

Una publicación del **Centro de Harry y Jeanette Weinberg para la justicia de los ancianos en el Hogar Hebreo de Riverdale**, en colaboración con la **Asociación público-privada de servicios para la tercera edad de Westchester** y el **Centro de justicia para la mujer de Pace**.

---

# **Derecho para la tercera edad**

## **Preguntas y respuestas:**

Una introducción a las  
problemáticas de la tercera edad  
y la planificación para el futuro

**19° Edición**

---

Redactado por: Dr. Steven A. Schurkman  
Keane & Beane, P.C.  
445 Hamilton Avenue – 15° piso  
White Plains, NY 10601  
(914) 946-4777  
sschurkman@kblaw.com

WESTCHESTER



PUBLIC/PRIVATE PARTNERSHIP  
FOR AGING SERVICES



The Harry and Jeanette  
**Weinberg Center for Elder Justice**

AT THE HEBREW HOME AT RIVERDALE



*Esta publicación ha sido posible gracias a la generosa contribución de Westchester Public Private Partnership for Aging Services y Harry and Jeanette Weinberg Foundation. Este proyecto fue patrocinado inicialmente por una subvención otorgada por la División de servicios de justicia penal del estado de Nueva York. Previamente, se recibió apoyo de las siguientes entidades: Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU., Departamento del estado de Nueva York para la tercera edad y Departamento de servicios y programas para adultos mayores del condado de Westchester. Las opiniones presentes en este documento pertenecen a sus autores y no representan necesariamente la postura oficial o las políticas de estas entidades.*

## Queridos Colegas:

Como indica su nombre, envejecer es un proceso fructífero que permite aumentar las conexiones familiares, el compromiso comunitario y el tiempo libre. Este manual, en su enésimo impresión, es una excelente guía para garantizar la tranquilidad durante este periodo, un escenario imprescindible para disfrutar de una experiencia positiva del envejecimiento.

La planificación con antelación es una de las medidas más importantes para protegerse a usted mismo y a su patrimonio. Esta publicación brinda información útil sobre como tomar decisiones de salud a corto y largo plazo. También ofrece información valiosa sobre la planificación financiera y la preservación del patrimonio, incluidos los poderes notariales, los poderes notariales médicos, testamentos vitales, testamentos, fideicomisos, impuestos, seguros y planificación de Medicaid. Este manual pretende ser una guía y no sustituye a los consejos útiles y sensatos o a la atención personalizada de un abogado con experiencia.

Aunque la tercera edad conlleva un potencial enormemente positivo, las fuerzas sociales como la discriminación por razones de edad pueden acentuar las vulnerabilidades físicas y económicas, lo que puede acarrear consecuencias negativas en cualquier ámbito de la vida de la persona, incluida una mayor susceptibilidad al abuso y a los malos tratos. Hace poco, ha surgido el concepto de justicia para las personas ancianas como una respuesta nacional a las fuerzas sociales, gubernamentales y comunitarias que pueden converger para marginar a la tercera edad. Fundamentalmente, este movimiento pretende crear el marco social que permite que las personas vivan con seguridad y dignidad como ciudadanos plenos y miembros de la comunidad a lo largo de toda su vida. Esta guía también pretende servir como recurso crítico para los aliados y activistas del movimiento en favor de la justicia para los ancianos, incluidos todos los adultos de edad avanzada y los miembros de su familia, amigos o vecinos.

La comunidad del condado de Westchester tiene la suerte de disponer de una sólida gama de profesionales, organizaciones y personas solidarias que poseen distintas trayectorias y habilidades, y están comprometidos con la causa de la justicia para las personas ancianas. Durante la última década, el Centro de Harry y Jeanette Weinberg para la justicia de los ancianos en el Hogar Hebreo de Riverdale (un programa de RiverSpring Health) ha tenido el honor de contarse dentro de este grupo, ofreciendo refugio de emergencia para las personas de la tercera edad víctimas de abuso. Hemos brindado más de 110.000 días de refugio desde 2005. El Centro Weinberg, un modelo nacional, incluye refugio integral, ofreciendo servicios médicos, sociales y terapéuticos holísticos, y servicios legales directos. El Centro Weinberg también ofrece cada año divulgación y formación a miles de profesionales y otras personas que trabajan con adultos mayores, y se enorgullece de ser un miembro fundador del Equipo Multidisciplinario del Condado de Westchester, que coordina respuestas centradas en la víctima para los casos complejos de abuso en la tercera edad. Entre distintos profesionales de todo en condado. Si es un profesional del Condado de Westchester y está interesado en aprender más sobre MDT, envíe un correo electrónico al coordinador del equipo a [malya.levin@hebrewhome.org](mailto:malya.levin@hebrewhome.org).

Estamos inmensamente en deuda con los profesionales en extremo solidarios del Hogar Hebreo, por el excelente cuidado que brindan a las víctimas de maltratos que han encontrado refugio en el Centro Weinberg y con nuestros amigos del Centro de Justicia de Pace para la Mujer, un socio fundamental en la creación del Centro Weinberg. El Centro de Justicia para la Mujer, un recurso de capacitación sin fines de lucro, proveedor de servicios legales, y de educación e información legal sigue siendo un centro de excelencia para mujeres y hombres, jóvenes y mayores, de nuestra comunidad.

Estamos inmensamente en deuda con los profesionales en extremo solidarios del Hogar Hebreo en Riverdale de RiverSpring Health, por el excelente cuidado que brindan a las víctimas de maltratos que han encontrado refugio en el Centro Weinberg. También estamos profundamente agradecidos con el Dr. Steven A. Schurkman, de Keane & Beane, P.C., por su pericia en el campo del derecho para la tercera edad, y por escribir y editar anualmente el Cuadernillo de preguntas y respuestas sobre el derecho para la tercera edad. Es un gran amigo del Hogar Hebreo, el Centro Weinberg y el Centro de justicia de Pace para la mujer.

También agradecemos a los Jueces de la Suprema Corte del Estado de Nueva York, Dra. Judith J. Gische, Dr. Deepankar Mukerji, Dra. Frances M. Pantaleo, Mary Beth Morrissey, Ph.D, MPH, J.D., David Leven, J.D., y Dra. Sarah A. Steckler, por su cuidadosa lectura y comentarios considerados durante el desarrollo de esta publicación. Vaya también nuestro reconocimiento a la Asociación pública/privada de Westchester de Servicios para la Tercera Edad por su continuo apoyo y ayuda para financiar este cuadernillo.

Esta publicación también está disponible en línea en los sitios del gobierno del condado de Westchester:

y en la página Legal y Financiera del Gobierno de Westchester:

<http://seniorcitizens.westchestergov.com/money-and-legal>

También en Sitio web de los Programas Diurnos de Derecho para la Tercera Edad

<http://www.seniorlawday.info/elderlaw/>

También se puede acceder al cuadernillo de preguntas y respuestas desde el sitio web de la Escuela de Leyes de Pace, en <http://www.law.pace.edu/resources>

El Centro de Harry y Jeanette Weinberg para justicia de los ancianos en el Hogar Hebreo de Riverdale <http://www.weinberg-center.org/publications/>

Para conocer más sobre el Centro Weinberg, por favor escriba un correo electrónico a [joy.solomon@hebrewhome.org](mailto:joy.solomon@hebrewhome.org).



