ninguna manera, el proceso de indicar su intención. Mientras cuando el solicitante o beneficiario declare un intento de regresar a casa en su aplicación de Medi-Cal, la casa será tratada como la residencia principal, exenta de ser contada como un recurso por el Medi-Cal.

A menos que el solicitante solicite la deducción de ingresos para el mantenimiento y la reparación del hogar de acuerdo con Título 22, Sección 50605, el condado no puede requerir cualquier tipo de autenticación del habilidad actual del individuo regresar al hogar. Si el aplicante o su representante dice incorrectamente que no

hay el intento de regresar y hace una corrección mas tarde, el condado tiene que aceptar la corrección. (Vea ACWDL Num. 95-48 y 00-11)

“Intento de regresar a casa” también mantendrá la casa exenta si el cónyuge comunitario se muere primero pero solo por la vida del cónyuge institucionalizado. Solicitantes/beneficiarios tal vez querrian transferir la casa completamente al cónyuge comunitario para evitar una reclamación contra la herencia después de la muerte del cónyuge sobreviviente. Además, si el cónyuge comunitario muere primero, la casa probablemente resultara en que la propiedad necesitara la verificación oficial de los testamentos del cónyuge institucionalizado, y puede ser consumida por la recuperación de Medi-Cal.

G. Otros Bienes Raíces/Propiedad Comercial

Bienes raíces aparte de la residencia principal puede ser exenta si el valor del mercado neto de la propiedad (menos los gravámenes) son de \$6,000 o menos y si el beneficiario esta “utilizando” la propiedad, como si esta recibiendo ingresos anuales de al menos 6% del valor del mercado neto. El valor del mercado neto es el valor de tasación o valor estimado (cual usualmente es menos), libre de cargas, cual sea menos.

Requisitos de utilización

Otros bienes raíces tienen que satisfacer los requisitos de utilización para ser exento. Esto significa que la propiedad tiene que generar al menos 6% al año del valor del mercado neto. Si la propiedad no genera ingresos, el valor del mercado neto total de la propiedad se contara. (22 CCR § 50416(b),(j))

Buena Causa

Si el solicitante ha hecho esfuerzos de buena fe para cumplir con los requisitos de utilización, pero es incapaz de hacerlo, el período de utilización puede extenderse indefinidamente y el solicitante puede ser elegible. Por ejemplo, si el solicitante ha hecho esfuerzos de buena fe para vender la propiedad, pero es incapaz de hacerlo, la propiedad no se incluirán en los recursos contables. Tenga en cuenta que las regulaciones incluyen criterios específicos de lo que constituye esfuerzos de venta de buena causa y de buena fe (§§ 50416, 50417).

Valor del mercado

El valor del mercado de la propiedad es muy importante, puesto que esta usado para determinar el valor del mercado neto. El valor del mercado de bienes raíces en California:

- el valor evaluado determinado bajo la evaluación de impuestos mas reciente o
- el valor apreciado por un apreciador calificado para bienes raíces.

El valor del mercado de bienes raíces fuera de California es uno de los que sigue, cualquier sea menos:

- el valor establecido por el método de evaluación usando donde la propiedad esta localizada o
- el valor apreciado por un apreciador calificado para bienes y raíces.

Propiedad comercial

Propiedad usada enteramente o en parte como un negocio o como una manera de hacerse autosuficiente es exenta. Propiedad real usada para alquilar, sin embargo, no estará exenta a menos que pueda probar que la propiedad esté claramente tenido como un negocio. Si el solicitante puede mostrar con la declaración de impuestos o otra prueba que la propiedad es claramente un “negocio” no solo una propiedad de inversión, puede ser exenta. (22 CCR §50485(d), ACWDL 91-28)

Ingresos de bienes raíces

Si un beneficiario de Medi-Cal esta alquilando propiedad, incluyendo la residencia principal, los ingresos netos de la propiedad es usado para determinar la parte del costo. Ciertos gastos se descuentan de los ingresos brutos de alquiler para determinar los ingresos netos. Estos incluyen impuestos y evaluaciones, pagos de interés (no principal), seguro, utilidades, mantenimiento y reparación.

