

GUIA PARA RENOVACIONES/RECERTIFICACIONES DE MEDICAID EN LA CIUDAD de NUEVA YORK (NYC)

Esta hoja informativa es para personas cuyo Medicaid es administrado por el programa NYC Medicaid, dirigido por la Administración de Recursos Humanos (HRA). Si su Medicaid es administrado por el **Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSOH)**, esta guía no aplica a este tipo de renovaciones de Medicaid.

La cobertura de Medicaid es autorizada por un año a la vez. Aproximadamente 3 a 4 meses antes del final de su “fecha de autorización,” debe recibir un paquete de renovación por correo, que incluye instrucciones sobre cómo completarlo y devolverlo al HRA. Este proceso también es conocido como “recertificación.” En esta hoja informativa se describen los pasos recomendados para completar las recertificaciones, incluyendo como obtener una copia del formulario si no recibe uno por correo.

1. Este pendiente de su fecha de autorización de Medicaid para saber cuándo esperar su renovación.

- a. Puede encontrar el mes de inicio de su fecha de autorización en su carta de aceptación de Medicaid. El mes de inicio indicado en la carta de aceptación será ANTES que la fecha del aviso en la parte superior de la carta de aceptación. *Hemos incluido una copia de la carta de aceptación de Medicaid como ejemplo.* Esta carta tiene la fecha del 31 de Julio del 2019 y el mes de inicio de la autorización de Medicaid es el 1 de Julio del 2019 (adjunto en la página 6 está el ejemplo). La renovación en ese caso se enviaría entre enero y marzo del 2019.
- b. Si está inscrito en un plan MLTC, su plan MLTC probablemente le notificara de la fecha de su próxima renovación poco antes de que HRA le envié por correo el paquete de renovación.

2. Si recibe su paquete de renovación por correo, no tire a la basura el **sobre gris adjunto**. Como se explica a continuación, enviara el paquete de renovación completo en **este sobre gris**.

3. Como obtener su paquete de renovación si no lo recibe por correo:

- a. Configure una cuenta en el internet en la página ACCESS HRA siguiendo este enlace: <https://a069-access.nyc.gov/accesshra/>. Para configurar una cuenta, deberá crear un nombre de usuario, contraseña, y seleccionar una pregunta de seguridad. NO necesita un correo electrónico para configurar la cuenta. Una vez que cree una cuenta e inicie sesión, es posible que se le solicite que ingrese su fecha de nacimiento y número de seguro social o su número de caso de Medicaid. Ingrese esta información para ubicar su caso en el sistema de HRA. Luego podrá descargar e imprimir su formulario de renovación personalizado. Utilice este formulario de renovación personalizado en lugar de una nueva solicitud o

aplicación, ya que su paquete de renovación tiene un código de barras único para su caso.

- b. Si no puede utilizar el sitio web de Access HRA, solicite una copia de su paquete de renovación llamando a la línea automatizada de HRA al **1-888-692-6116**.
- c. **Si se ha mudado recientemente** y no ha actualizado su dirección con HRA, no recibirá su renovación, ya que se enviará por correo a la última dirección conocida.
 - Según su fecha de autorización, si i su renovación no está programada para llegar durante al menos 4 meses, reporte su nueva dirección a HRA inmediatamente. Llame a la línea de ayuda de Medicaid al 1-888-692-6116 para actualizar su dirección o completar y envíe por fax el formulario MAP-751K al 1-917-639-0837 (o complételo por internet: <https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/health/MA-P-751K.pdf>). Por favor, asegúrese de mantener la confirmación del fax.
 - Si su fecha de renovación se acerca en los próximos 4 meses, utilice Access HRA para descargar una copia del formulario de renovación (consulte el numero 3a anterior).

4. Cómo llenar el paquete de renovación (Vea una muestra del formulario de renovación en este enlace: <http://www.wnyc.com/health/download/628/>)