Dr. Joy Solomon, Director General y Abogado  
Centro de Harry y Jeanette Weinberg para la justicia de los ancianos  
del Hogar Hebreo de Riverdale



Presione el numero  
de la pagina para  
saltar a esa seccion

## ÍNDICE

Conceptos Básicos Sobre El Derecho para la Tercera Edad y Los Abogados para la Tercera Edad.....	4
Planificación de la Atención Médica.....	6
Planificación de Cuidados Futuros – Administración de Finanzas y Activos.....	15
Poder Notarial.....	15
Fideicomisos Activos o Inter Vivos.....	22
Testamentos.....	26
Impuestos.....	29
Medicare.....	37
Seguro Médico a Largo Plazo.....	41
Preservación de Bienes/ Planificación de Medicaid.....	46
Maltrato a Personas de la Tercera Edad.....	66
Centro de Harry & Jeanette Weinberg para la justicia de los ancianos del Hogar Hebreo de Riverdale de RiverSpring Health.....	73
Servicios de Salud Mental para Adultos Mayores.....	76
Asociación Pública/Privada de Westchester Para Servicios a la Tercera Edad.....	82
Poder para la Atención Médico (Apéndice A).....	86
Testamento en Vida y Poder de Asistencia Sanitaria del Estado de Nueva York (Apéndice B)...	95
MOLST (Órdenes Médicas para el Tratamientos de Soporte Vital (Apéndice C).....	98
Poder Notarial – Formulario Breve Reglamentario de Nueva York (Apéndice D).....	136
Cómo Obtener Medicaid a Pesar de Tener un Ingreso Superior (Apéndice E).....	150
Programas MLTC que Prestan Servicio a Hudson Valley a Nueva York y la Ciudad de Nueva York (Apéndice F).....	164
Documentos Requeridos para la Solicitud de Medicaid (Apéndice G).....	169
Acceso a Cuidados Médicos en Nueva York Solicitud de Medicaid (Apéndice H).....	172
Senior Law Day – Programa Sobre Leyes para Personas Majores.....	201

## CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL DERECHO Y LOS ABOGADOS PARA LA TERCERA EDAD

### ¿Qué es el derecho para la tercera edad?

La expresión derecho para la tercera edad abarca una amplia gama de temas legales, y suele usarse para referirse a todos los asuntos de índole legal que afectan a los ciudadanos mayores y a la población de edad avanzada. Por supuesto, muchas de las problemáticas legales que enfrenta la población de edad avanzada también las enfrentan otros individuos de la población general, en especial, las personas con discapacidades.

### ¿Qué es un abogado para la tercera edad?

Un abogado para la tercera edad es un profesional del derecho cuya práctica se concentra en los asuntos legales de los individuos de edad avanzada. Los abogados para la tercera edad tienen la capacidad de lidiar con una amplia gama de necesidades de los adultos mayores. Pueden ayudar con la planificación patrimonial, localizar programas que se enfoquen en las necesidades de los mayores y sus familias, y ayudar a sus clientes a obtener el cuidado y la ayuda que necesitan ahora y en el futuro. Un abogado para la tercera edad podría contratarse para tratar diversas problemáticas, entre las cuales podemos mencionar:

- Planificación financiera y de atención médica para adultos mayores
- Planificación patrimonial y fiscal
- Transferencia de bienes; preservación y protección de bienes
- Planificación de Medicare y Medicaid
- Problemáticas que afecten a trabajadores mayores
- Altas de hospitales y problemáticas en la admisión a residencias para la tercera edad
- Alternativas de alojamiento para adultos mayores
- Toma de decisiones subrogadas, incluida la tutela legal

## Quisiera recibir asesoramiento sobre planificación patrimonial y financiera. ¿Cómo encuentro un abogado para la tercera edad?

Como suele suceder al contratar profesionales, obtener recomendaciones de amigos, parientes, socios comerciales y otras personas que probablemente hayan tenido contacto regular con abogados es un buen punto de inicio. La Academia Nacional de Abogados para la Tercera Edad, con sede en Vienna, Virginia, es una organización nacional de abogados para la tercera edad que puede recomendar abogados especializados ubicados en su área geográfica. A nivel local, el Departamento de Programas y Servicios para Adultos Mayores del Condado de Westchester (antiguamente, la Oficina para la Tercera Edad del Condado de Westchester), el Centro de Justicia de Pace para la Mujer, la Asociación de Abogados del Condado de Westchester, y otras asociaciones de abogados y grupos legales sin fines de lucro, pueden brindar información relativa a problemáticas de la tercera edad y/u ofrecer referencias sobre abogados; todos ellos son recursos útiles para hallar asesoramiento experimentado. El Sistema de Bibliotecas del Condado de Westchester también puede ser un recurso útil donde obtener información con respecto a la selección de un abogado para la Tercera Edad. A menudo, estos servicios brindarán varios nombres de entre un panel de abogados conocidos con experiencia en derecho para la tercera edad.

Se recomienda mantener entrevistas con más de un abogado antes de hacer una elección. Durante la entrevista inicial, debe solicitar que el potencial abogado trate los temas que usted considera más importantes. Asegúrese de que su abogado tenga experiencia en el área del derecho para la tercera edad. Para determinar la pericia del abogado, es aceptable y apropiado preguntarle cuántos asuntos de derecho para la tercera edad maneja por año, y/o qué porcentaje de su práctica legal está orientada al derecho para la tercera edad. Preguntar sobre la participación del abogado en grupos cívicos o profesionales que se concentren en problemáticas de la tercera edad también puede ser útil para determinar la pericia del abogado y el nivel de compromiso con la práctica del derecho para la tercera edad.

## PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

### Poder Notarial Médico y Testamento Vital

En este momento me encuentro saludable, pero quiero asegurarme de que si alguna vez me veo gravemente incapacitado, no se me impongan tratamientos artificiales de soporte vital. ¿Cómo puedo asegurarme de que se respetarán mis deseos?

Existen tres (3) documentos que debe considerar firmar para asegurarse de que sus deseos en cuanto al cuidado de su salud se respeten.

