

Adjudicaciones del Programa de Asistencia Financiera Debido a Discriminación (DFAP) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y Medicaid

La información que figura a continuación es para los agricultores y ganaderos que solicitaron y recibieron por una vez, una adjudicación única de la cantidad total por parte del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) bajo el Programa de Asistencia Financiera Debido a Discriminación (DFAP, por sus siglas en inglés). El DFAP se creó para abordar las consecuencias de la discriminación previa por parte del USDA en los préstamos agrícolas. Esta información general ayudará a las personas que reciben estas adjudicaciones por parte del USDA a comprender el impacto potencial de dicho dinero en la cobertura de Medicaid.

La adjudicación del DFAP del USDA podría afectar su elegibilidad para el programa de Medicaid. La situación de cada persona es diferente. Asegúrese de consultar a un abogado o defensor conocedor del programa de Medicaid en su estado, para que le asesore.

Más abajo encontrará una lista de recursos.

¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa federal y estatal conjunto que ayuda a cubrir los gastos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. El gobierno federal tiene reglas generales que todos los programas estatales de Medicaid deben seguir, pero cada estado tiene su propio programa. Esto significa que los requisitos de elegibilidad y los beneficios pueden variar de un estado a otro.

¿Cómo podría afectar mi adjudicación DFAP del USDA mis beneficios de Medicaid?

Su adjudicación DFAP del USDA aumentará sus ingresos y recursos el mes que la reciba. Su elegibilidad para Medicaid se basa en tener ingresos limitados, y para algunas categorías, tener recursos. Dependiendo de la categoría en la que usted es elegible para Medicaid, la adjudicación DFAP puede tener un efecto pequeño o grande en su elegibilidad para Medicaid.

¿Cuándo se considera mi adjudicación DFAP del USDA como un “ingreso”?

La adjudicación DFAP del USDA es considerada como “ingreso” en el mes que la reciba. Un ingreso es cualquier partida que una persona reciba en efectivo o en especie que pueda ser utilizado para satisfacer su necesidad de comida o refugio. La elegibilidad de Medicaid depende tanto de los ingresos devengados como de los no devengados. Los ingresos devengados incluyen el pago por trabajo. Los ingresos no devengados son todos los demás ingresos, como los beneficios retroactivos o un pago de liquidación. La adjudicación DFAP del USDA es un ingreso no devengado del mes que la reciba. Es poco probable que esto tenga algún efecto práctico en usted si ya está recibiendo Medicaid.

¿Cuándo se considera mi adjudicación DFAP del USDA un “recurso” o “activo”?

Un recurso, o activo, es algo que usted posee, como una cuenta bancaria, tierra o propiedad personal que podría usarse o venderse para obtener dinero para alimentos o refugio. Medicaid cuenta sus activos en el primer momento del primer día del mes. Si el valor de sus activos es mayor que el máximo permitido en su estado, usted no es elegible, en esa categoría, para Medicaid ese mes. La parte no gastada de su adjudicación DFAP del USDA, contará como recurso el primer día del mes siguiente al mes en que la reciba.

¿Cuáles son los límites de ingresos y activos de Medicaid en mi estado para las diferentes categorías de elegibilidad de Medicaid?

La forma en que la adjudicación DFAP del USDA afecta su elegibilidad para Medicaid depende de la categoría para la que usted es elegible.

