

Complemento A

(Complemento de la solicitud de Access NY Health Care DOH-4220)

Este complemento debe completarse si quien presenta la solicitud:

- Tiene 65 años o más
- Tiene ceguera certificada o discapacidad certificada (de cualquier edad)
- No tiene una discapacidad certificada pero está enfermo de gravedad
- Está internado y solicita cobertura de atención en un hogar de ancianos.
Esto incluye atención hospitalaria que sea equivalente a la atención en un hogar de ancianos.

Nota: Si está presentando su solicitud solo para el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP), no es necesario completar este complemento.

INSTRUCCIONES:

- Debe completar las Secciones de la A a la E y firmar este complemento.
- Si usted o alguien en su grupo familiar solicita cobertura de atención en un hogar de ancianos, también debe completar también las Secciones de la F a la G.

A. Información del solicitante y del cónyuge

1. Solicitantes para quienes se llena este Complemento:

| Apellido legal | Nombre legal | Inicial del segundo nombre | Estado civil | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento | Si ya falleció, coloque la fecha de fallecimiento |
|----------------|--------------|----------------------------|--------------|-------------------------|---------------------|---|
| | | | | | / / | / / |
| | | | | | / / | / / |

¿Alguna de las personas antes mencionadas:

- tiene una enfermedad crónica? Sí No
(Ejemplos de enfermos crónicos son las personas que no pueden trabajar al menos por 12 meses debido a una enfermedad o lesión, o debido a que tienen una enfermedad o discapacidad que haya durado o se espere que dure 12 meses).
- tiene una ceguera certificada por la Comisión como ceguera y discapacidad visual? Sí No
(Si la respuesta es sí, envíe un comprobante).
- está interesado en presentar una solicitud para el Programa MBI-WPD? Sí No
El programa de Compra de Medicaid para personas con discapacidades que trabajan (Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities, MBI-WPD) ofrece la cobertura de Medicaid para personas que están discapacitadas, trabajando y tienen al menos 16 años de edad, pero que aún no tienen 65 años de edad. El programa permite niveles de ingresos más altos que el programa regular de Medicaid, de manera que las personas con discapacidad que trabajen puedan ganar más y mantener su cobertura de Medicaid.

Si el solicitante vive en un hogar de ancianos o en un centro de atención de largo plazo, hogar para adultos o en un hogar de vida asistida, proporcione la siguiente información.

| | | | |
|--|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Nombre del solicitante que se encuentra en el centro | Nombre del centro | Fecha de admisión / / | Número de teléfono () - |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Dirección anterior del solicitante | Ciudad | Estado | Código Postal |

Si la dirección anterior que se indicó anteriormente también era del centro o del hogar de ancianos, coloque la dirección que tenía antes de su admisión.

| | | | |
|--|--------|--------|---------------|
| La penúltima dirección del solicitante | Ciudad | Estado | Código Postal |
|--|--------|--------|---------------|

2. Cónyuge del solicitante: (si no se mencionó anteriormente)

| | | |
|---|-------------------------|----------------------------|
| Apellido legal | Nombre legal | Inicial del segundo nombre |
| Nombre de soltero(a) u otro nombre que use: | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento / / |
| Dirección (si está en un centro, coloque la dirección del cónyuge antes de que se admitiera en el centro) | | |
| Ciudad | Estado | Código Postal |

¿Vive el solicitante en un hogar de ancianos o en un centro de atención a largo plazo?

Sí No

Si la respuesta es **sí**, proporcione la siguiente información:

| | | |
|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Nombre del centro | Fecha de admisión / / | Número de teléfono () - |
| Dirección | Ciudad | Estado Código Postal |

¿Falleció ya el cónyuge del solicitante? Sí No Si la respuesta es **sí**, ¿cuál es la fecha de fallecimiento? ____ / ____ / ____

B. ¿Qué servicios o atención está solicitando? (marque la casilla que corresponda)

- Usted solicita cobertura de Medicaid, pero no cobertura para los servicios de atención a largo plazo comunitarios.** Puede dar fe de la cantidad de sus recursos. No se le solicita enviar documentación de sus recursos en este momento. Si los datos en la computadora muestran diferencias con lo que usted reportó, es posible que le pidan que presente los comprobantes en una fecha posterior.