- 1) Un **poder notarial médico** es un documento legal que puede usarse para proteger sus deseos en materia de atención médica en caso de que quede incapacitado. Un poder notarial médico le permite a usted (el poderdante) designar a alguien (el agente de atención médica) para que tome decisiones médicas por usted en caso de que usted se vuelva incompetente. También puede nombrarse un agente de atención médica sustituto, que actúe si el agente principal no puede hacerlo. Un agente de atención médica puede tomar decisiones de rutina y decisiones relativas a los tratamientos de soporte vital, pero no podrá impedir que se le brinde nutrición o hidratación artificiales a menos que sea su intención y que tal decisión esté claramente expresada en el poder notarial médico, o en más detalle en un testamento vital u orden médica para tratamiento de soporte vital. Además, en virtud de la legislación aprobada el 4 de octubre de 2000, usted puede también expresar sus deseos relativos a la donación de órganos en su poder notarial médico. **Se incluye una copia del formulario del poder notarial médico como Anexo A de este cuadernillo.**
- 2) Un **testamento vital** es un documento que establece sus intenciones relativas a su atención médica, especialmente en lo que respecta a procedimientos artificiales de soporte vital. En un testamento vital, usted puede declarar su intención de someterse a ciertas medidas de soporte vital, tales como nutrición o hidratación artificiales (que pueden imponerse si usted no es capaz de comer o beber por su cuenta), o respiración mecánica (que podría usarse si usted no pudiera respirar por su cuenta). Otros tipos de tratamientos a los que podría decidir someterse incluyen, pero no se limitan a, resucitación cardiopulmonar (si su corazón deja de latir), tratamiento con antibióticos, inyecciones salinas (para evitar la deshidratación) y alivio del dolor

(hasta un máximo establecido). El testamento vital contendrá sus intenciones relativas a estos aspectos importantes en el caso de que, en algún momento futuro, se vuelva incapaz de tomar estas decisiones por su cuenta. **Se incluye una copia del formulario de testamento vital como Anexo B de este cuadernillo.**

- 3) Una **orden médica para tratamientos de soporte vital** (“MOLST”, por sus siglas en inglés), es un formulario alternativo a un testamento vital que permite a los individuos, en convenio con sus médicos, documentar sus preferencias en cuanto al cuidado a recibir en caso de caer en estado terminal y asegurarse de que esas preferencias se den a conocer a los proveedores de servicios médicos de todo el sistema de atención médica. El documento MOLST es un formulario de orden médica (DOH-5003) en papel rosado brillante aprobado por el Departamento de Salud del estado de Nueva York para que lo utilicen los proveedores e instituciones de servicios de salud en todo el estado. El formulario MOLST puede usarse para emitir órdenes de tratamientos de soporte vital a pacientes internados en hospitales generales y asilos de ancianos. En la comunidad, el formulario puede usarse para emitir una orden no hospitalaria de No resucitar (DNR) o No intubar (DNI), y en ciertas circunstancias, órdenes relativas a otros tratamientos de soporte vital. **Se incluye una copia del formulario MOLST con listas de control de apoyo como Anexo C en este cuadernillo.**

### **¿A partir de cuándo debo disponer de un poder anticipado para cuidados médicos?**

Todas aquella personas de dieciocho (18) años de edad o más deben disponer de un poder anticipado para cuidados médicos.

### **¿Cuándo debo realizar un testamento vital?**

Debe realizar un testamento vital si no desea que lo mantengan con vida de forma artificial por medio de dispositivos médicos si usted se encontrara en estado vegetativo persistente.

## ¿Cuándo debo solicitar un MOLST a mi médico?

Considere completar un MOLST con su médico si reside en una instalación de cuidados prolongados, reside en la comunidad y necesita servicios de atención a largo plazo, tales como asistentes de salud en el hogar, tiene una enfermedad grave, tiene una esperanza de vida limitada o desea evitar o recibir todo o algún tratamiento de soporte vital.

## ¿Qué significan los términos médicos del formulario MOLST?

- CPR hace referencia a la reanimación cardiopulmonar, una combinación de técnicas, que incluye la compresión torácica y la respiración de rescate, diseñadas para bombear el corazón y lograr que circule la sangre y el oxígeno llegue al cerebro hasta que un tratamiento definitivo pueda estimular el corazón para que comience a funcionar nuevamente.
- Paro cardíaco es una afección en la que el corazón deja de latir.
- Intubación es la inserción de un tubo en la tráquea para que respire cuando usted no puede hacerlo.
- Ventilación mecánica hace referencia a una máquina que lleva oxígeno y elimina el dióxido de carbono del cuerpo.
- Las sondas de alimentación se introducen en el cuerpo a través de la nariz o en el abdomen.
- Los antibióticos son para el tratamiento de las infecciones bacterianas.

## ¿En qué momento se vuelve efectivo un poder notarial médico, testamento vital o formulario MOLST?

Un poder notarial médico se vuelve efectivo cuando su médico de cabecera determina, con un grado razonable de certeza médica, que usted, como titular, carece de la capacidad de tomar decisiones relativas a su propia salud. Si se involucra una decisión de rechazar un tratamiento de soporte vital, el médico de cabecera debe consultar con otro médico para confirmar que usted carece de la capacidad de decidir.

Si usted usa un testamento vital para decidir por adelantado que no deben usarse determinados tratamientos de soporte vital, debe también decidir cuándo y cómo deberá tomarse la determinación de que se encuentra en una condición en la que deben retirarse los métodos de vida artificial. Por ejemplo, su testamento vital puede brindar los métodos de soporte vital que deben retirarse si su médico de cabecera determina que ha sufrido un pérdida sustancial e irreversible de capacidad mental o física, y que no hay expectativa razonable de recuperación. También pueden especificarse otros estándares.

Si usa un documento MOLST en lugar de un testamento vital, su efectividad será inmediata dado que un documento MOLST tiene la fuerza y beneficio de contener sus preferencias en caso de encontrarse en estado terminal en una orden médica ejecutable.

### **¿A quién puedo nombrar como mi agente de atención médica?**

Puede nombrar prácticamente a cualquier adulto para que actúe como su agente de atención médica. A menudo, los agentes de atención médica son los cónyuges, hijos/as, hermanos/as u otros parientes o amigos cercanos al titular. Es importante elegir a alguien de confianza, alguien que entienda sus preocupaciones relativas al cuidado de su salud, y alguien que usted crea que llevará a cabo activa y efectivamente sus deseos en cuanto a su atención médica.

La ley estatal impone ciertas limitaciones sobre los individuos que actúen como agentes de atención médica. Por ejemplo, si vive en una residencia para cuidados de la salud u hospital, el operador, administrador o los empleados de esta residencia u hospital no pueden actuar como su agente de atención médica (a menos que dicho operador, administrador o empleado tenga con usted un vínculo de sangre, matrimonio o adopción). Además, en ausencia de una relación de sangre, matrimonio o adopción, ningún médico relacionado con su residencia de cuidados médicos u hospital puede actuar como su agente de atención médica. Un individuo que ya esté actuando como agente de atención médica de diez o más titulares no puede ser su agente de atención médica a menos que esa persona sea su cónyuge, hijo/a, padre, madre, hermano/a o abuelo/a.



### **¿Puedo pedirle a mi médico que actúe como mi agente de atención médica?**

En tanto su médico no esté asociado con la institución de cuidados médicos u hospital en el que usted reside, puede actuar como su agente de atención médica. Sin embargo, el médico que usted designe como su agente de atención médica no puede ser también el médico responsable de determinar si usted carece de la capacidad para tomar sus propias decisiones en relación a su atención médica. Esa determinación debe tomarla un segundo médico independiente.