Categorías para Familias y Niños

- Padres/Cuidadores Familiares de Medicaid. El grupo de cobertura Padres/Cuidadores Familiares reemplaza al antiguo grupo de cobertura Ayuda a Familias con Hijos Dependientes (AFDC, por sus siglas en inglés) de Medicaid para padres y otros familiares cuidadores. Los padres o el cuidador familiar deben vivir en el hogar con un niño dependiente sobre el que asuman la responsabilidad principal. Los ingresos deben estar por debajo del Límite Relativo de Medicaid para Padres/Cuidadores. Sin requisitos de activos.
- AFDC- Medicaid Relacionado. Si los ingresos o activos exceden los límites para los Padres/Cuidadores Familiares de Medicaid, la familia puede ser elegible al incluir los gastos médicos que “gastan” sus ingresos hasta los Límites de Ingresos de Necesidad Médica de Medicaid. Los límites de activos para el hogar son de \$2,000 para una persona y \$3,000 para dos personas. Por encima de dos personas, se agregan \$50 al límite para cada persona.
- Servicios Comunitarios para Niños con Discapacidades. Un niño con una discapacidad a quien se le ha negado la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) debido al exceso de ingresos y/o activos de uno o más padres, puede calificar para Medicaid si el costo de la atención en casa es menor que el costo de la institucionalización. El límite de ingresos es el 300 por ciento del nivel actual de la SSI. El límite de activos es de \$2,000. Solo se cuenta el ingreso del niño.
- Mujeres Embarazadas. Las mujeres embarazadas con ingresos familiares iguales o inferiores al 185 por ciento del actual Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) pueden calificar. Sin requisitos de activos. Las mujeres embarazadas siguen siendo elegibles para un año de posparto. Los niños nacidos de madres con Medicaid siguen siendo elegibles por un año después del nacimiento sin la necesidad de una solicitud de Medicaid.
- Niños Menores de 19 años. El límite de ingresos para la cobertura es 158 por ciento del FPL para niños de 0 a 1 años; 141 por ciento del FPL para niños de 1 a 5 años; 100 por ciento del FPL para niños de 6 a 19 años. Sin requisitos de

activos.

- CHIP WV Aunque CHIP no es un grupo de cobertura de Medicaid, el Departamento de Salud y Recursos Humanos acepta solicitudes y determina la elegibilidad para los niños que pueden calificar. El niño debe ser menor de 19 años, y el ingreso familiar debe ser igual o menor al 211 por ciento de la FPL actual. Aquellos con ingresos familiares iguales o inferiores al 300 por ciento del FPL pueden calificar para CHIP WV con un pago de prima. Información adicional sobre el programa CHIP WV está disponible en línea en: www.chip.gov.

Cobertura para Grupos de Adultos

- Grupo de Adultos. A partir del 1 de enero de 2014, la cobertura de Medicaid se proporciona en el grupo de adultos a personas de 19 años o más y de 65 años de edad que no son elegibles para otro grupo de cobertura obligatoria categórica de Medicaid (SSI, SSI Considerado, Padres/Cuidadores Familiares, Mujeres Embarazadas, Niños Menores de 19 Años, Antiguos Hijos de Crianza Temporal de WV), y no tienen derecho o están inscritos en Medicare Parte A o B. El límite de ingresos es del 133 por ciento del FPL. Sin requisitos de activos.
- Antiguos Hijos de Crianza Temporal. A partir del 1 de enero de 2014, la cobertura de Medicaid se proporciona para el grupo de Antiguos Hijos de Crianza Temporal a las personas menores de 26 años que se encontraban en un hogar de crianza temporal bajo la responsabilidad del Estado y recibían Medicaid en la fecha en que cumplieron los 18 años o en la fecha en que abandonaron el hogar de crianza temporal (hasta los 21 años). No hay requisitos de ingresos o activos.
- SSI-Medicaid Relacionado. Las personas mayores, ciegas o con discapacidades, que no califican financieramente para SSI, pueden calificar para este grupo de cobertura “gastando” los ingresos hasta un nivel de ingresos establecido mediante el uso de los gastos médicos incurridos. Los activos también deben estar dentro de los límites establecidos, que son de \$2,000 para una persona y \$3,000 para una pareja.