Mantenimiento y reparación son el mayor de otros: la cantidad actual gastada en mantenimiento y reparación durante el mes, o 15% del valor de alquiler mensual bruto, con un \$4.17 adicional cada mes. (22 CCR

§50508) Note que las otras calculaciones se usan para ingresos de alquiler de cuartos, alquiler de unidades en una unidad de vivienda múltiple u otras viviendas en la propiedad. (22 CCR §50508)

Manteniendo la casa para el retorno del residente a largo plazo (LP)

En adición de los \$35 para necesidades personales e incidentales, una persona en cuidado a largo plazo puede mantener una cantidad de sus ingresos para el mantenimiento del hogar si satisfacen todas de las condiciones que siguen:

- El cónyuge o la familia del residente LP no están viviendo en el hogar.
- El hogar, si esta alquilado o el residente LP es el dueño, esta en realidad mantenido para la regresa del residente LP.
- Hay una declaración medical verificada que dice que el residente regresará al hogar dentro de seis meses.

La cantidad permitida para mantenimiento del hogar depende en las circunstancias de vida del residente LP. (Vea 22 CCR §50605(c))

H. Gastando Recursos/Regalando Bienes

Recursos tienen que reducir hasta el limite de bienes (\$2,000) por lo menos un día durante el mes cuando una persona esta tratando de establecer elegibilidad. Regalar bienes no exentos puede resultar que la persona sea inelegible por un periodo de tiempo que empieza desde la fecha de transferencia de bienes.

Penalidades de transferencia o de regalar bienes no exentos solo aplican si un beneficiario de Medi-Cal o solicitante entra a un hogar de ancianos. Si un solicitante vive en su casa y regala bienes, la penalidad no aplicara. Las reglas de transferencia entran en vigor cuando una persona entra a un hogar de ancianos y apliquen para Medi-Cal. La solicitud de Medi-Cal preguntara si el solicitante transfirió algunos bienes durante los 30 meses antes de la fecha de la solicitud. Las reglas de transferencia aplican solamente a los bienes no exentos (contables).

Una transferencia de bienes no exentos puede resultar en un periodo de inelegibilidad que es el menos de los 30 meses o el valor de los bienes transferidos, dividido entre el promedio de la tasa media de pago privado (APPR) a la hora de la aplicación. Actualmente el promedio de la tasa media de pago privado (APPR) es de \$8,515. (es posible cambiar en Abril 2018)

Ejemplo:

Si María transfiere \$15,000 a su hijo en enero 2017, y aplica para Medi-Cal en febrero del 2017. Como María esta en un hogar de ancianos, un periodo de transferencia entrara en vigor. La cantidad transferida (\$15,000) se divide entre el APPR de 2017 (\$8,515), y María estará sujeta a un periodo de inelegibilidad de 1.8 meses. Puesto que California no cuenta meses parciales, ella estará inelegible por un mes, corriendo desde la fecha de la transferencia (enero 2017). Entonces, María no estará elegible para enero 2017, pero tendrá elegibilidad empezando el 1 de febrero 1, 2017.

Ejemplo:

Si María transfiere \$9,500 a su hijo y \$9,500 a su hija en enero 2017, cada transferencia se calcula por separado. Cada cantidad transferida, (\$9,500) se divide entre el APPR del 2015 de \$8,515, y María estará inelegible solamente para enero de 2017.

Aviso: Bienes en cualquier cantidad se puede transferir en cualquier tiempo a un hijo ciego o incapacitado de cualquier edad. La incapacidad del hijo tiene que satisfacer los requisitos bajo la ley de seguro social, el hijo tiene que ser elegible para beneficios de incapacidad bajo SSA o SSI. Transferencia de una casa o bienes a un hijo ciego o incapacitado no afectara el beneficiario de Medi-Cal o la elegibilidad del solicitante. Sin embargo, una transferencia de bienes líquidos tal vez afectara los bienes de un hijo que esta recibiendo beneficios de SSI, en este caso hay que consultar a un especialista de SSI.