### **¿Cómo puedo estar seguro de que se respetarán mis deseos, figuren estos en un poder notarial médico, testamento vital o formulario MOLST?**

Tanto un poder notarial médico como un Testamento vital sirven como evidencia sustancial frente a un tribunal en lo que respecta a sus intenciones relativas a la toma de decisiones sobre atención médica. Sin embargo, las instrucciones generales sobre rechazar un tratamiento, incluso si están por escrito, pueden no ser efectivas. Por lo tanto, si bien suele ser difícil anticipar necesidades médicas futuras, es mejor ser lo más específico posible respecto a las clases de tratamiento a los que no desea someterse, y a las condiciones médicas en las que se deberían rechazar esos tratamientos.

Si usted no desea que se lo mantenga vivo mediante medios artificiales, es importante que declare su intención tanto en el poder notarial médico como en sus documentos testamentarios vitales.

La ley establece que a menos que su agente conozca sus deseos relativos a nutrición o hidratación artificiales, no podrá negarse o consentir estos tratamientos en su nombre. Por lo tanto, si está seguro de que no quiere recibir alimentación o hidratación artificial, debe expresar en un lenguaje claro en su poder notarial médico su deseo de que se eviten dichas intervenciones. El siguiente enunciado podría usarse para expresar tal intención:

*Mi agente conoce mis deseos relativos a la hidratación y nutrición artificiales y está autorizado para tomar decisiones al respecto.*

Su testamento vital es el documento en el que establece en mayor detalle bajo qué circunstancias puede evitarse o retirarse el soporte vital (específicamente en cuanto a la nutrición o hidratación artificiales), y donde también se mencionan otros tipos de tratamientos de atención médica, que incluyen:



- respiración artificial, resucitación cardiopulmonar (CPR),
- administración de medicamentos antipsicóticos,
- cuidados paliativos,
- terapia de choques eléctricos,
- tratamientos con antibióticos,
- psicocirugía,
- diálisis,
- trasplantes de órganos,
- transfusiones de órganos,
- aborto,
- esterilización.

Para ayudar a garantizar que se respeten sus deseos concernientes a su atención médica, debe firmar varios originales del poder notarial médico y formularios de testamentos vitales. Luego debe procurar originales duplicados de su testamento vital y de su poder notarial médico para los agentes principal y sustituto que designó en el poder, así como para su médico de cabecera, para que se archiven de inmediato en su historia clínica. Podría también desear que un miembro de su clero guarde copias originales de estos documentos en su nombre.

Finalmente, en 2008, el Gobernador Patterson firmó la legislación que permite el uso de órdenes médicas para tratamientos de soporte vital (MOLST), destinadas principalmente a personas que enfrentan decisiones terminales. El formulario MOLST brinda instrucciones específicas al personal médico respecto al tratamiento. Un formulario MOLST tiene validez dado que es una orden médica, firmada por un médico.

### **¿Puede cualquier persona tomar decisiones por mí si no tengo un poder notarial médico o un testamento vital?**

Nueva York promulgó la Ley de decisión médica familiar, que cobró validez el 1 de junio de 2010. La ley permite el nombramiento de un cónyuge o concubino, hijo/a adulto, padre, madre, hermano/a adulto o amigo/a cercano como representante con autoridad para tomar decisiones médicas por un individuo que no es capaz de tomar

sus propias decisiones relativas al cuidado de su salud. Esto incluye el derecho a negarse a o retirar un tratamiento de soporte vital, incluidas la nutrición e hidratación artificiales. La ley es efectiva solo si el paciente está en un hospital o asilo de ancianos o entorno de Hospicio. Esta ley brinda cierta respuesta en caso de que el individuo no tenga un poder notarial médico; sin embargo, dadas las demoras inherentes a decidir quién sería un representante adecuado bajo la Ley de decisión médica familiar, es preferible que todos los individuos cuenten con un poder notarial médico.

### ¿Qué significa cuidado paliativo?

El cuidado paliativo es el tratamiento médico especializado, que incluye atención interdisciplinaria para enfermedades terminales y consulta con los pacientes y miembros de la familia, destinado a evitar o aliviar el dolor y el sufrimiento y a mejorar la calidad de vida del paciente, incluida la residencia para enfermos terminales. El cuidado paliativo es adecuado en cualquier etapa de una enfermedad severa, tanto si esa enfermedad es potencialmente curable, crónica o mortal.

Este tipo de cuidado se centra en ofrecer a los pacientes el alivio de los síntomas, incluido el dolor y el estrés de una enfermedad grave, ayudar a los pacientes con las decisiones médicas y establecer metas de atención, **independientemente del diagnóstico y sin importar el pronóstico. La meta del cuidado paliativo es mejorar la calidad de vida del paciente, de su familia y de sus cuidadores.** Está a cargo de los médicos, enfermeros practicantes, personal de enfermería, trabajadores sociales y otros que trabajan con los profesionales de la salud del paciente para proporcionar un nivel más de apoyo. El cuidado paliativo es adecuado a cualquier edad y en cualquier etapa de una enfermedad severa y puede proporcionarse junto con el tratamiento curativo. Medicare, Medicaid y la mayoría de los seguros comerciales cubren el cuidado paliativo.

### ¿Se ha aprobado alguna legislación en el estado de Nueva York relativa al Cuidado Paliativo?

La Ley de información sobre cuidados paliativos se aprobó y promulgó en febrero del 2011 y tiene importancia crítica para los derechos de los pacientes y como modelo para la nación. Los pacientes graves y terminales ahora tienen el derecho claramente definido a recibir información y asesoramiento en lo que respecta a su cuidado paliativo y opciones para el final de sus vidas, incluida la residencia para enfermos terminales, lo que les permite tomar decisiones más informadas sobre el tratamiento a recibir.

## ¿Qué información deben ofrecer los profesionales médicos como resultado de la nueva Ley de información sobre cuidados paliativos?

La nueva ley requiere que se brinde al paciente información y asesoramiento respecto al cuidado paliativo y a las opciones adecuadas de atención de enfermos terminales, que incluyen:

- Prognosis
- Rango de opciones adecuadas para el paciente
- Riesgos y beneficios de las diferentes opciones
- “Derechos legales del paciente terminal sobre el manejo comprehensivo del dolor y los síntomas”

El término adecuado implica que debe ser consistente con las circunstancias psicosociales del paciente y con sus creencias culturales y religiosas. La necesidad de información, preferencias del paciente y opciones pueden requerir revisión a medida que progresa la enfermedad. La provisión de asesoramiento sobre cuidados paliativos y etapas terminales no necesita, y no debe, ser la misma para todos los pacientes. El médico debe ser sensible a las señales emocionales del paciente, sus preferencias y capacidad para absorber información.

## ¿Qué es el cuidado para enfermos terminales?

El cuidado para enfermos terminales es un sistema formal de atención específico para el final de la vida en el caso de personas que tienen una enfermedad que limita su esperanza de vida y que ya no responde al tratamiento curativo. Un médico tiene que certificar que el paciente tiene alrededor de 6 meses de vida o menos por delante. El cuidado para enfermos terminales está a cargo de centros certificados de cuidados paliativos.

