

Medicaid

¿QUÉ ES MEDICAID?

Medicaid es un programa de seguro de salud financiado con recursos federales y estatales para personas con ingresos y recursos limitados. El programa ayuda a pagar gastos médicos, tales como visitas al médico, atención hospitalaria y de enfermería, y aparatos de asistencia médica. La cobertura es para personas sin seguro médico, así como también para aquellos cuyo seguro médico resulta insuficiente, siempre que cumplan con ciertos requisitos relacionados con los ingresos y recursos.

¿QUIÉN PUEDE SOLICITARLO?

Todos los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales de Nueva York (inclusive aquellos que residen de forma permanente según PRUCOL)) pueden solicitar Medicaid.¹ Los requisitos de admisión necesarios dependen de dos variables: (1) Ingresos – dinero en concepto de salario o no salarial proveniente de cualquier fuente, y (2) Recursos – ahorros, propiedades y otros bienes. Además, según la categoría en la cual la persona clasifique, puede haber algunas diferencias con respecto a cuanto ingreso o recurso puede mantenerse. En casos en que los ingresos o recursos sean demasiado altos, podría tener derecho a solicitar Medicaid con *Spend-Down* (para obtener más información, consulte la hoja informativa de MFY “Programa Spend-Down de Medicaid”) o si se trata de una persona discapacitada, un *Fideicomiso de necesidades especiales*.

El **PRIMER PASO** es seleccionar qué categoría clasifica según su situación. Vea a continuación las diferentes categorías:

CATEGORÍA 1* (Categoría Federal)

- **Beneficiario relacionado con SSI**
 - Edad: más de 65 años
 - Ciego: legalmente ciego
 - Discapacitado: Beneficiarios SSI (clasificación automática) o discapacitados declarados según Medicaid
- **ADC – Asistencia por hijos a su cargo**
 - Familia con hijo(s) menores de 21 años
 - Personas menores de 21 años
 - Mujeres embarazadas

CATEGORÍA 2 (Categoría única del Estado de Nueva York)

- **S/CC – Solteros y parejas sin hijos**

*Única categoría disponible para Medicaid con *Spend-Down*.

El **SEGUNDO PASO** es ubicar la tabla que corresponde con su categoría. Según su grupo familiar, determine sus ingresos y recursos máximos.² Nota: Con respecto a mujeres embarazadas y niños menores de 18 años, si no clasifican bajo ADC, podrían estar incluidos bajo “Niveles expandidos”, el cual no cuenta con una prueba de recursos.

¹ Inmigrantes sin documentación reúnen los requisitos SÓLO para cobertura de Medicaid para embarazo o emergencias médicas.

² Personas que reciben SSI y Asistencia Pública, así como también niños en cuidado temporal y personas que residen en la vivienda no relacionadas con la familia, no serán incluidos en el grupo familiar.

**NIVELES DE INGRESOS Y RECURSOS PARA MEDICAID 2008
RELACIONADOS CON SSI**

(Adultos mayores de 65 años, ciegos o discapacitados)
(Para obtener más información, consulte la hoja informativa de MF

"Cómo mantener los beneficios de SSI para garantizar la cobertura de Medicaid")

Grupo familiar	1	2	3	4	5	6	Por integrante adicional
Ingreso mensual neto	\$725	\$1,067	\$1,234	\$1,392	\$1,550	\$1,709	+159
Recursos	\$13,050	\$19,200	\$22,200	\$25,050	\$27,900	\$30,750	+2,850

**NIVELES DE INGRESOS Y RECURSOS PARA MEDICAID 2008 RELACIONADOS CON ADC
(Adultos a cargo de niño(s) menores de 21 años, mujeres embarazadas, o personas menores de 21 años)**

Grupo familiar	1	2	3	4	5	6	Por integrante adicional
Ingreso mensual neto	\$725	\$1067	\$1234	\$1392	\$1,550	\$1709	+159
Recursos	\$13,050	\$19,200	\$22,200	\$25,050	\$27,900	\$30,750	+2,850

**NIVELES DE INGRESOS PARA MEDICAID 2008 NIVELES EXPANDIDOS
(Mujeres embarazadas – Grupo familiar de más de 2 integrantes)**

Grupo familiar		1	2	3	4	5	6	Por integrante adicional
Ingreso mensual neto	Cobertura total		\$1167	\$1467	\$1767	\$2067	\$2367	+300
	Cobertura prenatal		\$2334	\$2934	\$3534	\$4134	\$4,734	+600

NIVELES DE INGRESOS PARA MEDICAID 2008 NIVELES EXPANDIDOS (Niños)

Grupo familiar		1	2	3	4	5	6	Por integrante adicional
Ingreso mensual neto	De 0 a 1 años	\$1734	\$2334	\$2,934	\$3534	\$4134	\$4734	+600
	De 1 a 5 años	\$1153	\$1552	\$1951	\$2350	\$2749	\$3148	+399
	De 6 a 18 años	\$867	\$1167	\$1467	\$1767	\$2067	\$2367	+300

**NIVELES DE INGRESOS Y RECURSOS PARA MEDICAID S/CC
(Solteros y parejas sin hijos)**

Grupo familiar	1	2
Ingreso mensual neto	\$352,10	\$468,50
Recursos	\$2000 como máximo para solteros y parejas sin hijos (\$3000 si el miembro H/H tiene entre 60 y 64 años).	

