

Suplemento A de Access NY

Debe llenarse este Suplemento si la persona que lo solicita:

- Tiene 65 años o más
- Es ciega o discapacitada certificada (de cualquier edad)
- No es discapacitada certificada pero es enferma crónica
- Está institucionalizada y solicita la cobertura de la atención en un hogar de ancianos.
Esto incluye atención hospitalaria que sea equivalente a la atención en un hogar de ancianos.

Nota: si está solicitando solo el Programa de ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), no debe llenar este Suplemento.

INSTRUCCIONES:

- Debe llenar las Secciones A a F de este Suplemento y firmarlo.
- En caso de que usted o un miembro de su hogar estén solicitando cobertura de la atención en un hogar de ancianos, usted debe llenar también las secciones G a I.

A. Se llena este Suplemento para:

Apellido legal	Nombre legal	Inicial de segundo nombre	Número de Seguro Social	Estado civil

Nota: las preguntas que siguen son para la(s) persona(s) nombradas anteriormente.

B. Ciegos, discapacitados o enfermos crónicos

1. ¿Es usted un enfermo crónico? Sí No
(Ejemplos de enfermo crónico es alguien que no podrá trabajar por un mínimo de 12 meses debido a una enfermedad o lesión, o que tiene una enfermedad o impedimento discapacitante que ha persistido o que se espera que persista por 12 meses).

2. ¿Es usted ciego certificado por la Comisión para personas ciegas o con discapacidades visuales?
(En caso afirmativo, envíe los comprobantes) Sí No

3. Si usted es discapacitado y trabaja, ¿está interesado en solicitar el programa MBI-WPD? Sí No
El Programa de afiliación a Medicaid para personas discapacitadas que trabajan (MBI-WPD, por sus siglas en inglés) ofrece cobertura de Medicaid a las personas con discapacidades, que trabajan y que tienen como mínimo 16 años pero menos de 65 años. El programa acepta niveles superiores de ingresos que el programa usual de Medicaid para que las personas discapacitadas que trabajan puedan ganar mejor y mantener su cobertura de Medicaid.

C. ¿Vive usted en un establecimiento residencial para adultos o de residencia asistida? Sí No

D. Recursos/Activos (marque la casilla que corresponda):

Usted solicita cobertura de Medicaid pero no cobertura de los servicios comunitarios de atención a largo plazo. Debe declarar bajo juramento el monto de sus recursos. No tiene que presentar documentación de sus recursos. Esta cobertura no incluye atención en hogares de ancianos, atención en el hogar, ni ninguno de los servicios comunitarios de atención a largo plazo que se enumeran a continuación.*

Usted solicita cobertura de servicios comunitarios de atención a largo plazo. Debe presentar documentación del monto actual de sus recursos.* Estos servicios incluyen:

- Atención diurna de la salud para adultos
- Atención limitada en el hogar por profesionales licenciados
- Enfermería privada
- Cuidados paliativos en la comunidad
- Programa residencial en hogares de cuidados paliativos
- Programa de asistencia para la vida diaria
- Programa de asistencia personal orientado a los consumidores
- Servicios de agencia certificada para la atención de la salud en el hogar
- Atención en establecimientos de tratamiento residencial
- Servicios personales de respuesta ante emergencias
- Servicios de atención persona
- Atención administrada a largo plazo en la comunidad
- Dispensas y otros servicios provistos a través de un programa residencial o comunitario de dispensas

Nota: algunos ejemplos de programas residenciales y comunitarios que ofrecen dispensas y otros servicios son el Programa de daños cerebrales por traumatismo y el Programa de atención de la salud en el hogar a largo plazo.

Usted está institucionalizado y solicita la cobertura de la atención en un hogar de ancianos. Debe presentar documentación de sus recursos desde el 1 de febrero de 2006, o los últimos 60 meses, el plazo que sea menor.

* Es posible que sea reúna las condiciones para recibir servicios de rehabilitación a corto plazo. Los servicios de rehabilitación a corto plazo incluyen un comienzo/admisión en un período de 12 meses por hasta 29 días consecutivos de atención en hogares de ancianos y/o atención de la salud en el hogar por profesionales certificados.

Enumere todos los recursos propios y/o de su cónyuge/sus padres, incluidas las cuentas para tutela. **Si está solicitando cobertura de la atención en un hogar de ancianos**, enumere también las cuentas que haya cerrado desde el 1 de febrero de 2006, o en los últimos 60 meses, el plazo que sea menor; incluya el saldo al cierre y una explicación de adónde se transfirió el saldo o cómo se gastó. En una hoja separada, incluya una explicación de cada transacción por \$2,000 o más. **Nota:** Medicaid se reserva el derecho de evaluar todas las transacciones efectuadas durante el período retrospectivo de revisión de las transferencias.