El cuidado para enfermos terminales se ocupa del bienestar y no se proporciona en conjunto con el tratamiento curativo, pero sí puede administrarse con los cuidados paliativos. Medicare, Medicaid y la mayoría de los seguros comerciales cubren el cuidado para enfermos terminales. El Beneficio para Cuidado de Enfermos Terminales de Medicare cubre la atención del personal de enfermería, el equipo médico duradero, algunos servicios de asistencia médica en el hogar, visitas de trabajadores sociales,

cuidados religiosos y otros servicios de apoyo para el paciente y su familia. El cuidado para enfermos terminales se administra en el hogar del paciente pero también puede administrarse en residencias para la tercera edad, instituciones de asistencia vital, residencias para enfermos terminales y hospitales. De acuerdo con el programa de cuidado para enfermos terminales, su propio médico puede continuar participando en su plan de atención. El Beneficio para Cuidado de Enfermos Terminales de Medicare también brinda apoyo en caso de duelo por el lapso de 18 meses luego del fallecimiento del paciente.

### **¿Me aceptarían en cuidados para enfermos terminales si soy incapaz?**

Sí. Un agente de atención médica designado mediante poder notarial médico puede consentir la inscripción en cuidados para enfermos terminales cuando el paciente no tiene la capacidad para hacerlo. Asimismo, el paciente debe contar con la certificación médica que indique la posibilidad de fallecimiento dentro del lapso de seis (6) meses si la enfermedad sigue su curso natural para reunir los requisitos del Beneficio para Cuidado de Enfermos Terminales de Medicare.

## **PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS FUTUROS ADMINISTRACIÓN DE FINANZAS Y ACTIVOS**

### **Poder Notarial**

**Mis hijos quieren que ejecute un poder notarial. ¿Necesito uno? ¿A quién debería designar?**

Todos deberían considerar firmar un poder notarial. Un **poder notarial** es un documento legal que le permite (al poderdante) designar a otro individuo (su apoderado) para que actúe en su lugar a los fines establecidos en el documento. Los poderes notariales pueden usarse para ayudarlo a administrar sus asuntos financieros cotidianos. Por ejemplo, un poder notarial puede otorgar a su apoderado la autoridad de llenar cheques en su nombre o de vender o comprar propiedades por usted. Un poder notarial también puede usarse para permitir que alguien actúe en su nombre en el caso de una emergencia súbita o que maneje sus asuntos si usted queda incapacitado.

Un poder notarial es un documento muy poderoso ya que la persona que usted designa tiene control sobre sus bienes. Por lo tanto, solo debe designar como apoderado en el poder notarial a una persona de su más absoluta confianza, (por ejemplo, su cónyuge, hijo/a, otro familiar cercano, amigo de toda la vida o clérigo).

**Se incluye una copia del formulario de poder notarial reglamentario vigente del estado de Nueva York como Anexo D en este cuadernillo.**

**¿Puede usarse un poder notarial para la toma de decisiones médicas?**

No. Sólo puede usarse un poder notarial médico, descrito en la sección anterior, para designar a alguien para que tome decisiones médicas por usted. Un poder notarial se usa principalmente para la toma de decisiones financieras.

**¿Puedo limitar la autoridad de mi apoderado para que actúe bajo un poder notarial?**

Si. Un poder notarial puede confeccionarse para que satisfaga sus necesidades individuales. Por un lado, un poder notarial puede ser general y otorgar a su agente discreción ilimitada y sin control para que tome todas las decisiones por usted (excepto las concernientes a su atención médica). Un poder notarial también puede limitarse

para que su agente pueda actuar en su nombre solo en lo que respecta a una actividad o actividades particulares (por ejemplo, actuar en el cierre de una transacción inmobiliaria o manejar una cuenta particular).

### ¿Qué es un Poder notarial duradero? ¿Necesito uno?

Un poder notarial duradero es un poder que mantiene su efectividad incluso si usted pierde la capacidad de tomar decisiones por su cuenta. Si un poder notarial no es "duradero", no puede usarse luego de que el poderdante (es decir, la persona que firma el poder), quede incapacitado. La durabilidad del poder asegura que usted contará con alguien que se ocupe de sus asuntos incluso si llegara a quedar incapacitado. Si no cuenta con un poder notarial duradero y queda incapacitado, no habrá ningún individuo que pueda actuar en su nombre o acceder a sus bienes individuales para pagar los gastos que surjan de su incapacidad. (Esto incluye bienes tales como cuentas de retiro individual –IRA-, 401k u otras cuentas de retiro, que si bien designan un beneficiario, este sólo puede actuar luego de la defunción del titular y no en el momento en que esté incapacitado). Si usted queda incapacitado sin un poder notarial duradero, sólo un tutor designado por un tribunal podría acceder a sus bienes. El procedimiento legal para designar a un tutor suele ser caro, lento, desagradable y podría resultar en la designación de alguien a quien usted nunca hubiera elegido para que actúe en su nombre. Al usar un poder notarial duradero se evita la necesidad de una tutela.

### ¿Cómo se si el poder notarial que tengo es duradero?

En el estado de Nueva York, un poder notarial incluye en su contenido la aclaración de que **“este poder notarial no se verá afectado por la incapacidad o incompetencia subsecuente del titular”**, en estos u otros términos; esto confirma que el poder es duradero. Usted debe verificar sus poderes vigentes para asegurarse de que incluyan la cláusula de durabilidad. La no inclusión de esa cláusula significa que el poder que ha firmado dejará de tener validez en caso de que usted se vea incapacitado.

### ¿Tiene el estado de Nueva York un formulario estándar de poder notarial?

Si. A partir del 1 de septiembre de 2009, el estado de Nueva York adoptó la legislación que autoriza el uso de un nuevo documento reglamentario de poder notarial,

reconocido por todas las autoridades financieras que operan en el estado de Nueva York. Este poder es duradero a menos que el titular indique lo contrario en el documento. La legislatura del estado de Nueva York aplicó correcciones técnicas al formulario de poder notarial, que se hicieron efectivas a partir del 13 de septiembre de 2010. **Se incluye una copia del formulario reglamentario de poder notarial como Anexo D de este cuadernillo.**

**¿Son válidos aún los poderes notariales firmados con anterioridad al 13 de septiembre de 2010?**

Si, si se firmaron en cumplimiento de la ley que prevalecía en el momento de la firma.

**¿Pueden hacerse cambios al nuevo poder notarial reglamentario?**

Si, pero solo si tales cambios se incorporan en una sección especial de “Modificaciones” del poder notarial, que se incluye en la subsección (g) del documento. No se permite realizar cambios al nuevo poder notarial reglamentario a menos que se establezcan explícitamente en la sección Modificaciones.