- a. **ESCRIBA** en letras grandes y claras en la parte superior del formulario y en cualquier espacio libre si tiene algún tipo de presupuesto especial de Medicaid, como "Empobrecimiento conyugal" (spousal impoverishment), "Rechazo conyugal" (spousal refusal), "MBI-WPD", "Fideicomiso en serie- (Pooled Income Trust)", "MAGI" o "Estándar especial de vivienda MLTC" (Special MLTC Housing Standard). También escriba si desea el Programa de Ahorros de Medicare además de Medicaid. Para obtener información sobre las reglas especiales de presupuesto de Medicaid, consulte: <http://www.wnyc.com/health/entry/222/>.
- b. **Incluya a todos los miembros del hogar y su información.** Esto incluye a su esposo/a si su esposo/a vive con usted, y cualquier hijo dependiente menor (o nietos u otros parientes) menores de 18 años o menores de 19 años inscritos en la escuela y que viven con usted. No incluya a sus hijos adultos, sus hermanos u otros compañeros de cuarto.
- c. **Haga cualquier cambio**, si corresponde, a la cantidad de su renta, sus primas de seguro médico, sus ingresos, y sus recursos.
- d. Si tiene un **Fideicomiso de Ingresos Agrupados (Pooled Income Trust)**, asegúrese de marcar la caja que indica que están adjuntadas las Verificación de Depósitos y obtenga este documento de su organización de Fideicomiso Agrupado que refleje todos los depósitos que ha realizado durante el último año. Muchos fideicomisos agrupados ahora tienen este documento disponible por página web o internet y de ahí lo puede descargar e imprimir.

e. Si su parte de los gastos del hogar para la renta y servicios públicos es más de 70% de sus ingresos mensuales, llene el Formulario de Mantenimiento Financiero y explica cómo usted cubre sus gastos. Si alguien paga una o más de sus facturas, escriba "pagado por _____." Es posible que desee incluir una carta de esta persona la cual confirme que facturas paga a su nombre. **ALERTA:** Si su familia o amigos le ayudan económicamente, nunca deberían darle dinero en efectivo. El efectivo cuenta como ingreso y aumenta su gasto – (spend down). En su lugar, pueden pagar facturas en su nombre, como su renta, servicios públicos, teléfono celular, etc. Deben pagar las facturas directamente al arrendador, empresa de servicios públicos, etc.

5. Qué incluir con su paquete de renovación:

- a. Si tiene un Fideicomiso de Ingresos Agrupados – (Pooled Income Trust), incluya una **Verificación de Depósitos** del último año hasta el mes actual. Pregúntele a su organización por este formulario. Muchos fideicomisos agrupados (Pooled Income Trust) ahora tienen este documento disponible por página web o internet y de ahí lo puede descargar e imprimir
- b. Prueba de pago de las **primas del seguro de salud**. (Por ejemplo: Medigap (póliza de Medicare suplementaria, dental, visión, sindicato/jubilación, etc.). Nota: esta prueba puede aparecer en su talón de pago.
- c. Prueba de ingresos para **todos los miembros de su hogar**, incluyendo: carta de pensión, carta del empleador, talones de pago, etc. No tiene que incluir una carta que muestre la cantidad actual del Seguro Social, pero es una buena idea incluirla de todos modos.
- d. Si tiene un I.R.A. (cuenta individual de retiros), incluya el estado de cuenta más reciente que muestre el importe de la distribución mínima requerida (RMD) del año actual. Incluya la prueba de que está tomando o de que ha solicitado distribuciones periódicas regulares.
 - **Alerta 2020** - Aunque el IRS no está obligando que nadie tome la distribución mínima requerida de su cuenta de IRA en el año 2020 debido al COVID-19, Medicaid todavía lo requiere, a menos que usted sea menor de 65 años, tenga una discapacidad, o trabaje.
 - Incluso si usted es menor de 70 años (o menor de 72 si cumplió 70 el 1 de julio de 2019 o más tarde) y no está obligado por el IRS a tomar distribuciones, Medicaid todavía requiere que tome distribuciones periódicas, a menos que sea menor de 65 años, tenga una discapacidad, o trabaje.
- e. **Prueba de recursos:** estados de cuenta bancarios y de inversión actuales que usted o su esposo/a poseen, incluso si usted los posee conjuntamente con otra persona. Incluya un estado de cuenta de su cuenta de fondo de entierro si tiene una.

- f. Si corresponde, una copia del formulario de **rechazo conyugal (spousal refusal)** firmado, si existe, incluso si lo envió antes (<http://www.wnylc.com/health/download/66/>).
- g. Si usted está en un plan MLTC y tiene el **Estándar de Ingresos Especiales para Gastos de Vivienda (Special MLTC Housing Standard)** porque estuvo en un hogar de ancianos o un hogar para adultos en el pasado, necesita completar, firmar e incluir este formulario. <http://www.wnylc.com/health/download/398/>
- h. **CONSEJO:** Escriba claramente en la parte superior del formulario de renovación y, si lo desea, en una carta de presentación, si está solicitando algún presupuesto especial (consulte #4.a. arriba). Si incluye una carta de presentación, explique el presupuesto propuesto para demostrar que el gasto debe ser cero. Aclare si también desea el Programa de Ahorros de Medicare.