Esta cobertura no incluye atención en un hogar de ancianos, atención en el hogar ni ningún otro servicio de atención a largo plazo comunitario que se enumera posteriormente.*

- Usted solicita la cobertura de los servicios comunitarios de atención de largo plazo.** Debe enviar la documentación del monto **actual** de sus recursos. Sin embargo, en este momento solo debe enviar la documentación de ciertos recursos. Consulte a continuación los “Requisitos de documentación” para ver la lista de estos recursos.

Esta cobertura incluye los siguientes servicios:*

- Atención médica de día para adultos
- Atención domiciliaria autorizada limitada
- Servicios de enfermería privada
- Centro de Cuidados Paliativos en la Comunidad
- Programa de Residencia en Centro para Cuidados Paliativos
- Programa de Hogar de Vida Asistida
- Programa de Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor
- Servicios certificados de la agencia de atención médica en el hogar
- Atención en un Centro de Tratamiento Residencial
- Servicios personales de respuesta en caso de emergencias
- Servicios de atención personal
- Atención administrada de largo plazo en la comunidad
- Exención y otros servicios proporcionados a través de un hogar o de un programa de desistimientos comunitario

Nota: Entre los programas basados en la comunidad y el hogar que proporcionan exenciones y otros servicios están: el Programa de Lesiones Cerebrales Traumáticas y el Programa de Transición y Desviación a un Hogar de Ancianos.

- Está hospitalizado y solicita la cobertura de atención en un hogar de ancianos.** Se requiere documentación de sus recursos de los **últimos 60 meses**. Sin embargo, en este momento solo debe enviar la documentación de ciertos recursos. Consulte a continuación los “Requisitos de documentación” para ver la lista de estos recursos.

*Usted podría ser elegible para obtener servicios de rehabilitación a corto plazo. Los servicios de rehabilitación a corto plazo incluyen un inicio o admisión en un período de 12 meses hasta 29 días consecutivos de atención en un hogar de ancianos o atención médica certificada en el hogar.

REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN

Si está solicitando cobertura para **servicios comunitarios de atención de largo plazo o atención en un hogar de ancianos**, proporcione documentación del período antes mencionado para los siguientes recursos, si corresponde.

- Póliza de seguro de vida;
- Títulos de valor, acciones, bonos y fondos mutuos;
- Pensiones anuales;
- Contrato o fondos funerarios;
- Documentos de fideicomisos y cuentas.

No tiene que enviar comprobantes de ningún otro recurso en este momento. Esto se debe a que se pueden verificar los otros recursos a través de las coincidencias en la computadora. Si los recursos que reporta no coinciden con nuestros registros o si no se pueden verificar por medio de nuestros registros, podríamos solicitarle más adelante que nos envíe el comprobante de esos otros recursos.

C. Recursos/Bienes

INSTRUCCIONES PARA LAS SECCIONES 1 A 8:

- Enumere todos los recursos que usted o su cónyuge o padres poseen actualmente, incluidas las cuentas de custodia.
- Marque la casilla “NINGUNO” si usted, su cónyuge o uno de sus padres posee cualquiera de esos recursos.
- **Si solicita cobertura de atención en un hogar de ancianos**, también enumere cualquier cuenta CANCELADA en los **últimos 60 meses**; incluya el saldo en la cancelación y proporcione una explicación de dónde se transfirió el saldo o cómo lo gastó. En otra hoja, proporcione una explicación de cada transacción de \$2,000 o más.

Nota: Medicaid se reserva el derecho de revisar todas las transacciones realizadas durante el período retroactivo de transferencia.