**El nuevo poder notarial ¿revoca los poderes notariales previos ejecutados por el titular?**

No, a menos que el poder notarial así lo exprese. A veces se sugiere que el poder notarial declare que solo se revocarán los poderes notariales generales anteriores pero no los poderes otorgados con fines específicos (es decir, aquellos poderes otorgados para usarse en una institución financiera particular o limitados a un fin específico).

**¿Puede el poderdante designar a alguien para que supervise las acciones del apoderado bajo el poder notarial?**

Si. Bajo la nueva legislación de poderes notariales, el poderdante puede designar un “Auditor” para que supervise las actividades del apoderado. El auditor puede exigir que el apoderado le brinde un registro de todas las transacciones que ha completado a nombre del poderdante y el apoderado debe responder a ese pedido.



### **¿Puede el apoderado recibir recompensa por el trabajo que realiza en nombre del poderdante?**

Si. El apoderado tiene derecho a recibir el reembolso de todos los gastos razonables en que haya incurrido a nombre del poderdante. El apoderado también puede recibir compensación razonable por los servicios prestados a nombre del poderdante en virtud de los términos de compensación que se especifiquen en las secciones de Modificaciones del poder notarial.

### **¿Puede el apoderado realizar donaciones que provengan de los bienes del poderdante detallados en el poder notarial?**

Si, pero solo por la cantidad de \$500 al año a menos que el poderdante haya firmado en consentimiento la subsección (h) del poder notarial e indique que pueden realizarse donaciones en virtud de los términos de un Anexo Estatutario de Donación (AED) que se anexa al poder y **que se incluye como parte del Anexo D de este cuadernillo.**

### **¿Qué clase de donaciones se le permite hacer al apoderado en nombre del poderdante por medio del AED?**

Si el poderdante ha firmado en consentimiento la subsección (a) del AED, el apoderado solo puede realizar donaciones a “el/la cónyuge, hijos/as y descendientes y familiares más remotos” sin exceder el monto anual de donaciones (actualmente, de \$14000 por persona por año).

### **¿Puede el apoderado realizar donaciones con los bienes del poderdante a individuos que no sean la familia cercana y por sumas que excedan el monto anual de donaciones?**

Si, pero solo si el poderdante firma en consentimiento la subsección (b) del AED, titulada "Modificaciones" y luego identifica a aquellos individuos o instituciones de caridad a quienes el apoderado puede donar y especifica la naturaleza y monto de las donaciones permitidas.



### **¿Puede el apoderado realizar donaciones con los bienes del poderdante para si mismo?**

Si, pero solo si el poderdante firma en consentimiento la Sección © del AED y autoriza expresamente al apoderado a realizar donaciones destinadas a si mismo.

### **¿Debo considerar autorizar a mi apoderado a realizar donaciones con mis bienes a si mismo o a otros en el poder notarial?**

Tal vez. Las leyes del estado de Nueva York establecen que a menos que el poder notarial autorice explícitamente al apoderado a realizar donaciones de los bienes del poderdante, el apoderado no cuenta con tal autoridad. Si usted vive en un estado en el que realizó o realizaría donaciones para reducir su responsabilidad fiscal, o si realizó o realizaría donaciones de sus bienes a fin de calificar para Medicaid en caso de sufrir una crisis médica que requiera cuidados a largo plazo, entonces debería considerar autorizar a su apoderado de manera explícita en su poder notarial y AED para que pueda realizar donaciones de sus bienes a aquellos individuos a los que usted quisiera beneficiar.

### **¿Debe existir un límite monetario sobre el valor de los bienes del apoderado que el agente está autorizado a donar por medio del poder notarial?**

Siempre y cuando usted tenga plena confianza en su apoderado, el poderdante puede querer autorizar al apoderado mediante el poder notarial y el AED, a realizar donaciones por montos ilimitados a un grupo específico de individuos y/o instituciones de caridad designados por el poderdante como beneficiarios de sus bienes. Tal extensión del permiso para realizar donaciones puede permitir al poderdante alcanzar la reducción fiscal y/o la calificación para Medicaid. Siempre se debe recomendar al apoderado que consulte con un abogado para la tercera edad y/o consultor impositivo antes de realizar tales donaciones.

### **¿Cuándo se vuelve válido un poder notarial, y cuánto dura su validez?**

A menos que se trate de un “poder condicionado”, que declare expresamente que será válido a partir de un momento específico en el futuro, un poder notarial se vuelve efectivo inmediatamente después de su ejecución. Todos los poderes notariales firmados desde septiembre de 2009 deben estar firmados tanto por el poderdante como por

todos los apoderados principales designados en él. Además, tales firmas deben estar certificadas por notario y, en caso de autorizar la realización de donaciones, la firma del titular en el AED debe tener certificación y firma de al menos dos (2) testigos. De ahí en más, una vez que un individuo firma y otorga un poder notarial a su apoderado, el apoderado tiene acceso inmediato a los bienes del poderdante. Un poder notarial es un documento extremadamente poderoso, y el apoderado que elija debe ser alguien en quien confía plenamente. Si usted prefiere que su apoderado no reciba los poderes de inmediato, el estado de Nueva York reconoce la figura del poder notarial condicionado, que cobra validez solo en cierta fecha o tras la ocurrencia de un determinado evento. Un poder notarial condicionado solo puede activarse, por ejemplo, luego de que un médico determine que usted está incapacitado. Dado que tanto el poderdante como el apoderado deben firmar, una manera de hacer que el poder notarial se vuelva efectivo en una fecha posterior es hacer que el poderdante firme pero no entregarlo para la firma del apoderado(s) hasta tanto ocurra el evento específico.

### **¿Necesito tener un poder notarial si soy dueño de todos mis bienes en conjunto con otra persona?**

Mientras la propiedad de una cuenta conjunta con otra persona permite que el dueño conjunto de la cuenta, así como el apoderado de un poder notarial, administre esa cuenta mientras usted viva, establecer una cuenta conjunta con otra persona también puede resultar en que el dueño superviviente de la cuenta tenga derecho a heredar la cuenta al momento de su defunción. (Esto sucede especialmente en cuentas conjuntas con acreditación al sobreviviente, en las que cada parte heredará la cuenta al momento de la defunción de la otra parte).

La propiedad conjunta de una cuenta puede resultar problemática en situaciones en las que su intención era que otros individuos, distintos a, o además del propietario conjunto, recibieran los bienes de la cuenta a su muerte. Incluso si su testamento establece que todos sus bienes deben dividirse en partes iguales entre varios individuos, el hecho de que usted posea ciertos bienes en conjunto con otro resultará en que esos bienes particulares se distribuyan de manera automática, a su muerte y por la operación de la ley, al propietario conjunto superviviente, sin importar el hecho de que los términos de su testamento lo establezcan de otra manera.