- Cáncer de mama y cuello uterino. Las mujeres a las que se les diagnostica cáncer de mama o de cuello uterino por un programa del Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) pueden calificar para la cobertura de Medicaid cuando se cumplen ciertos requisitos no financieros. El individuo debe ser menor de 65 años y no puede estar inscrito en Medicare ni tener seguro médico acreditable. Si se cumplen todos los requisitos para el grupo de cobertura, no se le pedirán requisitos de ingresos o activos.
- Beneficiarios de Medicare Calificados (QMB). Los beneficiarios de Medicare con ingresos inferiores al 100 por ciento del FPL actual y activos no superiores a \$8,400 para un individuo y \$12,600 para una pareja, califican para el pago de la prima de Medicare Parte B y el pago de los pagos C y deducibles de Medicare. Se aplica una exclusión de entierro de \$1,500 por persona.
- Beneficiarios Especificados de Bajos Ingresos de Medicare (SLIMB). Los beneficiarios de Medicare con ingresos superiores al 100 por ciento y al 120 por ciento o por debajo de la FPL actual y activos no mayores a \$8,400 para un individuo y \$12,600 para una pareja califican para el pago de la prima de Medicare Parte B. Se aplica una exclusión de entierro de \$1,500 por persona.
- Individuos Calificados 1 (QI-1). Los beneficiarios de Medicare con ingresos por encima del 120 por ciento y por debajo del 135 por ciento de la FPL actual y activos no mayores de \$8,400 para un individuo y \$12,600 para una pareja, califican para el pago de la prima de Medicare Parte B si el individuo no califica para la cobertura bajo ninguna otro grupo de Medicaid. Se aplica una exclusión de entierro de \$1,500.
- Individuos Trabajadores Discapacitados Calificados (QDWI). Antiguos beneficiarios del beneficio por discapacidad del Seguro Social y Medicare, con ingresos que exceden los límites del Seguro Social, pueden calificar para el pago de la prima de Medicare Parte A si los ingresos están en o por debajo del 200 por ciento del FPL y los activos están por debajo de \$4,000 para un individuo y \$6,000 para una pareja.
- Incentivos de Trabajo de Medicaid (M-WIN). Este grupo de cobertura de

Medicaid es para personas que están discapacitadas y tienen entre 16 y 65 años de edad. Los individuos que cumplen con el requisito de discapacidad del Seguro Social y que estén empleados, pueden calificar cuando el ingreso bruto total está por debajo del 250 por ciento del FPL y cuando el ingreso no devengado está en o por debajo del nivel actual de pago de la SSI. El límite de activos es de \$2,000 para un individuo y \$3,000 para una persona con un cónyuge, pero el programa proporciona unos límites más liberales para ayudar a las personas a calificar. El individuo debe pagar una cuota de inscripción de \$50 y una prima mensual basada en los ingresos. La cobertura puede continuar durante algunos períodos de desempleo temporal o cuando una discapacidad mejora.

- SSI-Medicaid Relacionado (que paga por cuidados en hogares de personas de edad avanzada). Esta cobertura de Medicaid paga por el cuidado de personas mayores, ciegas o discapacitadas en un hogar de personas de edad avanzada, así como otros gastos médicos no cubiertos por Medicare u otro seguro médico privado. El límite de ingresos es del 300 por ciento del pago máximo para una persona. Las personas con ingresos superiores al límite del 300 por ciento pueden calificar para el pago de Medicaid si los costos mensuales de cuidado en hogares de personas de edad avanzada exceden el Límite de Ingresos de Necesidad Médica de Medicaid, y se cumplen todos los demás requisitos. El límite de activos es de \$2,000 para un individuo y \$3,000 para una pareja.
- Atención Domiciliaria y Comunitaria para Personas Mayores, Ciegas y Discapacitadas. El límite de ingresos es el 300 por ciento del pago máximo de la SSI para una persona. El límite de activos es \$2,000 para un individuo y \$3,000 para una pareja.
- Centros de Atención Intermedia/Personas con una Discapacidad Intelectual (ICF/IDD). El límite de ingresos es 300 por ciento del pago máximo de la SSI para una persona. El límite de activos es de \$2,000 para una persona.
- Discapacidad Intelectual y de Desarrollo (I/DD). El límite de ingresos es 300 por ciento del pago máximo de la SSI para una persona. El límite de activos es de \$2,000 para un individuo.

ADVERTENCIA: si la adjudicación DFAP del USDA aumenta sus activos, Y usted está recibiendo Medicaid porque tiene más de 65 años, es ciego(a) o discapacitado(a), Y no gasta su adjudicación hasta el límite permitido, dejará de ser elegible para Medicaid.