1. Cuentas corrientes/cajas de ahorro/de uniones de crédito/certificados de depósito (CD):

Nombre del banco y número de cuenta	Nombre del/de los titular(es)	Monto actual en dólares	Saldo de la cuenta cerrada/ Fecha de cierre
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

2. Cuentas de pensión (Compensación diferida, IRA y/o Keogh):

Número de cuenta	Nombre del/de los titular(es)	Tipo/Institución	Monto actual en dólares	Saldo
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

3. Pólizas de seguro de vida:				
Compañía de seguros	Número de póliza	Nombre del/de los titular(es)	Valor en efectivo	Valor nominal
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

4. Rentas vitalicias, acciones, bonos, fondos mutuos:			
Nombre del/de los titular(es)	Compañía	Fecha de adquisición	Valor
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

5. Cuentas fiduciarias: en caso de que usted y/o su cónyuge hayan creado o sean beneficiarios de un fideicomiso, presente una copia del fideicomiso, incluida la indicación de los activos que forman el fondo fiduciario.					
Nombre del fideicomiso	Fideicomitente	Fideicomisario	Activos	Beneficiario	Ingresos
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$

6. Activos/contratos para servicios fúnebres: (incluir copias)

¿Usted y/o su cónyuge tienen un contrato prepagado para servicios fúnebres para usted o para otro miembro de su familia? Sí No

¿Usted y/o su cónyuge tienen una parcela o espacio donde serán sepultados usted u otro miembro de su familia? Sí No

¿Usted y/o su cónyuge tienen dinero en una cuenta bancaria destinado como fondo para servicios fúnebres? Sí No
Si la respuesta es **Sí**, ¿en qué cuenta(s) se encuentra su fondo para servicios fúnebres y/o el fondo de su cónyuge?

Nombre del banco y número de cuenta	Nombre del/de los titular(es)	Valor
		\$
		\$
		\$

¿Tiene seguro de vida que será utilizado como fondo para su servicio fúnebre? Sí No
Si la respuesta es **Sí**, ¿cuál es el número de póliza(s)? _____
Si la respuesta es **Sí**, ¿todo el valor en efectivo debe utilizarse para los gastos de su servicio fúnebre? Sí No

¿Su cónyuge tiene seguro de vida que será utilizado como fondo para su servicio fúnebre? Sí No
Si la respuesta es **Sí**, ¿cuál es el número de póliza(s)? _____
Si la respuesta es **Sí**, ¿todo el valor en efectivo debe utilizarse para los gastos del servicio fúnebre? Sí No

7. Vehículo(s): enumere todos los automóviles, camiones y furgonetas. Especifique todos los vehículos recreativos, incluidas casas rodantes, vehículos para nieve, embarcaciones y motocicletas.				
Nombre del/de los titular(es)	Año/Marca/Modelo	Valor justo de mercado	Monto que se adeuda	¿En uso?
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

8. Valor contable de la vivienda:

Si usted es propietario de su vivienda, ¿cuál es el valor contable de la casa? \$ _____

Nota: el valor contable es el valor justo de mercado menos los gravámenes, las hipotecas, etc., pendientes de pago.

9. Enumere los recursos adicionales:

Tipo de recurso	Nombre del/de los propietario(s)	Valor
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

E. Bien inmueble (distinto de su vivienda)

¿Usted y/o su cónyuge son propietarios o tienen algún interés legal sobre cualquier otro bien inmueble?

(marque los que correspondan)

Sí No

<input type="checkbox"/> Propiedad en alquiler	<input type="checkbox"/> Propiedad para vacaciones	<input type="checkbox"/> Tiempo compartido	<input type="checkbox"/> Terreno vacío	<input type="checkbox"/> Otros derechos de propiedad (dentro o fuera del estado de Nueva York)
--	--	--	--	--

Si la respuesta es **Sí**, responda las siguientes preguntas:

Nombre y dirección del/de los propietario(s)	Dirección de la propiedad	Tipo de propiedad (marque uno)	Valor contable
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Copropiedad <input type="checkbox"/> Usufructo de por vida	\$
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Copropiedad <input type="checkbox"/> Usufructo de por vida	\$
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Copropiedad <input type="checkbox"/> Usufructo de por vida	\$
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Copropiedad <input type="checkbox"/> Usufructo de por vida	\$

F. Finca

1. ¿Usted y/o su cónyuge son propietarios de su vivienda o tienen algún interés legal sobre ella, incluido el usufructo de por vida?

Sí No

2. En caso de que se encuentre en un establecimiento médico y sea propietario de su vivienda, ¿tiene la intención de regresar a su casa?

Sí No

3. Si la respuesta es **No**, ¿vive alguien en la casa?

Sí No

¿Quién vive en la casa? _____

¿Qué parentesco tiene esa persona con usted y/o con su cónyuge? _____

En caso de que usted y/o el hijo de su cónyuge (de cualquier edad) estén viviendo en la casa, ¿el niño es discapacitado?

Sí No

Nota: si hay algún impedimento legal que le prohíba vender la propiedad, la propiedad no se computa para determinar la elegibilidad para Medicaid.

DETÉNGASE AQUÍ a menos que usted o alguno de los miembros de su grupo familiar esté institucionalizado y esté solicitando cobertura para la atención en hogares de ancianos. De cualquier forma, **DEBE** firmar la última página de este documento.