Aunque su ingreso sea mayor a lo permitido por estas categorías, quizás reúna las condiciones para un plan de salud subsidiado por el estado (para obtener más información, consulte la hoja informativa de MFY "Seguro de salud para trabajadores de bajos ingresos – Family Health Plus" y "Opciones de seguros de salud para trabajadores").

¿QUÉ SERVICIOS CUBRE?

Servicios exigidos por el gobierno federal incluyen:

- Atención hospitalaria y ambulatoria
- Análisis de laboratorio y rayos X
- Atención médica
- Planeamiento familiar
- Servicios de enfermera partera
- Servicios de enfermería especializada pediátrica y familiar
- Establecimiento de cuidados especializados de enfermería para mayores de 21 años

- Atención domiciliaria que incluye: atención médica domiciliaria, asistencia personal, enfermería privada
- Programa de evaluación anticipada y periódica, diagnóstico y tratamiento
- (EPSDT) para menores de 21 años
- **Nota:** La categoría EPSDT también incluye servicios opcionales
- Transporte médico

Servicios opcionales del Estado de Nueva York ofrece:

- Medicamentos con receta
- Productos de enfermería
- Servicio de atención personal
- Gafas, aparatos auditivos
- Prótesis
- Fisioterapia y rehabilitación
- Dentista
- Emergencias hospitalarias
- Atención psicológica

¿CÓMO LO SOLICITO?

Puede solicitarlo por correo, teléfono o en persona en el Departamento de Servicios Sociales (DSS) o a través de un Agente de inscripción.

Para obtener un listado de las oficinas DSS locales o información para solicitarlo si no puede salir de su hogar, llame al: **Línea de ayuda HR Medicaid (NYC) 888-692-6116**; o **Línea de información HRA 877-472-8411**

Para contactarse con un Agente, llame al: **Línea de información Family Health Plus (877) 934-7587** (no se preocupe si parece específico para FHP); o visite: www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/where.htm

Mujeres con embarazo ya confirmado pueden presentar la solicitud para el Programa de Atención Prenatal (PCAP). Esto lugares, tales como hospitales y clínicas, realizan una clasificación de admisión inicial, lo que significa que una mujer embarazada podrá recibir atención prenatal inmediata hasta un máximo de 45 días, según la decisión de Medicaid.

Para una clínica PCAP, llame a la **línea de Salud Femenina: (800) 698-0411** – Después de seleccionar el idioma, marque el 3

¿CUÁNDO ESTÉ POR SOLICITARLO, QUÉ DEBO LLEVAR?

Debe reunir la siguiente información:

- Comprobante de edad (partida de nacimiento)
- Comprobante de ciudadanía o condición inmigratoria (pasaporte o tarjeta verde)
- Si trabaja, recibo de sueldo reciente
- Comprobante de ingreso del gobierno, como Seguro Social (jubilación y seguro por discapacidad), Ingreso suplementario del Seguro Social o Beneficios para veteranos
- Comprobante de domicilio, como un recibo de alquiler, cuentas de servicios públicos en su nombre, o copia de su contrato de alquiler
- Carné de seguro, si cuenta con otro seguro
- Carné de Medicare, si ya tiene uno

Necesitará mostrar estos documentos para que el entrevistador determine si usted reúne las condiciones para recibir Medicaid.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS?

El distrito local debe determinar si usted reúne los requisitos y solicitar una carta de confirmación o rechazo dentro de los 45 días de presentación de la solicitud. Si usted está embarazada o presenta la solicitud en representación de un niño, el tiempo de procesamiento es 30 días desde

el momento de presentación de la solicitud. Si usted padece alguna discapacidad que debe ser evaluada, el tiempo de procesamiento es de hasta 90 días.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por el distrito local de servicio social, puede solicitar una entrevista con la agencia. También puede apelar la decisión al Departamento de Asistencia Temporal y para Discapacitados del Estado de Nueva York (OTDA) y solicitar una Audiencia Justa ("Fair Hearing")

Para solicitar una entrevista con la agencia, llame a la: Unidad de Entrevistas, (212) 630-0996/7/8

Para solicitar una Audiencia Justa:

OTDA – (800) 342-3334; Vía Fax: (518) 473-6735;

En línea: www.otda.state.ny.us/oah

En persona: 330 W34th Street, 3° piso (entre las Avenidas 8 y 9)