

**FICHA DE ELEGIBILIDAD Y COSTOS COMPARTIDOS DE MEDICAID WAIVER (EXENCIÓN DE MEDICAID)  
(MEDICAID WAIVER ELIGIBILITY AND COST SHARING WORKSHEET)**

Llenar este formulario cumple los requisitos del título 42 del CFR, sección 435.

Marque una opción:  Solicitud  Revisión/recertificación  Cambio

Nombre del solicitante		Número de identificación de Medicaid	Fecha de elegibilidad de Medicaid	
Nombre del gestor de atención o trabajador de ADRC		Nombre del Income Maintenance Worker (trabajador de mantenimiento de ingresos, IMW)		Nro. de IMW
Fecha				

**Identifique el grupo de elegibilidad (marque las casillas correspondientes)**

- Grupo A** El gestor de atención verifica la categoría de elegibilidad y completa las secciones II y V para los siguientes tipos:
- Beneficiario de la SSI  SSI-E  1619a  1619b  Katie Beckett  Acogida temporal  Asistencia en adopción
  - Otra elegibilidad para Medicaid: El trabajador de IM anota el código de tipo y categoría:
- Otro tipo de Medicaid (especifique): \_\_\_\_\_
- Código de categoría CARES (especifique): \_\_\_\_\_

**Grupo B** Límite de ingresos especiales (el IMW completa las secciones III, IV y V)

**Grupo B Plus** Médicamente necesario con gasto reducido (el IMW completa las secciones III, IV y V)

El IMW puede utilizar este formulario para un solicitante del Grupo B o Grupo B Plus solo si el solicitante cumple el nivel de atención de geriátrico al momento de la solicitud.

**SECCIÓN I: Recursos financieros (complete para todos los solicitantes)**

1. Activos no exentos (si son > \$2000/persona individual, consulte al trabajador de IM para que investigue)	\$
2. Ingresos brutos ganados	\$
3. Ingresos totales no ganados	\$
4. Ingresos totales (2 + 3)	\$

**SECCIÓN II: Declaración especial sobre venta de activos para solicitantes del Group A Waiver (exención del Grupo A)**

Gestor de atención: Hágale al solicitante las dos preguntas siguientes:

- ¿Usted o su cónyuge ha vendido, intercambiado, transferido o regalado propiedades, terrenos, bonos, efectivo, vehículos o cualquier cosa de valor en los últimos 60 meses?
  - ¿Usted o su cónyuge ha creado un fideicomiso o ha depositado fondos a un fideicomiso en los últimos 60 meses?
- Sí a cualquiera de las dos Llene la ficha F-20919D y remita al solicitante al trabajador de IM para su investigación y determinación. Después de que el trabajador de IM tome una determinación, pase a la sección V.
- No a las dos Pase a la sección V.

**SECCIÓN III: Grupo B o B Plus**

1. Ingreso total	\$
Si la línea 1 ≤ Límite de ingresos necesarios categóricamente, es elegible como Grupo B. Pase a la sección IV para calcular el costo compartido.	
Si la línea 1 > Límite de ingresos necesarios categóricamente, pase a la línea 2.	
2. Costo de la atención institucional (consulte el manual de Medicaid 39.4.1)	\$
3. Reste la línea 2 de la línea 1 (si la línea 3 ≤ \$591.67, es elegible como Grupo B Plus. Pase a la sección IV para calcular el costo compartido)	\$

**SECCIÓN IV: Cálculo de costos compartidos del Grupo B y B Plus.**

Cuando se aplica el empobrecimiento del cónyuge, llene la "Ficha de asignación de ingresos del cónyuge F-01306" en lugar de la sección IV. Pase a la sección V.

1. Ingreso total	\$
2. Asignación de manutención personal (haga el cálculo en la página 2 e ingrese aquí)	\$
3. Asignación de manutención familiar (haga el cálculo en la página 2 e ingrese aquí)	\$
4. Ingresos exentos especiales (consulte el manual de Medicaid 15.7.2)	\$
5. Primas del seguro médico (consulte el manual de Medicaid 28.8.3.4)	\$
6. Gastos médicos y de rehabilitación de bolsillo (obtenga esta cifra del gestor de atención o del trabajador de ADRC)	\$
7. Deducciones totales (total de las líneas 2 + 3 + 4 + 5 + 6)	\$
8. Monto de los costos compartidos de exención (reste la línea 7 de la línea 1)	\$
El gestor de atención supervisa y documenta el monto de la línea 8. Pase a la sección V.	

**SECCIÓN V: Declaración de elegibilidad. Complete en el caso de todos los solicitantes de exención de MA (marque una opción).**

- El solicitante es elegible como Grupo A.
- El solicitante no es elegible para los servicios de exención para \_\_\_\_\_ meses debido a la venta de activos.
- El solicitante es elegible como Grupo B o B Plus sin costo compartido.
- El solicitante es elegible como Grupo B o B Plus con costo compartido mensual de \$ \_\_\_\_\_.
- El solicitante es elegible como Grupo B o B Plus casado. Se aplican las reglas de empobrecimiento del cónyuge, con un costo compartido mensual de \$ \_\_\_\_\_ (de la ficha de asignación de ingresos del cónyuge F-01306).