6. Cómo enviar su paquete de renovación a HRA:

- a. **Haga dos copias completas** del formulario de renovación firmado y todos los archivos adjuntos.
- b. **Envíe por correo el paquete de renovación original** y todos los documentos necesarios a HRA en el sobre gris con código de barras que recibió por correo. Si descargó el formulario y no tiene el sobre con código de barras de devolución, envíelo por correo a la dirección siguiente.
- c. **Envíe otra copia completa por correo** del paquete de renovación y todos los archivos adjuntos en un sobre separado a la misma dirección a través de un recibo del correo certificado para que tenga una prueba de que lo envió y cuándo fue recibido. Guarde el recibo.

POR FAVOR ENVÍE SU RENOVACION A:

Mail Renewal Program

HRA/Medicaid Assistance Program

PO BOX 329060

Brooklyn, NY 11232-9823

- d. **Guarde una copia completa** del paquete de renovación firmado y todos los archivos adjuntos, junto con el recibo de correo certificado para sus registros. Esto será importante si recibe una carta en la que afirma que HRA nunca recibió su renovación. Vea el punto 8 b. a continuación.
- 7.** Después de enviar su paquete de renovación, puede llamar a la línea automatizada al **1-888-692-6116** para comprobar el estado de su renovación. Tenga su número de caso de Medicaid disponible, que se puede encontrar en la esquina derecha de su formulario de renovación. Tenga en cuenta que el paquete de renovación puede tardar algún tiempo en recibirse y procesarse.

**8. Recomendaciones si tiene problemas con el proceso de renovación de Medicaid: --
Que pasa si...**

- a. ¿No recibió su formulario de renovación por correo si se mudó recientemente?
Consulte el número 3 anterior.
- b. Usted recibe un Aviso indicando que su Medicaid será descontinuado por falta de renovación, a pesar de que envió su renovación. A veces esto sucede incluso cuando envía su renovación a tiempo, porque el sistema de computación está programado para enviar estos avisos automáticamente. Un ejemplo de **Aviso de Decisión sobre Su Asistencia Médica** se encuentra en la página 8 de este paquete. En este aviso
 - La fecha del aviso es el 21 de agosto del 2019.
 - El plazo incumplido para presentar la renovación fue el 10 de agosto del 2019.
 - La FECHA EFECTIVA del cierre del caso de Medicaid es el 3 de septiembre del 2019.

Si recibe este aviso, **la única manera de evitar que su caso se cierre es solicitar una Audiencia Imparcial con "Ayuda Continua"** antes de la fecha de discontinuación en el aviso (cierre del caso). En nuestro ejemplo, la fecha de discontinuación es el 3 de septiembre del 2019 (página 8 de esta hoja informativa).

CUANDO SOLICITAR LA AUDIENCIA JUSTA -- La agencia estatal de audiencias imparciales (NYS Office of Temporary & Disability Assistance o OTDA) debe recibir su solicitud de audiencia imparcial ANTES de la fecha de discontinuación. En nuestro ejemplo, para ser autorizado para ayuda continua, habría que pedir una audiencia imparcial ANTES del 3 de septiembre. Luego, su Medicaid continuará hasta que se decida la audiencia imparcial. Esto se llama "Ayuda Continua."

COMO SOLICITAR LA AUDIENCIA IMPARCIAL - por teléfono, fax o en línea, <https://otda.ny.gov/hearings/request/>. El correo no se recomienda, ya que puede llegar demasiado tarde para que usted obtenga Ayuda Continua. Incluya una copia de su AVISO y escriba la fecha del aviso, la fecha de vigencia y el número de aviso en la Solicitud de Audiencia Imparcial. La agencia estatal de audiencias OTDA alertará al personal de HRA para que mantenga su caso abierto y su cobertura activa.

BUSQUE AYUDA PARA LA AUDIENCIA en <https://www.lawhelpny.org/>. La prueba de que envió su renovación a tiempo (o dentro de 30 días de la fecha de discontinuación) será importante para ganar la audiencia. A veces, su defensor o representante, en base de la abogacía, puede ayudarlo a evitar la audiencia imparcial por completo, pero siempre debe solicitar la audiencia con "Ayuda Continua" de inmediato para evitar la pérdida de Medicaid y los servicios de

cuidado en el hogar.

