

OPCJONALNY PROGRAM WPLĄT DLA OSÓB Z NADWYŻKĄ DOCHODU (Polish)

Osoby, których dochód przekracza limit dochodu programu Pomocy medycznej, mogą nadal uzyskać pomoc w opłaceniu rachunków medycznych. Dokument MAP-931, **Wyjaśnienie programu nadwyżki dochodu** informuje, że w przypadku przyniesienia lub przesłania rachunków medycznych co miesiąc na kwotę równą lub przekraczającą kwotę nadwyżki dochodu możliwe jest uzyskanie ubezpieczenia za wszelkie inne **ambulatoryjne** wydatki medyczne, które zostaną poniesione u dostawcy Pomocy medycznej za ten miesiąc. Poniżej wyjaśniamy kolejny sposób uzyskania ubezpieczenia w ramach programu Pomocy medycznej.

Zamiast przynoszenia lub przesyłania rachunków medycznych co miesiąc, można wpłacić kwotę dochodu przekraczającą limit. Jeśli zdecydują się Państwo na wpłatę, uzyskają Państwo ubezpieczenie na opiekę ambulatoryjną za miesiąc, za który dokonywana jest wpłata i nie będą musieli Państwo czekać do czasu wystawienia rachunku medycznego. W przypadku wpłacenia łącznej kwoty za sześć miesięcy nadwyżki dochodu, uzyskają Państwo ubezpieczenie na leczenie szpitalne i ambulatoryjne na ten okres sześciu miesięcy. Po uzyskaniu ubezpieczenia mogą Państwo korzystać z karty pomocy medycznej, aby uzyskać usługi u lekarza lub innego dostawcy. Przed skorzystaniem z usług należy upewnić się, że dostawca akceptuje płatności z programu Pomocy medycznej.

W przypadku wpłaty nadwyżki dochodu i następnie otrzymania lub opłacenia rachunku za usługi medyczne nieobjęte pomocą medyczną (np. usługi chiropraktyka), zapewnimy zwrot kosztów lub udzielimy kredytu na rzecz następnego, nieobjętego ubezpieczeniem miesiąca. Należy przynieść lub przesłać zapłacony lub niezapłacony rachunek w celu uzyskania kredytu lub zwrotu.

Nie płacimy ani nie udzielamy kredytu za żaden rachunek lub jego część, która jest objęta **Medicare** lub inne posiadane ubezpieczenie zdrowotne.

Jeśli zdecydują się Państwo na wpłatę nadwyżki dochodu, od czasu do czasu przejrzymy kwotę wszystkich roszczeń zapłaconych za Państwa i porównamy je z kwotą wpłaconą przez Państwa. W przypadku wyższej wpłaty zwrócimy koszty lub przyznamy kredyt na ubezpieczenie w kolejnym miesiącu. Podejmiemy tę decyzję w zależności od okoliczności.

Należy rozważyć poniższe kwestie przed podjęciem decyzji o udziale w programie wpłat:

- 1 Jeśli nie mają Państwo pewności, że będą korzystać z usług medycznych w danym miesiącu, **nie** jest korzystne dokonanie wpłat nadwyżki dochodu za ten miesiąc.
- 2 Jeśli dokonają Państwo wpłaty nadwyżki dochodu za dany okres, a następnie nie skorzystają z karty pomocy medycznej, może upłynąć rok do czasu dokonania przez nas zwrotu lub przyznania kredytu. Dzieje się tak dlatego, że musimy odczekać, aby sprawdzić, czy roszczenia za ten okres zostały wypłacone.
3. Jeśli zdecydują się Państwo na wpłacenie nadwyżki dochodu, można to robić co miesiąc lub tylko w miesiącach, gdy będą Państwo korzystać z usług medycznych. Jeśli Państwo chcą, **możliwe** jest wpłacenie kwoty za więcej niż jeden miesiąc, do sześciu miesięcy z rzędu. Jeśli jednak zdecydują się Państwo wpłacić nadwyżkę dochodu, a następnie nie dokonają płatności za trzy miesiące z rzędu, mogą Państwo otrzymać powiadomienie o zamiarze zamknięcia sprawy. Mogą się Państwo ponownie ubiegać o pomoc medyczną w przypadku poniesienia lub zamiaru poniesienia wydatków medycznych równych nadwyżce dochodu i mogą Państwo dokonać płatności lub przesłać rachunki, aby uzyskać ubezpieczenie.