La propiedad conjunta de una cuenta también puede resultar problemática desde la perspectiva del impuesto de sucesiones, ya que, si una de las partes (que no sea el cónyuge) muriese, el valor total de la cuenta conjunta se volvería parte del patrimonio imponible del propietario conjunto que ha muerto. Esto también sucede si el propietario conjunto que muere no contribuyó con fondos a la cuenta conjunta. Queda a cargo de los ejecutores del patrimonio del difunto demostrar que el propietario conjunto fallecido no era dueño del 100% de la cuenta (presentando registros y de otras formas posibles), y que la parte fallecida no aportó el total de los bienes a la cuenta y por lo tanto la cuenta no debe formar parte en su totalidad del patrimonio imponible del difunto.

Un testamento solo controla los bienes a su nombre individual, y no controla cuentas conjuntas u otros bienes de contrato, tales como seguros de vida o bienes de retiro, que tengan beneficiarios asignados. Un poder notarial pierde validez al momento de su defunción y los bienes que estuvieron solo a su nombre durante su vida se distribuirán según los términos de su testamento. Si usted desea que varios beneficiarios reciban parte de sus bienes a su muerte, el uso de un poder notarial, en lugar de una co-propiedad de bienes, se vuelve especialmente importante.

### **¿Qué ocurrirá con sus contraseñas y otros activos digitales?**

La Ley de Patrimonios, Poderes y Fideicomisos de Nueva York fue enmendada el 29 de septiembre de 2016 para abarcar la administración de los activos digitales tras la defunción o incapacidad de su dueño y para otorgar a los individuos el poder de controlar su huella digital. Se puede incorporar al poder de duración indefinida del Estado de Nueva York una disposición que establezca cómo deben gestionarse los activos digitales. Dicha disposición otorga un permiso específico para permitir que el agente tenga el poder y la autorización para acceder, asumir el control, dirigir, mantener o cancelar cuentas en dispositivos digitales o activos digitales, según se define en el Artículo 13-A de la Ley de Patrimonios, Poderes y Fideicomisos de Nueva York. Dicha disposición también puede detallar si usted desea conceder a su agente la facultad de obtener credenciales de inicio de sesión o no, incluidos nombres de usuario y contraseñas para todos los tipos de cuentas en línea, incluidos, entre otros, los servicios bancarios, el correo electrónico y las redes sociales.

## Fideicomisos Activos o Inter Vivos

### ¿Qué es un fideicomiso activo o inter vivos?

Al igual que un poder notarial, **un fideicomiso activo** (también conocido como fideicomiso inter vivos) es una herramienta legal que puede utilizar para planificar ante la posibilidad de su incapacidad futura. Para crear el fideicomiso, usted (el **fiduciante**) transfiere todos sus bienes a nombre de la entidad legal conocida como fideicomiso (por ejemplo, el fideicomiso Juan Pérez), y nombra un **fideicomisario** para que administre los bienes del fideicomiso. El fideicomisario toma todas las decisiones respecto al fideicomiso. Generalmente, el ingreso generado por el fideicomiso se paga al fiduciante de manera regular. Se realizan pagos provenientes del capital del fideicomiso, a discreción del fideicomisario, para el sostén, mantenimiento y cuidado del fiduciante. De manera similar a un testamento, el fideicomiso también detalla cómo los bienes del fideicomiso se distribuirán tras la defunción del fiduciante. La forma más común de un fideicomiso activo es un Fideicomiso activo revocable, que el fiduciante puede revocar en cualquier momento.

Los fideicomisos pueden ser documentos complejos con ramificaciones fiscales significativas. Si usted está pensando en transferir sus bienes a un fideicomiso, es altamente recomendable que consulte primero con un abogado.

### **Estoy saludable y competente y no me siento cómodo con la idea de tener a alguien más que administre mis bienes en este momento. ¿Puedo actuar como fideicomisario de mi propio fideicomiso activo?**

Si. Usted puede nombrarse a si mismo como fideicomisario de su propio fideicomiso activo y asignar un fideicomisario sucesor para que se haga cargo en caso de que usted quede incapacitado o muera. También puede designarse a usted mismo y a un fideicomisario de tercera parte independiente como co-fideicomisarios, y establecer que usted y el fideicomisario independiente actuarán juntos en la administración del fideicomiso hasta que usted quede incapacitado o muera, en cuyo caso el fideicomisario independiente se hará cargo. Finalmente, puede designar un fideicomisario de tercera parte para administrar los bienes del fideicomiso sin que usted actúe como co-fideicomisario, pero mantener al mismo tiempo el control sobre el fideicomiso reservándose el poder de terminarlo en cualquier momento.

## **¿Puede usarse un fideicomiso activo revocable para distribuir mis bienes a mi muerte en lugar de un testamento?**

Si. En ciertos estados, el fideicomiso activo revocable, más que el testamento, se ha convertido en el instrumento elegido para distribuir los bienes después de la defunción del titular. Esto se debe a que en algunos estados el costo de la legalización testamentaria (es decir, el procedimiento legal para que la corte apruebe un testamento después de la defunción), es caro, ya que puede ser equivalente a un 5% o más de su patrimonio. En contraste, un fideicomiso activo revocable es un documento privado que permite la distribución de los bienes luego de la defunción sin la aprobación de la corte.

La mayoría de los estados de los Estados Unidos (incluido Nueva York), tienen tarifas razonables para la presentación del testamento ante la corte para su legalización. En Nueva York, los costos de la corte relacionados con el procedimiento de legalización no exceden los \$1250. En los estados donde los costos de legalización son razonables, puede no ser conveniente establecer un fideicomiso activo revocable, ya que solo a los fines de que un fideicomiso activo revocable sirva para ahorrar un monto modesto de tarifas de legalización, un individuo debe cambiar por completo la propiedad de sus bienes al transferir todos sus bienes a título del fideicomiso activo. Por ejemplo, el patrimonio real a nombre de Juan Pérez debe transferirse al Fideicomiso de Juan Pérez, y una cuenta bancaria a nombre de María Gómez debe transferirse al Fideicomiso de María Gómez. Estas transferencias involucran costos y tiempos, que combinados con las tarifas legales para establecer el fideicomiso, pueden ser superiores a las tarifas mínimas de legalización de un testamento.

## **¿Hay alguna circunstancia en la que sea conveniente usar un fideicomiso activo revocable incluso si se reside en un estado donde los costos de legalización de testamentos son razonables, como Nueva York?**

Absolutamente. Un fideicomiso activo revocable puede ser el instrumento de planificación patrimonial preferible y más adecuado que un testamento en las siguientes circunstancias:

- 1) Si usted posee bienes inmobiliarios en varios estados, la ley requiere que legalice su testamento en cada estado donde el difunto tenía bienes inmobiliarios. Para evitar realizar el trámite de legalización en varios estados bajo tales circunstancias, lo que podría resultar costoso, complicado y llevar

mucho tiempo, tendría más sentido establecer un fideicomiso activo único que puede contener todos los bienes inmobiliarios y distribuir de manera más eficiente ese patrimonio a la muerte del propietario sin la necesidad de realizar los procedimientos de legalización de diversos estados.