- c. **¿Qué pasa si envía su renovación tarde?** En NYC, tienes un período de 30 días para devolver la renovación. HRA debe aceptar la renovación hasta 30 días después del cierre del caso. En el aviso de muestra de la página 8, la renovación debe ser recibida por HRA dentro de los 30 días posteriores al 3 de septiembre del 2019, que es antes del 3 de octubre del 2019. Envíelo por correo de la misma manera descrita en el No. 6 anterior o llévelo a cualquier oficina de Medicaid para que se reciba en un plazo de 30 días. Si es después de 30 días, debe volver a solicitar Medicaid. Vea la Alerta de NYC Medicaid, Reaplicarían & vea la Alerta de NYC Medicaid sobre renovaciones, nuevas aplicaciones, incluyendo el plazo adicional de 30 días para renovaciones.

<http://www.wnyc.com/health/download/687/>.

ADVERTENCIA: Si recibió el aviso de que su Medicaid será discontinuado (como la muestra en la página 8), y si no envió la renovación, debe solicitar una Audiencia Imparcial antes de la fecha de cierre del caso para asegurarse de que su caso de Medicaid no se cierre. También debe presentar la renovación a HRA dentro de los 30 días, si aún hay tiempo. Pero no solo envíe la renovación incluso si usted está dentro de los 30 días, o su Medicaid puede ser discontinuado. ¡Solicite una Audiencia Imparcial!

* * *

¿Preguntas? -- contacte los servicios de NYLAG Evelyn Frank Legal Resources Program:

212-613-7310 o eflrp@nylag.org (Lunes, Miércoles 10 AM – 2 PM)

Para más información consulte a: <http://www.wnyc.com/health/>

También encuentre esta hoja informativa en línea al:

<http://www.wnyc.com/health/download/763>

Spanish version of this fact sheet is available at

<http://www.wnyc.com/health/download/764>

¡Consulte estos enlaces para estar al tanto de novedades sobre este tema y otros cambios que afectan la cobertura y servicios de Medicaid!

MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM
CASA VII MEDICAID ELIGIBILITY UNIT
3050 WEST 21STREET, 2ND FLOOR
BROOKLYN, NY 11224

NOTICE OF DECISION ON YOUR
MEDICAL ASSISTANCE.

SI USTED DESEA RECIBIR NOTIFICACIONES FUTURAS
EN ESPANOL, POR FAVOR PONGASE EN CONTACTO
CON SU TRABAJADOR(A).

PROGRAM CODE = 537

NOTICE NUMBER: N016PF0668		DATE: July 31, 2019		CASE NUMBER: [REDACTED]	
OFFICE 537	UNIT	WORKER 5H9SD	UNIT OR WORKER NAME CASA VII MEDICAID ELIG. UNIT		TELEPHONE NO. 888-692-6116

AGENCY TELEPHONE NUMBERS		CASE NAME / AND ADDRESS	
GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP: 718-557-1399		[REDACTED]	
OR Agency Conference: 718-637-2426			
Fair Hearing information and assistance: 718-637-2426			
Record Access: 718-637-2425			
Child/Teen Health Plan: 718-557-1399			

IF YOU DO NOT AGREE WITH ANY DECISION EXPLAINED IN THIS NOTICE, YOU HAVE A RIGHT TO ASK US FOR A CONFERENCE AND/OR ASK THE STATE FOR A FAIR HEARING. READ THE CONFERENCE AND/OR FAIR HEARING SECTION TO SEE HOW TO ASK FOR A CONFERENCE AND/OR A FAIR HEARING.

If you are blind or seriously visually impaired and need notices or other written materials in an alternative format (large print, audio, or data CD, or Braille), contact your local social services district.

MEDICAL ASSISTANCE FECHA EFFECTIVA

We have accepted your application dated July 24, 2019 for Medicaid with a spenddown requirement effective July 1, 2019 for

<u>Name</u>	<u>Client I.D. #</u>
[REDACTED]	[REDACTED]

This is because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$2,111.36 is over the allowable Medicaid income limit of \$1,267.00. The amount over the limit is called excess income or spenddown. Your monthly excess income amount is \$844.36.

Please look at the budget calculation section to see how we figured your excess income.

This means you will have to submit paid or unpaid medical expenses not covered by insurance which are equal to or more than your monthly excess income amount in order to be eligible for payment of any covered outpatient expenses. You may also pay your excess income amount to this agency for any month you need outpatient coverage.

You can become eligible for Medicaid for both inpatient and outpatient coverage if you become hospitalized and have medical expenses (paid or unpaid) that are equal to or more than your six-month excess income amount of \$5,066.16, or have other medical expenses (paid or unpaid) that are equal to or more than your six-month excess income amount.