W niektórych sytuacjach program Medicaid nie bierze pod uwagę dochodu umieszczonego w funduszu potrzeb dodatkowych. Prosimy o zapoznanie się z załączonym „Wyjaśnieniem wpływu funduszy powierniczych na uprawnienie do Medicaid”. Informacje te są również dostępne na stronie internetowej Wydziału Zdrowia pod adresem: http://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

Jeśli nie przekażą Państwo dowodu zasobów podczas ustalania uprawnienia do pomocy medycznej, nie będą Państwo uprawnieni do ubezpieczenia na usługi opieki długoterminowej.

Prosimy o kontakt z HRA Medicaid Helpline pod numerem 1-888-692-6116 w celu uzyskania pomocy w zrozumieniu niniejszego pisma lub otrzymania dodatkowych informacji.

Czy jest Pan(i) niepełnosprawny(-a), chory(-a) lub chory(-a) psychicznie? Czy stan Pana(-i) zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego powiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy Pana(-i) stan zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA)? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy zadzwonić pod numer 212-331-4640. Pomoc można również uzyskać podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z prawem ma Pan(i) prawo otrzymać taką pomoc.

Wyjaśnieniem wpływu funduszy powierniczych na uprawnienie do Medicaid

Czym jest fundusz powierniczy?

Fundusz powierniczy to instrument prawny, za pośrednictwem którego osoba fizyczna przekazuje kontrolę nad swoimi zasobami innej osobie (powiernikowi) w celu wydatkowania zgodnie z instrukcjami osoby tworzącej fundusz. Fundusz powierniczy może obejmować:

- gotówkę oraz inne aktywa płynne; **oraz**
- nieruchomości lub mienie, które można spieniężyć.

Co jest traktowane jako aktywa i może być wykorzystane do utworzenia funduszu powierniczego?

Aktywa często umieszczane na fundusz obejmują dochód, zgromadzone zasoby oraz nieruchomości.

W jaki sposób fundusz powierniczy wpływa na moje świadczenia Medicaid?

Zgodnie z zasadą ogólną, w przypadku wykorzystania aktywów do utworzenia funduszu powierniczego w dniu lub po 1 stycznia 2000 roku, całość lub część aktywów na funduszu zostanie zaliczona jako zasoby do celów określenia uprawnienia Medicaid.

- W przypadku **powiązania odwołalnego**, cały fundusz powierniczy stanowi zasób.
- W przypadku **powiązania nieodwołalnego** oraz istnienia okoliczności, po zaistnieniu których należy dokonać płatności dla świadczeniobiorcy lub jego świadczeń, część funduszu powierniczego, z której można dokonać płatności, stanowi zasób.

Czy istnieją jakieś wyjątki od tych zasad zaliczania?

Istnieją pewne wyjątki mające zastosowanie do:

