

# Access NY Complemento A

## Este complemento debe completarse si quien realiza 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 casa de enfermería especializada.  
Esto incluye atención hospitalaria que es equivalente a la atención en casa de enfermería especializada

Nota: Si solicita solo el Medicare Savings Program (MSP, por sus siglas en ingles), no es necesario completar este complemento.

### INSTRUCCIONES:

- Debe completar las Secciones de la A a la F y firmar este complemento.
- Si usted o alguien en su hogar solicitan cobertura de atención en casa de enfermería especializada, debe completar también las Secciones de la G a la I.

### A. Este Complemento debe llenarse para:

Apellido legal	Nombre legal	Inicial	Número de Social Security	Estado civil

Nota: Las preguntas restantes son para las personas nombradas anteriormente.

### B. Ceguera, discapacidad o enfermo de gravedad

1. ¿Está enfermo de gravedad?  Sí  No  
*(Ejemplos de enfermo de gravedad que no le permitirían trabajar al menos por 12 meses debido a una enfermedad o lesión o a tener una enfermedad o discapacidad que haya durado o se espere que dure 12 meses).*

2. ¿Tiene usted una ceguera certificada por parte de la Commission for the Blind and Visually Handicapped? **(Si su respuesta es sí, envíe prueba).**  Sí  No

3. Si está discapacitado y trabajando, ¿está interesado en realizar una solicitud para el programa MBI-WPD?  Sí  No  
*El Medicaid Buy-In program 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 todavía no tienen 65 años de edad. El programa permite niveles de ingreso más altos que el programa regular de Medicaid de manera que las personas con discapacidad que trabajan puedan ganar más y mantener su cobertura de Medicaid.*

C. ¿Vive en un hogar para adultos o un centro de vivienda asistida?  Sí  No

**D. Recursos o activos (marque el cuadro que aplique):**

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. Esta cobertura no incluye cuidados en casa de enfermería especializada, atención en el hogar o ningún servicio de atención a largo plazo comunitario que se enumeran posteriormente.\*

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

- cuidado médico para adultos durante el día de la salud de día para adultos
- cuidado limitado en el hogar
- servicios de enfermería privada
- cuidados paliativos en la comunidad
- programa de residencia para cuidados paliativos
- programa de vivienda asistida
- programa de asistencia personal
- Agencia de servicios de salud a domicilio certificada
- cuidado de tratamiento residencial
- servicios de respuesta a emergencias personales
- servicios de atención personal
- cuidado administrado a largo plazo en la comunidad
- desistimientos y otros servicios proporcionados a través de un programa de exención en el hogar y la comunidad

**Nota: Algunos ejemplos de los programas comunitarios y del hogar que proporcionan exenciones y otros servicios son el Traumatic Brain Injury Program y el Long Term Home Health Care Program.**

Está hospitalizado y solicita la cobertura de atención en casa de enfermería especializada. Debe presentar la documentación de sus recursos desde el 1 de febrero de 2006 o de los últimos 60 meses, el que sea más corto.

\* Es posible que sea elegible para los 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 casa de enfermería especializada o cuidados de salud a domicilio certificados.

Enumere todos los recursos que usted o su cónyuge o padres poseen, incluso las cuentas de custodia. **Si solicita cobertura de cuidados de enfermería especializada, también enumere cualquier cuenta cerrada desde el 1 de febrero de 2006 o en los últimos 60 meses, el período que sea más corto, incluya el saldo de cierre y proporcione una explicación de adonde se transfirió el saldo o cómo se invirtió. En una hoja separada, proporcione una explicación de cada transacción de \$2,000 o más. Nota: Medicaid retiene el derecho de revisar todas las transacciones realizadas durante el período retroactivo de transferencia.**

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

Nombre del banco y número de la cuenta	Nombre del propietario(s)	Monto actual en dólares	Saldo en la cuenta cerrada y fecha de cierre
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

**2. Cuentas de retiro (Compensación diferida, IRA o Keogh):**

Número de cuenta	Nombre del propietario(s)	Tipo o institución	Monto actual en dólares	Pago
			\$	<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:**

Aseguradora	Número de póliza	Nombre de los del propietario(s)	Valor en efectivo	Valor nominal
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

**4. Rentas vitalicias, acciones, bonos, fondos mutuos:**

Nombre de los propietarios	Compañía	Fecha en que realizó la compra	Valor
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

**5. Cuentas de fideicomisos: Si usted o su cónyuge crearon o son beneficiarios de un fideicomiso, envíe una copia del fideicomiso, incluyendo el plan de los activos del fideicomiso.**

Nombre del fideicomiso	Otorgante	Albaceas	Activos	Beneficiario	Ingresos
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$

**6. Activos funerarios , contratos funerarios: (Incluya copias)**

¿Tienen usted o su cónyuge un acuerdo funerario prepagado para usted o alguien más en su familia?  Sí  No

¿Tienen usted o su cónyuge un espacio funerario o tumba para usted o alguien más en su familia?  Sí  No

¿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 del propietario(s)	Valor
		\$
		\$
		\$

¿Cuenta con seguro de vida para usarlo como su fondo funerario?  Sí  No

Si su respuesta es **sí**, ¿cuál es su número de póliza? \_\_\_\_\_

Si su respuesta es **sí**, ¿está el valor total de efectivo para usarse para sus gastos funerarios?  Sí  No

¿Tiene su cónyuge un seguro de vida para usarlo como un fondo funerario? \_\_\_\_\_

Si su respuesta es **sí**, ¿cuál es el número de la póliza?  Sí  No

Si su respuesta es **sí**, ¿es el valor total de efectivo para usarse para sus gastos funerarios?  Sí  No

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

Nombre de los propietarios	Año, marca, modelo	Valor justo del mercado	Cantidad adeudada	¿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 neto de la casa:**

Si usted es propietario de su hogar, ¿cuál es el valor neto de su casa? \$ \_\_\_\_\_

**Nota:** El valor neto es el valor justo de mercado menos los gravámenes, hipotecas, etc. pendientes

**9. Enumere cualquier otro recurso:**

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

**E. Bienes inmuebles (que no sean su casa)**

¿Poseen usted o su cónyuge una propiedad o un interés legal en cualquier otro bien inmueble?