RENEWAL NOTIFICATION

LOCATION:

NOTICE DATE:

CASE NUMBER:

NUMBER OF ADULTS:

NUMBER OF CHILDREN:

PRIORITY:

RVI CODE:

TELEPHONE NUMBER:

Dear Consumer:

It is time to renew your Medicaid / Managed Long Term Care / Medicare Savings Program (MSP / QMB). Renewal instructions are attached to help you. **Complete and sign** this form and attach all required proofs. Return your entire renewal form, **including this page**.

You must respond or your coverage may end. If your coverage ends, depending on the coverage that you have now, we will no longer be able to provide you with health insurance coverage or pay your Medicare premium, deductible or co-pays.

Review the form carefully. If anything is wrong or has changed, write in the correct information. If it is correct, check the **"No Change"** box.

If you moved from New York City to another county within New York State, but a new case has not yet been opened where you now live, you should complete this form and we will make sure your renewal gets to your new local district.

You **must provide** certain "proofs" supporting the information you provide on this form:

- Proof of any change in your immigration status, if you are reporting a new status;
- Proof of any change in your health insurance other than Medicare, including any change to the premium that you pay;
- If you are blind or disabled, proof of disability-related work (non-medical) expenses, if any;
- If you are enrolled in the Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities;
 - proof of current employment; **or**
 - a letter stating that you lost your job within the last six months either because of a change in medical condition or through no fault of your own (for example, you were laid off).

If you have a Pooled Trust in which you have made deposits, provide proof of all deposits made since the date you applied for Medicaid or your last renewal (whichever is most recent). For proof of these deposits, you must provide one of the following:

- An accounting statement or signed letter from the Pooled Trust Administrator confirming receipt of the deposits
- Copy of bank statements showing direct debits or cleared checks to the Pooled Trust
- Copy of cancelled checks to the Pooled Trust

MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM
MAIL RECERT.UNIT-DAB GPO BOX 2624
NEW YORK, NY 10117-0300

NOTICE OF DECISION ON YOUR
MEDICAL ASSISTANCE.

EJEMPLO

FECHA DE NOTIFICACION

PROGRAM CODE = 508

SI USTED DESEA RECIBIR NOTIFICACIONES FUTURAS EN ESPANOL, POR FAVOR PONGASE EN CONTACTO CON SU TRABAJADOR(A).

NOTICE NUMBER: [REDACTED]		DATE: August 21, 2019	CASE NUMBER: [REDACTED]
OFFICE MRM	UNIT	WORKER [REDACTED]	UNIT OR WORKER NAME MAIL RECERT. UNIT-DAB (MRTS)
			TELEPHONE NO. 888-692-6116

<p>AGENCY TELEPHONE NUMBERS</p> <p>GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP 718-557-1399</p> <p>OR Agency Conference 718-637-2426</p> <p>Fair Hearing information and assistance 718-637-2426</p> <p>Record Access 718-637-2425</p> <p>Child/Teen Health Plan 718-557-1399</p>	<p>CASE NAME / AND ADDRESS</p> <p>[REDACTED]</p>
--	---

IF YOU DO NOT AGREE WITH ANY DECISION EXPLAINED IN THIS NOTICE, YOU HAVE A RIGHT TO ASK US FOR A CONFERENCE AND/OR ASK THE STATE FOR A FAIR HEARING. READ THE CONFERENCE AND/OR FAIR HEARING SECTION TO SEE HOW TO ASK FOR A CONFERENCE AND/OR A FAIR HEARING.

If you are blind or seriously visually impaired and need notices or other written materials in an alternative format (large print, audio, or data CD, or Braille), contact your local social services district.

MEDICAL ASSISTANCE

* Even though you are no longer eligible for Medical Assistance, some members *
* of your case may be eligible for continuation/extension of their Medical *
* Assistance coverage. Please read this entire notice. *

Fecha de notificacion del Aviso de discontinuación

We will discontinue Medicaid effective September 3, 2019.

You may request a Fair Hearing if you disagree with any decision explained in this notice. You have 60 days from the date of this notice to request a Fair Hearing. HOWEVER YOU MUST REQUEST A FAIR HEARING BEFORE THE EFFECTIVE DATE ABOVE IF YOU WANT YOUR MEDICAID TO CONTINUE UNCHANGED UNTIL THE FAIR HEARING DECISION. You may also request an informal local conference. A request for a local conference alone will not result in continuation of benefits and does not meet the 60-day deadline for requesting a Fair Hearing.

Fecha de cierre

We are discontinuing Medicaid because you or your representative did not return the recertification form by August 10, 2019.

If your Medicaid is discontinued, all your Medicaid services, including your home care services, will be discontinued.

If you are now enrolled in a Medicaid Managed Care plan, you will no longer be