- „Funduszy na potrzeby specjalne” (nazywanych czasami „funduszami na potrzeby dodatkowe”), które są tworzone w odniesieniu do osób niepełnosprawnych poniżej 65 roku życia. „Fundusz na potrzeby specjalne” musi:
 - Zostać utworzony z własnych aktywów danej osoby; **oraz**
 - Zostać utworzony przez osobę niepełnosprawną, jej rodzica, dziadka lub opiekuna prawnego lub przez sąd; **oraz**
 - Obejmować zapis, że po śmierci osoby niepełnosprawnej stan otrzyma całą kwotę pozostałą na funduszu, do kwoty świadczeń Medicaid opłaconych w imieniu tej osoby.
- „Fundusz połączony” tworzony na rzecz osoby niepełnosprawnej w dowolnym wieku. Aby zostać uznanym za „fundusz połączony”:
 - Fundusz musi zostać utworzony i zarządzany przez stowarzyszenie nonprofit;
 - Fundusz utrzymuje oddzielne konta dla każdej osoby, której aktywa są uwzględnione w funduszu połączonym, jednak zbiera te konta do celów inwestycji i zarządzania środkami funduszu;
 - Fundusz musi zostać utworzony z aktywów własnych osób indywidualnych;
 - Konta osób niepełnosprawnych w funduszu mogą zostać założone przez osoby niepełnosprawne, przez rodziców, dziadków lub opiekunów prawnych osób niepełnosprawnych lub przez sąd; **oraz**
 - Fundusz musi obejmować zapis stwierdzający, że po śmierci danej osoby środki niezatrzymane przez organizację nonprofit zostaną przekazane na rzecz stanu do kwoty świadczeń Medicaid opłaconych w imieniu tej osoby.

Medicaid nie będzie uwzględniać aktywów na funduszach na potrzeby specjalne lub funduszach połączonych, jeśli spełniają one opisane kryteria. Dochód przekazany bezpośrednio na jeden z tych funduszy lub uzyskany i następnie umieszczony na funduszu nie jest traktowany jako dochód. Wymagane jest potwierdzenie, że dochód został umieszczony na funduszu. Wszelkie aktywa funduszu przekazane osobie niepełnosprawnej są traktowane jako dochód.

W jaki sposób mogę złożyć wniosek o ponowne ustalenie mojego dochodu przez lokalny okręg pomocy społecznej po utworzeniu funduszu?

Należy przekazać kopię umowy funduszu do lokalnego okręgu pomocy społecznej. Należy dołączyć pisemne oświadczenie wskazujące kwotę dochodu miesięcznego, który będzie przekazywany do funduszu co miesiąc.

Czy pieniądze pochodzące z funduszu, które *nie* są moimi zasobami, wpływają na świadczenia Medicaid?

- Pieniądze wypłacane bezpośrednio z funduszu są zaliczane na poczet dochodu.
- Pieniądze wypłacane innej osobie w imieniu osoby niepełnosprawnej nie są liczone jako dochód (np. żywność, zakwaterowanie, rachunki telefoniczne, wykształcenie, rozrywka itd.).

Gdzie mogę dowiedzieć się więcej na temat założenia funduszu?

W przypadku zainteresowania założeniem funduszu należy skonsultować się z prawnikiem lub doradcą finansowym. Istnieje możliwość uzyskania bezpłatnej porady prawnej, kontaktując się z lokalnym biurem Towarzystwa Pomocy Prawnej lub lokalnymi biurami usług prawnych. W celu uzyskania nazwisk innych prawników należy zadzwonić do lokalnej lub stanowej izby adwokackiej.

W przypadku tworzenia funduszu za pośrednictwem pełnomocnictwa (POA), prawa przyznane w ramach POA muszą obejmować pozwolenie na dokonywanie datków.

Uwaga! Również w przypadku osób zamężnych/żonatych lub samotnych aktywa, które mogą zostać wykorzystane do utworzenia funduszu i nie mogą być zaliczane podczas mieszkania w społeczności, będą zaliczane podczas ustalania kwoty dochodu, który należy przekazać na rzecz kosztów długotrwałego pobytu w domu opieki. Mają zastosowanie dodatkowe zasady dotyczące transferu pomiędzy funduszami zgodnie z postanowieniami transferu aktywów.

W przypadku osób żonatych/zamężnych, których uprawnienie do Medicaid ustalono w oparciu o budżet zakładający zubożenie małżonka oraz zasady po uzyskaniu uprawnienia (np. zapisanie do planu zarządzanej opieki długoterminowej Medicaid), cały dochód umieszczony na funduszu będzie brany pod uwagę podczas ustalania uprawnienia.

Niniejsza informacja ma charakter ogólny.
W celu uzyskania dodatkowych informacji
zadzwoń pod numer 1-800-541-2831