1. Cuenta monetaria, de ahorros, cuentas de cooperativas de crédito, certificados de depósitos (CD): NINGUNO

| Nombre del banco | Número de cuenta | Nombre de los propietarios | Saldo actual de la cuenta | Cuentas canceladas | |
|------------------|------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------|
| | | | | Fecha de cancelación | Saldo en la cancelación |
| | | | \$ | / / | \$ |
| | | | \$ | / / | \$ |
| | | | \$ | / / | \$ |
| | | | \$ | / / | \$ |
| | | | \$ | / / | \$ |
| | | | \$ | / / | \$ |
| | | | \$ | / / | \$ |
| | | | \$ | / / | \$ |
| | | | \$ | / / | \$ |

2. Cuentas de jubilación (Compensación diferida, IRA o Keogh): NINGUNO

| Nombre de la organización | Número de cuenta | Nombre de los propietarios | Pago | Saldo actual de la cuenta | Cuentas canceladas | |
|---------------------------|------------------|----------------------------|---|---------------------------|----------------------|-------------------------|
| | | | | | Fecha de cancelación | Saldo en la cancelación |
| | | | <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. Pensiones anuales, acciones, bonos, fondos mutuos: NINGUNO

| Nombre de la organización/compañía | Número de cuenta | Nombre de los propietarios | Fecha en que realizó la compra | Valor actual | Cuentas canceladas | |
|------------------------------------|------------------|----------------------------|--------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------|
| | | | | | Fecha de cancelación o venta | Valor en la cancelación |
| | | | | \$ | / / | \$ |
| | | | | \$ | / / | \$ |
| | | | | \$ | / / | \$ |
| | | | | \$ | / / | \$ |
| | | | | \$ | / / | \$ |
| | | | | \$ | / / | \$ |
| | | | | \$ | / / | \$ |

4. Pólizas de seguro de vida:

NINGUNO

| Compañía de seguros | Número de póliza | Nombre de los propietarios | Valor comercial actual | Valor nominal actual | Pólizas canceladas | |
|---------------------|------------------|----------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|-----------------|
| | | | | | Fecha de cancelación | Valor monetario |
| | | | \$ | \$ | / / | \$ |
| | | | \$ | \$ | / / | \$ |
| | | | \$ | \$ | / / | \$ |
| | | | \$ | \$ | / / | \$ |
| | | | \$ | \$ | / / | \$ |

5. Activos funerarios, contratos funerarios: (incluya copias):

NINGUNO

- a. ¿Tienen usted o su cónyuge un contrato funerario prepago para usted o alguien más en su familia? Sí No
- b. ¿Tienen usted o su cónyuge un espacio funerario o terreno funerario para usted o alguien más en su familia? Sí No
- c. ¿Tienen usted o su cónyuge dinero en una cuenta bancaria aparte de un fondo funerario? Sí No

Si su respuesta es **sí**, ¿en qué cuenta tienen su fondo funerario usted o su cónyuge?

| Nombre del banco y número de la cuenta | Nombre de los propietarios | Valor |
|--|----------------------------|-------|
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |

- d. ¿Cuenta con seguro de vida para usarlo como fondo funerario? Sí No
- Si la respuesta es **sí**, ¿cuáles son sus números de póliza? _____
- Si la respuesta es **sí**, ¿se usará todo el valor monetario para sus gastos funerarios? Sí No
- e. ¿Tiene su cónyuge un seguro de vida para usarlo como fondo funerario? Sí No
- Si la respuesta es **sí**, ¿cuáles son los números de póliza? _____
- Si la respuesta es **sí**, ¿se usará todo el valor monetario para los gastos funerarios? Sí No

6. Cuentas de fideicomiso: Si usted o su cónyuge crearon o son beneficiarios de un fideicomiso, envíe una copia del fideicomiso, incluido el plan actual de los activos del fideicomiso.

NINGUNO

| Nombre del fideicomiso | Otorgante | Fideicomisario | Activos | Beneficiario | Ingresos |
|------------------------|-----------|----------------|---------|--------------|----------|
| | | | \$ | | \$ |
| | | | \$ | | \$ |
| | | | \$ | | \$ |
| | | | \$ | | \$ |

7. Vehículos: Enumere todos los automóviles, camiones y camionetas. Enumere todos los vehículos recreativos, incluso campers, motonieves, botes y motocicletas.