¿Qué puedo hacer para evitar o minimizar el impacto de la adjudicación del DFAP del USDA en mi Medicaid?

Si usted está recibiendo Medicaid porque es mayor de 65 años, ciego(a) o discapacitado(a), usted puede evitar o disminuir el impacto de la adjudicación DFAP del USDA gastando el dinero en un recurso exento. Ejemplos de recursos exentos incluyen la compra de una vivienda, un automóvil, bienes para el hogar o efectos personales, bienes esenciales para su sustento, seguro de vida, un lote de entierro y seguro de entierro.

Por ejemplo, si utiliza la adjudicación DFAP del USDA para pagar una hipoteca, pagar una tarjeta de crédito u otra deuda, hacer mejoras o reparaciones en la vivienda, comprar un lote/plan de entierro, o cambiar el automóvil por uno nuevo, puede gastar la cantidad de dinero necesaria para estar por debajo del límite de recursos. **NO REGALE EL DINERO.** Esto podría hacer que usted no sea elegible para algunos servicios de Medicaid por hasta cinco años.

¿Tengo que reportar la adjudicación del DFAP del USDA al Medicaid?

Sí. Usted debe reportar a Medicaid la cantidad de la adjudicación tan pronto como reciba el dinero. Si no reporta el pago a Medicaid, tendrá que devolver el dinero que no debería haber recibido por los gastos de atención médica cubiertos y puede enfrentar otras multas o sanciones.

¿Cómo puedo obtener información de Medicaid sobre mis beneficios?

WV PATH: sitio web donde puede solicitar programas de asistencia del Departamento de Servicios Humanos (DoHS, por sus siglas en inglés) en línea, incluyendo SNAP y Medicaid. WV PATH es el método recomendado para la mayoría de los tipos de atención para el cuidado de la salud.

Mercado de Seguros Médicos: sitio web federal para solicitar Medicaid de West Virginia, WVCHIP y seguro médico estándar con créditos fiscales. La línea de ayuda del centro de llamadas federal de 24 horas es 1-800-318-2596 o TTY 1-855-4325.

Oficinas locales del condado: puede visitar su oficina local del condado para solicitar programas de asistencia de West Virginia DoHS incluyendo Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud de Medicaid, comuníquese con su oficina local del DoHS para más información.

Línea directa del Centro de Atención al Cliente: llame a la línea directa del DoHS al 1-877-716-1212 para preguntas, orientación, para reportar un cambio en su situación, o para solicitar algunos tipos de Medicaid y WVCHIP.

¿Dónde puedo encontrar más recursos relacionados con el impacto de la adjudicación del DFAP del USDA en mi Medicaid?

Muchos beneficiarios del programa DFAP del USDA pueden solicitar asesoramiento legal breve a través de la plataforma ABA Free Legal Answers en: <https://abafreelegalanswers.org/>. Tendrá que seleccionar el estado donde vive y proporcionar información sobre ingresos y activos para determinar la elegibilidad para el asesoramiento legal gratuito, que generalmente está disponible para las personas con ingresos familiares inferiores al 250% del nivel federal de pobreza. Cuando responda a las preguntas sobre sus activos, no incluya la adjudicación del DFAP del USDA. Una vez aprobado, puede crear una cuenta para hacer una pregunta y obtener asesoramiento de un abogado voluntario.

Si no vive en Alabama, también puede ponerse en contacto con la oficina de asistencia legal que presta servicios en su comunidad. No todos los programas de asistencia legal pueden ayudar con este tipo de preguntas, y solo prestan servicios a personas que cumplen con los requisitos financieros u otros requisitos de elegibilidad. Puede consultar la asistencia legal local disponible en: <https://www.lsc.gov/about-lsc/what-legal-aid/i-need-legal-help>.

Para obtener más información y recursos adicionales visite: <https://www.nlada.org/USDA-DFAP/award-recipients>.

Si tiene preguntas generales sobre su adjudicación del DFAP del USDA, póngase en contacto con el Centro de Atención Telefónica del DFAP llamando al 1-800-721-0970.