(Marque cualquiera que aplique)  Sí  No

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

Si su respuesta es **sí**, responda las siguientes preguntas:

Nombre y dirección del propietario(s)	Dirección de la propiedad	Tipo de propiedad (marque una)	Valor neto
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Comunidad de bienes <input type="checkbox"/> Derecho vitalicio	\$
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Comunidad de bienes <input type="checkbox"/> Derecho vitalicio	\$
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Comunidad de bienes <input type="checkbox"/> Derecho vitalicio	\$
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Comunidad de bienes <input type="checkbox"/> Derecho vitalicio	\$

**F. Patrimonio**

1. ¿Poseen usted o su cónyuge una propiedad o un interés legal en su casa, incluyendo un derecho 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

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

¿Quién vive en la casa? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el parentesco de esta persona con usted o su cónyuge? \_\_\_\_\_

Si usted o el hijo de su cónyuge (de cualquier edad) vive 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.

**DETÉNGASE AQUÍ** a menos que usted o alguien en su círculo familiar esté hospitalizado y solicite cobertura para la atención en casa de enfermería especializada. Sin embargo, la última página de este documento **DEBE** estar firmada.

### G. Solicitante que vive en un hogar de ancianos o centro de atención a largo plazo

Nombre del centro	Fecha de admisión / /	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 en su nombre transfirió, cambió de propiedad, cedió o vendió cualquier activo, incluyendo su hogar u otro bien inmueble?  Sí  No
- b. ¿Está en el proceso de vender la propiedad?  Sí  No
- c. ¿Usted, su cónyuge o alguien más en su nombre, cambió el acta o la propiedad de cualquier bien inmueble, incluyendo la creación de un derecho vitalicio?  
Si su respuesta es **sí**, ¿cuándo? \_\_\_\_\_  Sí  No
- d. Si adquirió un derecho vitalicio sobre la casa de otra persona, ¿vivió en la casa al menos un año después de haber comprado el derecho vitalicio?  Sí  No
- e. ¿Usted, su cónyuge o alguien en su nombre adquirió una hipoteca, un préstamo o un pagaré?  
Si su respuesta es **sí**, ¿cuándo? \_\_\_\_\_  Sí  No
- f. ¿Usted, su cónyuge o alguien más en su nombre adquirió o cambió una renta vitalicia?  
Si su respuesta es **sí** ¿cuándo? \_\_\_\_\_  Sí  No

2. En los últimos 60 meses, ¿ha creado o transferido usted o su cónyuge cualquier activo en o fuera de un fideicomiso?  Sí  No

**Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas anteriores, explique la transferencia(s) a continuación. Adjunte hojas de papel adicionales, si es necesario.**

Descripción de los activos (incluso los ingresos)	Fecha de la transferencia	Transferido a quién	Cantidad de la transferencia
			\$
			\$
			\$
			\$

3. ¿Ha realizado usted, su cónyuge o alguien que actúa en su nombre un depósito a cualquier atención médica o centro residencial, tal como una casa de enfermería especializada, centro de vivienda asistida, comunidad de retiro de atención continua o comunidad de atención vitalicia? **Si su respuesta es sí, envíe la copia del acuerdo.**  Sí  No

### I. Devoluciones de impuestos

- ¿Han realizado usted o su cónyuge declaraciones de impuestos de EE.UU. en los últimos cuatro años?  Sí  No  
**Si su respuesta es sí, envíe copias de estas declaraciones de impuestos.**

Al recibir Medicaid, se presenta una obligación y es posible que se solicite una indemnización de sus bienes inmuebles bajo determinadas circunstancias si está en una institución médica y no se espera que regrese a casa. El pago de Medicaid en su nombre puede recuperarse de personas que hayan tenido responsabilidad legal por su apoyo en el momento en que se obtuvieron los servicios médicos. Medicaid también puede recuperar el costo de servicios y primas pagadas de forma incorrecta.

Las leyes federales y estatales establecen que cualquier transferencia de activos por un valor menor al del mercado justo realizado por una persona o por el cónyuge de una persona, dentro del período retroactivo de transferencia de activos (o 60 meses en el caso de transferencias relacionadas con fideicomisos) previo al primer mes en el cual la persona recibe servicios en centros de cuidado y se determina de otra manera elegible para la cobertura de Medicaid de los servicios en los centros de cuidados, puede ocasionar que la persona ya no sea elegible para los servicios en los centros de cuidado durante un período de tiempo.

Como condición de la cobertura de Medicaid para los servicios en los centros de cuidado, 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 a una renta vitalicia por parte del solicitante o el cónyuge del solicitante en o después del 8 de febrero de 2006, puede 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 dicho 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 la cobertura servicios en el centro de cuidado.

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.

Certifico bajo pena de perjurio 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.

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE

X \_\_\_\_\_  
FECHA EN QUE SE FIRMÓ

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CÓNYUGE DEL SOLICITANTE

X \_\_\_\_\_  
FECHA EN QUE SE FIRMÓ