G. Solicitante que vive en un establecimiento de atención a largo plazo/hogar de ancianos

Nombre del establecimiento	Fecha en que fue admitido / /	Número de teléfono ()	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección anterior del solicitante	Ciudad	Estado	Código postal

H. Transferencias de activos

1. Transferencias

- a. ¿Usted, su cónyuge o alguien que actúe en su nombre han transferido, cambiado la titularidad, donado o vendido activos, incluida su vivienda y otros bienes inmuebles? Sí No
- b. ¿Está usted en proceso de vender alguna propiedad? Sí No
- c. ¿Usted, su cónyuge o alguien que actúe en su nombre han modificado la escritura o la titularidad de algún bien inmueble, incluido para crear un usufructo de por vida? Sí No
Si la respuesta es **Sí**, ¿cuándo? _____
- d. Si usted adquirió un usufructo de por vida sobre la vivienda de otra persona, ¿vivió usted en esa vivienda durante un mínimo de un año después de haber adquirido el usufructo de por vida? Sí No
- e. ¿Usted, su cónyuge o alguna persona que actúe en su nombre suscribieron una hipoteca, un préstamo o un pagaré? Sí No
Si la respuesta es **Sí**, ¿cuándo? _____
- f. ¿Usted, su cónyuge o una persona que actúe en su nombre adquirieron o cambiaron una renta vitalicia? Sí No
Si la respuesta es **Sí**, ¿cuándo? _____

2. En los últimos 60 meses, ¿usted o su cónyuge establecieron o transfirieron activos dentro o fuera de un fideicomiso? Sí No

En caso de que haya respondido Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, explique la(s) transferencia(s) a continuación. Agregue hojas adicionales si lo necesita.

Descripción del activo (incluidos los ingresos)	Fecha de la transferencia	Transferido a	Monto de la transferencia
			\$
			\$
			\$
			\$

3. ¿Usted, su cónyuge o alguna persona que actúe en su nombre han hecho algún depósito a cualquier establecimiento de atención de la salud o residencial, por ej., un hogar de ancianos, un establecimiento de residencia asistida, una comunidad de retiro con atención permanente o una comunidad de atención de por vida? **Si la respuesta es Sí, envíe una copia del contrato.** Sí No

I. Declaraciones de impuestos

- ¿Usted y/o su cónyuge presentaron declaraciones de impuestos a los ingresos en los EE.UU. en los últimos cuatro años? **Si la respuesta es Sí, envíe copias de dichas declaraciones.** Sí No

Cuando reciba Medicaid, podría presentarse un gravamen y se pueden recuperar los gastos por ejecución de su bien inmueble en ciertas circunstancias, en caso de que usted esté en una institución médica y no se espere que regrese a su hogar. Se puede recuperar el Medicaid pagado en su nombre de las personas que tenían la responsabilidad legal de mantenerlo en el momento en que se prestaron los servicios. Medicaid también puede recuperar el costo de los servicios y las primas que se hayan pagado incorrectamente.

Las leyes federales y del estado establecen que las transferencias de activos inferiores al valor justo de mercado efectuadas por una persona o por el cónyuge de una persona dentro del período retrospectivo de revisión de los activos (o de 60 meses en el caso de las transferencias relacionadas con fideicomisos) anteriores al primer día del mes en el que la persona recibe los servicios en el hogar de ancianos, y que de otro modo se determina que es elegible para cobertura de los servicios en el hogar de ancianos por parte de Medicaid, pueden hacer que la persona resulte no elegible para los servicios del hogar de ancianos en determinado período.

Como condición para la cobertura de los servicios del hogar de ancianos por parte de Medicaid, los solicitantes deben hacer una declaración de la descripción de los intereses que la persona o su cónyuge tengan en rentas vitalicias. Esta declaración es necesaria independientemente de que la renta vitalicia sea irrevocable o un recurso contable.

Además de la adquisición de rentas vitalicias, ciertas transacciones efectuadas a la renta vitalicias por el solicitante o su cónyuge el 8 de febrero de 2006 o después de esa fecha pueden ser consideradas transferencias a menos que:

- Se nombre al estado como beneficiario residual en primer lugar como mínimo por el monto pagado por Medicaid en nombre del receptor de la renta vitalicia; o
- Se nombre al estado en segunda posición después de un cónyuge de la comunidad, de un menor, o de un hijo discapacitado, o en primer lugar si el cónyuge o el representante del niño renuncian al monto restante que sea inferior al valor justo de mercado.

Si no se presenta documentación que permita verificar que el Estado ha sido nombrado beneficiario residual, es posible que usted no reúna las condiciones para la cobertura de los servicios de hogares de ancianos.

En caso de que la renta vitalicia sea un recurso contable en el momento de la solicitud, usted/su cónyuge no deben nombrar al estado como beneficiario residual.

Bajo pena de declaración fraudulenta, certifico que la información de este formulario es correcta y completa a mi leal saber y entender. Comprendo que debo informar los cambios que se produzcan en esta información en un plazo no mayor de 10 días de producirse.

X _____
FIRMA DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE

X _____
FECHA DE FIRMA

X _____
FIRMA DEL CÓNYUGE DEL SOLICITANTE

X _____
FECHA DE FIRMA