

## EXPLICACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA TRANSFERENCIA DE ACTIVOS SOBRE LA ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA MÉDICA

El presente documento explica el modo en que una transferencia de activos puede afectar su elegibilidad para recibir Asistencia Médica. Los activos comprenden todos los ingresos y recursos de usted y su cónyuge, incluido todo aquel ingreso o recurso que usted o su cónyuge tengan derecho a recibir pero no reciban a causa de la acción u inacción de su parte o de parte de su cónyuge. Una transferencia tiene lugar cuando una persona vende o cede a otra sus activos. Desde el punto de vista de la Asistencia Médica, una transferencia prohibida es la cesión o venta voluntaria de sus activos a otra persona sin recibir algo de igual o mayor valor a cambio (sin compensación) con el objeto de calificar para:

- Servicios que se prestan en centros de enfermería especializada o centros de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR, por sus siglas en inglés);
- Servicios de hospital que brindan un lugar en una unidad de atención transitoria o un lugar con nivel de atención inadecuado;
- Servicios que prestan los *Community Alternative Programs* (CAP, Programas alternativos comunitarios) o el *Program of All-Inclusive Care for the Elderly* (PACE, Programa para el cuidado integral de las personas de la tercera edad);
- Servicios y suministros de salud en el hogar después de recibir alguno de los servicios anteriores.

La Asistencia Médica analizará todos los ingresos y recursos que tengan usted y su cónyuge durante un período de 36 meses a 60 meses para determinar si se produjo alguna transferencia.

Para definir si tuvo lugar una transferencia sin compensación, tomamos el valor justo de mercado del activo en el momento en que se transfirió. A este valor le restamos los préstamos, las hipotecas u otros compromisos legales pendientes de pago que pesen sobre el activo y la cantidad de compensación percibida a cambio del activo. El resultado, si lo hay, es la cantidad transferida sin compensación.

### **Algunas transferencias no afectan la Asistencia Médica si:**

1. La transferencia de activos fue a su cónyuge (o a otra persona para el beneficio exclusivo de su cónyuge) o de su cónyuge a usted; o
2. La transferencia de activos se realizó de su cónyuge a otra persona para el beneficio exclusivo de su cónyuge; o
3. La transferencia de activos fue a su hijo de cualquier edad, y la Administración del Seguro Social determinó que es ciego o discapacitado, o a un fideicomiso establecido exclusivamente para el beneficio de dicho hijo; o
4. El activo transferido fue su vivienda y la vivienda fue transferida a:
  - a) Su cónyuge; o
  - b) Su hijo menor o hijos menores de 21 años, o su hijo de cualquier edad que la Administración de Seguro Social haya determinado que es ciego o discapacitado; o
  - c) Un hermano que también tiene un interés patrimonial en la vivienda y ha estado residiendo en el domicilio durante al menos un año inmediatamente antes del momento en que usted ingresó en un centro de enfermería o solicitó los programas CAP o PACE; o
  - d) Su hijo o hijos que estuvieron habitando la vivienda durante al menos dos años inmediatamente antes del momento en que usted ingresó en un centro de enfermería o solicitó los programas CAP o PACE, y le brindaron los cuidados que le permitieron quedarse en su vivienda en lugar de trasladarse a un centro de enfermería durante dicho período de dos años. Se debe presentar la documentación que avale que el hijo

adulto o los hijos adultos habitaron la vivienda durante esos dos años y que brindaron los cuidados necesarios.

### **Cómo se determina la cobertura si se hizo una transferencia:**

Cuando usted o su cónyuge hacen una transferencia de activos por un valor menor que el valor real, usted no puede obtener Medicaid para los servicios enumerados anteriormente durante un lapso que dependerá del valor de los activos transferidos. Para determinar la cantidad de meses durante los cuales usted no es elegible para estos servicios, dividimos el valor sin compensación de los activos transferidos por el costo mensual promedio de la atención en un centro de enfermería privado. **Para las transferencias anteriores al 1 de noviembre de 2007**, el período de sanción comienza el primer día del mes en el que se transfirió el activo. **Para las transferencias realizadas a partir del 1 de noviembre de 2007**, el período de sanción comienza el primer día del mes en el que usted ingresa en la institución y sería de otra manera elegible para el pago de Medicaid de los servicios de la institución (aquellos que se especifican más arriba), lo que ocurra después, y no sucede durante ningún otro período de inelegibilidad.

### **¿Qué otras transferencias no afectan su elegibilidad para Medicaid?**

Si usted o su cónyuge transfirieron activos por menos del valor justo de mercado, aún podrá recibir cobertura de Medicaid para los servicios enumerados más arriba si puede probar que:

1. Usted o su cónyuge intentaron vender los activos a un valor justo de mercado; o
2. Los activos se transfirieron exclusivamente para un propósito distinto de calificar para la cobertura de Medicaid; o
3. Todos los activos transferidos se devolvieron.

En ausencia de pruebas que avalen el punto 1 ó 2 anterior, no denegaremos la cobertura de Medicaid para los servicios institucionales si el departamento de servicios sociales del condado determina que dicha denegación de cobertura de servicios institucionales le provocará a usted dificultades extremas. Debe solicitar una determinación de dificultades extremas dentro de los 12 días calendario de la notificación de su derecho a una revisión de dificultades. Analizaremos su solicitud por dificultades extremas si puede demostrar con documentación que:

1. Se verá privado de una atención médica adecuada sin la cual su salud o su vida correrán peligro y su médico certifica este hecho por escrito; o
2. Se verá privado de alimento, abrigo, vivienda u otras necesidades de vida básicas y su médico u otra persona idónea certifica por escrito que sin éstos su salud o su vida correrán un grave peligro; y
3. No hay otras fuentes para proporcionarle atención médica, alimento, abrigo, vivienda u otra necesidad básica; y
4. Usted demuestra que hizo un esfuerzo de buena fe para recuperar los recursos y puede demostrar que le es imposible recuperarlos.

### **¿Qué derechos tiene?**

Recibirá un aviso por escrito sobre su determinación de Medicaid. Tiene derecho a apelar nuestra decisión. Nuestro aviso escrito le brindará la información necesaria para solicitar una apelación.