NINGUNO

| Nombre de los propietarios | Año, marca, modelo | Valor justo de mercado | Cantidad adeudada | ¿Está en uso? | Fecha de venta |
|----------------------------|--------------------|------------------------|-------------------|---|----------------|
| | | | \$ | <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. Enumere cualquier otro recurso:

| Tipo de recurso | Nombre de los propietarios | Valor |
|-----------------|----------------------------|-------|
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |

D. Patrimonio

1. ¿Poseen usted o su cónyuge una propiedad o un interés legal en su casa, incluido un usufructo vitalicio? Sí No

2. Si está en un centro médico y es propietario de su hogar, ¿tiene la intención de regresar a su casa? Sí No

Si su respuesta es **no**, ¿vive alguien más en la casa? Sí No

¿Quién vive en la casa? _____

¿Cuál es la relación o parentesco de esta persona con usted o su cónyuge? _____

Si usted o el hijo de su cónyuge (de cualquier edad) viven en la casa, ¿está discapacitado el hijo? Sí No

Nota: Si hay un impedimento legal que le evite vender esta propiedad, la propiedad no se toma en cuenta al determinar la elegibilidad de Medicaid. **Envíe el comprobante del impedimento legal.**

3. Valor comercial de la casa:

Si es propietario de su casa, ¿cuál es el valor comercial de su casa? \$ _____

Nota: El valor comercial es el valor justo del mercado menos los gravámenes, hipotecas, etc.

E. Bienes inmuebles (que no sean su casa)

¿Poseen usted o su cónyuge una propiedad o un interés legal en cualquier otro bien inmueble? Sí No

(marque la opción que corresponda)

- Inmuebles en alquiler
 Propiedades para vacacionar
 Tiempo compartido
 Terrenos baldíos
 Otros derechos de propiedad (dentro o fuera del estado de Nueva York)

Si la respuesta es **sí**, proporcione la siguiente información:

| Nombre y dirección de los propietarios | Dirección de la propiedad | Tipo de propiedad (marque una) | Valor neto |
|--|---------------------------|---|------------|
| | | <input type="checkbox"/> Persona individual <input type="checkbox"/> Copropiedad <input type="checkbox"/> Usufructo vitalicio | \$ |
| | | <input type="checkbox"/> Persona individual <input type="checkbox"/> Copropiedad <input type="checkbox"/> Usufructo vitalicio | \$ |
| | | <input type="checkbox"/> Persona individual <input type="checkbox"/> Copropiedad <input type="checkbox"/> Usufructo vitalicio | \$ |
| | | <input type="checkbox"/> Persona individual <input type="checkbox"/> Copropiedad <input type="checkbox"/> Usufructo vitalicio | \$ |

DETÉNGASE AQUÍ excepto si usted o alguien en su grupo familiar esté hospitalizado y solicite cobertura para recibir atención en un hogar de ancianos. Sin embargo, la Sección I de este documento DEBE estar firmada.

F. Transferencias de activos

1. Transferencias

- a. En los últimos 60 meses, ¿transfirió usted, su cónyuge o alguien más en su nombre, transfirió una propiedad, cedió o vendió cualquier activo, incluido su casa u otro bien inmueble? Sí No
- b. En los últimos 60 meses, ¿ha creado o transferido usted o su cónyuge cualquier activo dentro o fuera de un fideicomiso? Sí No

Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas anteriores, explique las transferencias siguientes. Adjunte hojas adicionales, si es necesario.

| Descripción de los activos (incluso los ingresos) | Fecha de la transferencia | Transferencia hecha a | Cantidad de la transferencia |
|---|---------------------------|-----------------------|------------------------------|
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |

- c. ¿Está en proceso de venta de la propiedad? Sí No
- d. En los últimos 60 meses, ¿cambió usted, su cónyuge o alguien más en su nombre, el acta o la titularidad de cualquier bien inmueble, incluida la creación de un usufructo vitalicio? Sí No
Si su respuesta es **sí**, ¿cuándo? _____
- e. Si adquirió un usufructo vitalicio sobre la casa de otra persona, ¿vivió en la casa al menos un año después de haber comprado el usufructo vitalicio? Sí No
- f. En los últimos 60 meses, ¿obtuvo usted, su cónyuge o alguien en su nombre una hipoteca, un préstamo o un pagaré? Sí No
Si su respuesta es **sí**, ¿cuándo? _____
- g. En los últimos 60 meses, ¿cambió u obtuvo usted, su cónyuge o alguien en su nombre una pensión vitalicia? Sí No
Si su respuesta es **sí**, ¿cuándo? _____