I. Las Leyes que protegen al cónyuge en el hogar

La ley de California permite que el cónyuge comunitario conserve una cierta cantidad en recursos no exentos disponibles a la pareja en el momento de aplicación. Este “máximo de recursos del cónyuge” (CSRA) incrementa cada año con arreglo al índice de precio del consumidor (“Consumer Price Index”). El máximo de recursos del esposo (para el 2017) es \$120,900.

Bienes separado se considerara en el total de recursos y estará sujeto al límite de \$120,900. Sin embargo, solo los recursos no exentos se cuentan en los recursos combinados y contables del esposo en el momento de aplicación para Medi-Cal. Entonces, IRA's en el nombre del cónyuge comunitario, bienes del hogar, artículos personales, un carro, la casa, joyas, etc. son completamente excluidos no importa el valor, y el cónyuge que vive en casa puede retener esto, así como el máximo de recurso (CSRA) de \$120,900.

Recursos adquiridos después de que el cónyuge entre la facilidad, y antes de que empiece el Medi-Cal, no son protegidos y se considerara en el momento de aplicación. Sin embargo, cuando el cónyuge califica para Medi-Cal, cualquier recurso adquirido después de elegibilidad del cónyuge comunitario son protegidos y no afectara la elegibilidad del cónyuge institucionalizado. Por ejemplo, si el cónyuge comunitario hereda \$100,000 después de que el cónyuge que reside en el hogar de ancianos estaba in Medi-Cal, puede mantener sin afectar la elegibilidad de otro cónyuge. Recursos en posesión antes de la institucionalización del cónyuge se puede transferir bajo ciertas condiciones.

Gastando recursos: Un cónyuge puede gastar recursos en cualquier cosa, no importa si es para el beneficio del cónyuge u otra persona. Una hipoteca de una propiedad llevando el nombre de ambos cónyuges se puede pagar en total por el cónyuge institucionalizado sin un periodo de inelegibilidad después de una transferencia de bienes menos del valor del mercado justo.

Ingresos: La ley de California permite al cónyuge comunitario retener un Asignación Mensual de Ingresos Necesarios para Sostenerse (en ingles, Maximum Monthly Maintenance Needs Allowance, o MMMNA) de \$2,981. Esta cantidad se ajusta anualmente por un incremento de costo de vivienda. El cónyuge comunitario puede retener cualquier ingreso recibido en solo su nombre. Es importante notar que la cantidad \$3,023 solo es lo menos que puede conservar.

Entonces, si los ingresos del cónyuge comunitario es menos que el MMMNA de \$3,023, el/ella puede recibir un asignación de los ingresos del cónyuge institucionalizado; registrar para una vista judicial para incrementar la asignación de recursos permitidos para el cónyuge que permanece en el hogar en régimen de bienes de ganancia (CSRA o, en inglés, Community Spouse Resource Allowance) para generar ingresos adicionales; y/u obtener una orden judicial para obtener recursos que generan ingresos adicionales. Con los tipos de interés actuales, puede ser más fácil para un cónyuge comunitario retener sus recursos por encima de la CSRA, si sus ingresos son bajos. Igualmente, si los ingresos del cónyuge comunitario que solo están en nombre de el/ella exceden el \$3,023 MMMNA, el cónyuge comunitario puede retener todo. Por ejemplo, si el cónyuge que reside en la casa recibe \$5,000 por mes de ingreso, el/ella puede retener todo ese ingreso, pero no recibirá una asignación del cónyuge que vive en el hogar de ancianos, debido a que el ingreso del cónyuge comunitario es mas de \$3,023 MMMNA.

J. Asignación Familiar

Las leyes federales y estatales permiten una asignación familiar para el apoyo de un "miembro de familia" cuando hay un cónyuge en la comunidad. Esta asignación se paga con los ingresos de un cónyuge institucionalizado. Miembros de la familia incluyen sólo los menores de edad naturales o adoptados, hijos o padres dependientes, y hermanos del cónyuge institucionalizado o comunitario. Los miembros de familia deben vivir con el cónyuge de la comunidad. Para que los hijos reciben la asignación familiar máxima, debe haber un cónyuge en la comunidad. Los abuelos que tienen custodia legal sobre sus nietos se han visto afectados por esta regla onerosa, y los niños acogidos temporalmente no son considerados "hijos" ni "miembros de familia" para el propósito de beneficios de Medi-Cal a largo plazo.