**Cálculos de la asignación para la sección IV**

**Cálculo de la asignación de manutención personal**

Sume los montos de A, B y C. Este total no debe exceder la asignación máxima de manutención personal de EBD de \$ \_\_\_\_ (consulte el manual de Medicaid 39.4.2). Ingrese el menor de la suma de A, B y C o la asignación máxima de manutención personal de EBD de la página 1, sección IV, línea 2.

A. Asignación para necesidades básicas. Todos los solicitantes del Grupo B y del Grupo B Plus reciben esta asignación (consulte el manual de Medicaid 39.4.2)	\$
B. \$65 y ½ de deducción por ingresos ganados (consulte el manual de Medicaid 15.7.5)	\$
C. Monto especial de vivienda (consulte el manual de Medicaid 28.8.3.1) El monto especial de vivienda es una cantidad del ingreso de la persona reservada para ayudar a pagar ciertos costos elevados de vivienda de su residencia principal.	\$

Si ambos miembros de una pareja presentan la solicitud, perciben ingresos y viven juntos en la misma residencia, divida el monto de la vivienda en partes iguales entre ellos. Si solo uno de los cónyuges percibe ingresos, ambos presentan la solicitud y viven juntos en la misma residencia, asigne el monto total de la vivienda al cónyuge que percibe ingresos.

**Nota:** El monto especial de vivienda no se aplica a los participantes de la exención menores de 18 años.

Sume todos los costos especiales de vivienda. Este monto menos \$350 es igual al monto de vivienda especial.

Los costos especiales de vivienda incluyen únicamente lo siguiente:

a. Hipoteca, alquiler, alquiler en una vivienda familiar para adultos, CBRF o RCAC	\$
b. Seguro del propietario o inquilino	\$
d. Impuesto sobre la propiedad (incluye evaluaciones especiales)	\$
e. Servicios públicos (calefacción, agua, alcantarillado, electricidad)	\$

**Cálculo de la asignación de manutención familiar**

Calcule la asignación de manutención familiar e ingrese el monto en la página 1, sección IV, línea 3, con la fórmula a o b.

<p><b>a. Para los hogares sin cónyuge relacionados con AFDC en los que el participante de la exención es el padre con custodia de los hijos menores que viven en el hogar:</b></p> <p>(1) Ingresos brutos ganados de los hijos menores \$ ____</p> <p>(2) Ingrese la deducción de ingresos ganados de \$65 y ½ (consulte el manual de Medicaid 15.7.5) \$ ____</p> <p>(3) Reste (2) de (1) \$ ____</p> <p>(4) Ingresos totales no ganados de los hijos menores \$ ____</p> <p>(5) Sume (3) y (4) \$ ____</p> <p>(6) Ingrese el límite de ingresos necesarios médicamente relacionados con AFDC (consulte el manual de Medicaid 39.3) \$ ____ (El tamaño del grupo es el número de niños menores en el hogar sin incluir al solicitante de la exención).</p> <p>Si (5) es mayor que (6), no hay asignación de manutención familiar. Si (5) es menor que (6), la asignación de manutención familiar es la diferencia entre (5) y (6).</p>	<p><b>b. Para los hogares sin niños menores viviendo allí y hay un cónyuge, pero no se aplican las políticas de empobrecimiento del cónyuge:</b></p> <p>(1) Ingresos brutos ganados del cónyuge \$ ____</p> <p>(2) Ingrese la deducción de ingresos ganados de \$65 y ½ (consulte el manual de Medicaid 15.7.5) \$ ____</p> <p>(3) Reste (2) de (1) \$ ____</p> <p>(4) Ingresos totales no ganados del cónyuge \$ ____</p> <p>(5) Sume (3) y (4) \$ ____</p> <p>(6) Ingrese \$20 de exclusión \$ ____</p> <p>(7) Reste (6) de (5) \$ ____</p> <p>(8) Ingrese el nivel de pago de SSI-E + suplemento E (consulte el manual de Medicaid 39.4.1) \$ ____</p> <p>Si (7) es mayor que (8), no hay asignación de manutención familiar. Si (7) es menor que (8), la asignación de manutención familiar es la diferencia entre (7) y (8).</p>
---	---

**SECCIÓN VI – FIRMA Y FECHA**

Proporcioné información verdadera y precisa. Entiendo que posteriormente la agencia puede solicitar información más detallada y documentada. Recibí información sobre el Estate Recovery Program (Programa de Recuperación del Patrimonio).

<b>FIRMA</b> del solicitante/participante	<b>Nombre en LETRA DE IMPRENTA</b> del solicitante/participante	Fecha de la firma
---	---	-------------------

Si firmó un representante legal, especifique la autoridad legal (tutor, curador, DPOA de finanzas, etc.)