2. ¿Ha realizado usted, su cónyuge o alguien que actúe en su nombre un depósito a cualquier centro de atención médica o centro residencial, tal como un hogar de ancianos, centro de vida asistida, comunidad de retiro de atención continua o comunidad de atención vitalicia? Sí No

Si su respuesta es sí, envíe la copia del contrato.

G. Devoluciones de impuestos

- ¿Han presentado usted o su cónyuge declaraciones de impuestos en EE.UU. en los últimos cuatro años? Sí No

Si la respuesta es sí, envíe las copias completas de estas devoluciones, incluidas todas las programaciones y anexos.

H. Información importante

■ Gravámenes en bienes raíces

Al recibir Medicaid, se podría presentar un embargo y es posible que se solicite la recuperación de sus bienes inmuebles bajo determinadas circunstancias si usted está en una institución médica y no se espera que regrese a casa. Los pagos que efectuó Medicaid en su nombre se podrían recuperar de las personas que tenían la responsabilidad legal de su manutención en el momento en que se obtuvieron los servicios médicos. Medicaid también puede recuperar el costo de servicios y primas pagadas de forma incorrecta.

■ Transferencia de bienes

Las leyes federales y estatales establecen que una persona podría no cumplir con los criterios para recibir servicios en un hogar de ancianos por cierto período, si la persona o el cónyuge de la persona transfiere un bien por una cantidad menor que el valor justo de mercado dentro del período previo. Por período previo se entiende que son los 60 meses previos a la fecha en que la persona fue internada y solicitó Medicaid.

■ Pensiones anuales

Como condición de la cobertura de Medicaid para los servicios en los hogares de ancianos, es necesario que los solicitantes divulguen una descripción de cualquier interés que la persona o el cónyuge de la persona tenga en una renta vitalicia. Esta divulgación es necesaria independientemente si la renta vitalicia es irrevocable o un recurso contable.

Además de la compra de una renta vitalicia, determinadas transacciones realizadas para una renta vitalicia por parte del solicitante o el cónyuge del solicitante dentro del período previo, pueden tratarse como una transferencia a menos que:

- El Estado sea nombrado como el beneficiario residual en la primera posición por al menos la cantidad que Medicaid pagó en nombre del pensionado; o
- El Estado sea nombrado en la segunda posición después de un cónyuge no afiliado o hijo menor o discapacitado, o en la primera posición si dicho cónyuge o representante de dicho niño dispone de lo restante por menos del valor justo de mercado.

Si no se presenta la documentación que verifique que el Estado ha sido nombrado como beneficiario residual, es posible que no sea elegible para recibir la cobertura servicios en centros de servicios en un hogar de ancianos.

Si la renta vitalicia es un recurso contable al momento de la solicitud, no es necesario que usted o su cónyuge nombren al Estado como beneficiario residual.

I. Certificación y autorización

Certifico bajo pena de falso testimonio que la información que se incluye en esta solicitud es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Comprendo que debo informar acerca de cualquier cambio en esta información en un período de 10 días posteriores al cambio.

Si la elegibilidad depende del monto de los recursos míos y de mi cónyuge, al firmar esta solicitud autorizo la verificación de otros recursos con instituciones financieras con el fin de determinar la elegibilidad. Ambos cónyuges deben firmar a continuación. Esta autorización terminará si mi solicitud para Medicaid es rechazada o si ya no soy elegible para recibir Medicaid, o si revoco/ revocamos esta autorización en una declaración por escrito ante mi Departamento local de Servicios Sociales.

X _____
FIRMA DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE

X _____
FECHA DE LA FIRMA

X _____
FIRMA DEL CÓNYUGE DEL SOLICITANTE

X _____
FECHA DE LA FIRMA