La asignación familiar máxima se utiliza para determinar la cantidad de ingresos que el cónyuge institucionalizado puede adjudicar a los miembros de la familia. Esta cantidad incrementa anualmente. La cantidad actual es \$2003, efectiva desde el 1 de julio 2016 hasta el 30 de junio 2017. Por supuesto, la asignación sólo es posible si el cónyuge institucionalizado tiene ingresos suficientes que sobran después de la asignación al cónyuge de la comunidad (MMMNA).

La asignación familiar se determina caso por caso para cada miembro de la familia. Cualquier ingreso se deduce de la asignación máxima, y el resto se divide por 3 para llegar a la máxima asignación. Si el hijo o los hijos no reciben ingresos, la cantidad máxima de la asignación familiar sería \$667.67 por cada niño.

Ejemplo

| | |
|-------------|---|
| \$ 2003 | (asignación familiar máxima) |
| <u>-300</u> | (Ingreso de Seguro Social recibido por niño) |
| 1,703 | dividido por 3 = \$567.67 <i>asignación máxima para cada niño de la familia</i> |

(vea: MEDIL I 16-08; Forma MC 176 W, sección IX)

K. Consideraciones Éticas

Requisitos de reducción de bienes por lo general se pueden manejar y documentar fácilmente, y puede ser tentador para muchos abogados que asesoran a los clientes a reducir el exceso de bienes en la compra de bienes exentos antes de entrar a un hogar de ancianos. Hay que saber que puede ser difícil encontrar una colocación en un hogar de ancianos para una persona que ha gastado todos sus recursos o quien tiene bajos recursos.

Aunque requisitos de “duración de visita,” como requerir pagos privados para un periodo fijo de tiempo, son ilegales, hogares de ancianos pueden y en realidad reseñan las finanzas de residentes potenciales antes de admisión. En general, no están dispuestos a aceptar a los residentes que son elegibles para Medi-Cal en el momento de admisión. Lo mas tiempo que la persona pueda pagar privadamente, hay mas opciones disponibles con respecto a una colocación en un hogar de ancianos.

Además, un paciente que paga privadamente puede recibir un nivel de servicio más alto, como un cuarto privado, al pesar de que aunque los familiares de los residentes de hogares de ancianos están ahora autorizados a complementar la tasa de Medi-Cal para pagar por servicios no cubiertos, tales como habitaciones privadas, televisión o servicio de teléfono. Estos factores se deben considerar cuando avisa a clientes como reducir recursos excedentes. Cuando un residente ha entrado en un hogar de ancianos certificado para aceptar Medi-Cal, el hogar no puede transferir o desahuciar el residente simplemente por razones de un cambio de pagos privados a pagos de Medi-Cal. Entonces, a menos que un cliente pueda pagar privadamente para un periodo de tiempo indefinido, suele avisar a el/ella que busque un hogar de ancianos certificado para aceptar Medi-Cal.

L. Recuperación de Medi-Cal

Los beneficiarios de Medi-Cal y sus cónyuges siempre deben estar al tanto de las reglas de recuperación de Medi-Cal y planificar el futuro si se quiere evitar la recuperación en su casa u otros activos. Para obtener información detallada sobre el programa de recuperación de Medi-Cal, consulte el folleto de CANHR sobre la Recuperación de Medi-Cal, http://www.canhr.org/medcal/PDFs/Medi-Cal_Recovery_spanish.pdf.

Para obtener más información detallada acerca de Cuidado a Largo Plazo Medi-Cal, solicite una copia de la CANHR "Si usted piensa que necesita un hogar de ancianos: Guía del Usuario de las consideraciones financieras y de elegibilidad de Medi-Cal"

(<http://www.gifttool.com/shop/ShopProductDetails?ID=1325&VER=1&LNG=EN&PID=35502&DID=776>)