- 2) Si usted no pretende dejar sus bienes a sus herederos legales y/o el paradero de tales herederos es desconocido, el uso de un fideicomiso activo puede ser preferible ya que su patrimonio no tendrá las cargas, financiera y otras, que incluyen las leyes de notificación durante el procedimiento de legalización, que requieren ubicar a los miembros de la familia distantes para darles a conocer sus derechos sobre el patrimonio del difunto, incluso si este no los ha incluido en su testamento.
- 3) Cuando se tengan inquietudes relativas a la privacidad/ confidencialidad, el uso de un fideicomiso activo puede ser preferible, ya que a diferencia de un testamento, un documento de fideicomiso no debe presentarse ante la corte y por tanto no se hace registro público del mismo a la muerte del titular.
- 4) Para contar con una herramienta de gestión patrimonial más detallada y racionalizada en vida (es decir, más que solo un poder notarial que solo da a otro la autoridad general para actuar). Un fideicomiso activo revocable es fácil de administrar (ya que no requiere la presentación de declaraciones de renta separadas), y evitará la necesidad de procedimientos de curatela en el caso de una futura incapacidad.

### **El uso de un fideicomiso activo revocable ¿servirá para ahorrar impuestos sobre la renta o sobre el patrimonio?**

No. Dado que el fideicomiso es revocable (lo que significa que puede terminarse y que el fiduciante puede recuperar los bienes en cualquier momento), Hacienda Pública aplica impuestos sobre todos los ingresos generados por los bienes de la misma manera que si estuvieran a nombre del fiduciante. Hacienda Pública también ha establecido que todos los bienes de un fideicomiso revocable forman parte del patrimonio imponible del fiduciante (dado que el fiduciante podría volver a poner los bienes a su nombre en cualquier momento hasta su defunción) y están sujetos a impuestos sobre la renta en la medida en que el patrimonio imponible del fiduciante exceda los límites imponibles (Ver la Sección sobre Impuestos más adelante en esta publicación).



### **El uso de un fideicomiso activo revocable ¿servirá para ahorrar impuestos sobre la renta o sobre el patrimonio?**

No. Dado que el fideicomiso es revocable (lo que significa que puede terminarse y que el fiduciante puede recuperar los bienes en cualquier momento), Hacienda Pública aplica impuestos sobre todos los ingresos generados por los bienes de la misma manera que si estuvieran a nombre del fiduciante. Hacienda Pública también ha establecido que todos los bienes de un fideicomiso revocable forman parte del patrimonio imponible del fiduciante (dado que el fiduciante podría volver a poner los bienes a su nombre en cualquier momento hasta su defunción) y están sujetos a impuestos sobre la renta en la medida en que el patrimonio imponible del fiduciante exceda los límites imponibles (Ver la Sección sobre Impuestos más adelante en esta publicación).

### **El uso de un fideicomiso activo revocable ¿protegerá los bienes del fideicomiso y permitirá al fiduciante calificar para Medicaid?**

No. Dado que el fiduciante puede terminar el fideicomiso en cualquier momento y recuperar los bienes, el Departamento de Servicios Sociales considera que los bienes del fideicomiso representan parte de los recursos totales del fiduciante y por lo tanto no calificará para la obtención de asistencia de Medicaid en la medida en que los recursos del fiduciante excedan los recursos establecidos por Medicaid para aprobar su admisión.

### **¿Qué tipo de fideicomiso ofrecerá ventajas de protección impositiva y patrimonial?**

Un fideicomiso irrevocable. Un fideicomiso irrevocable es aquel en que el fiduciante ha transferido de manera irrevocable sus bienes al fideicomiso y nunca más tendrá acceso a los bienes del titular ubicados en ese fideicomiso. De manera similar, un fideicomiso irrevocable redactado correctamente protegerá los bienes del titular que contiene el fideicomiso y permitirá al fiduciante calificar para Medicaid luego de que haya transcurrido el período de penalización por transferencias (ver más adelante en esta publicación la sección titulada Preservación de bienes/ Planificación de Medicaid). Es posible que el titular del fideicomiso irrevocable retenga el derecho a recibir los ingresos generados por los bienes que son propiedad del fideicomiso (es decir, intereses y dividendos), y aún proteger los bienes del titular en el fideicomiso frente a la obligación de pagos a fin de calificar para Medicaid en caso de una crisis que requiera atención médica a largo plazo.

### **¿Necesito un testamento si ya tengo un fideicomiso (revocable o irrevocable)?**

Si. Siempre es importante tener un testamento en caso de que existan ciertos bienes que no pueden transferirse a título de un fideicomiso (ejemplo, una cooperativa que el Directorio se niega a transferir), o si se descubre que sin querer se han dejado bienes fuera del fideicomiso. El testamento puede instruir a que esos bienes misceláneos se paguen y distribuyan de acuerdo con los términos del fideicomiso al momento de la defunción del fiduciante. Este tipo de testamento se denomina “Testamento Complementario” (Pour Over) y es importante a los fines de controlar esos bienes misceláneos que quedaron a nombre del fiduciante al momento de su defunción. Sin un testamento, esos bienes se distribuirían de acuerdo con las leyes abintestato del estado de Nueva York, que instruyen sobre cómo deben distribuirse los bienes que no están bajo el control de un testamento o fideicomiso ante la defunción de una persona; (para obtener más información ver la próxima sección sobre Testamentos en esta publicación).

## **Testamentos**

### **Estoy casado/a, no tengo hijos y no tengo demasiados bienes. ¿Necesito un testamento?**

Si usted no cuenta con un testamento (o fideicomiso con fondos) para disponer de sus bienes a su defunción, estos se distribuirán según la ley abintestato del estado de Nueva York, al margen de lo que usted podría haber deseado. Las leyes abintestato de Nueva York priorizan la distribución de los bienes de la siguiente manera:

- (a) Si solo lo sobrevive el cónyuge (y no hay hijos ni otros familiares) – todo se le entrega al cónyuge.
- (b) Si lo sobrevive el cónyuge y uno o ambos padres (y no hay hijos, nietos o bisnietos, etc.), todo el patrimonio pasa a manos del cónyuge.
- (c) Si lo sobrevive el cónyuge y los hijos (o nietos de hijo fallecido) - \$50000 más la mitad del patrimonio pasa a manos del cónyuge/ la otra mitad del patrimonio pasa a manos de los hijos o nietos.



- (d) Si no hay cónyuge, hijos o padres supervivientes, el patrimonio pasa a los nietos y demás descendientes, de haber, y
- (e) Si no hay descendientes como se detalla en (d), el patrimonio pasa a los hermanos/as o su descendencia.
- (f) Relaciones familiares más remotas hasta primos segundos (a los que suele denominarse “herederos distantes” ya que heredarían los bienes sin haber siquiera conocido al difunto).

**NOTA:** Los hijos adoptivos e hijos naturales de individuos difuntos tienen los mismos derechos que los hijos biológicos y legítimos (excepto que los hijos naturales solo tienen derechos de herencia del padre difunto si se prueba la paternidad).

Incluso si su patrimonio es pequeño, un testamento puede garantizar que ciertos elementos personales les sean entregados a individuos específicos a su defunción. Un testamento también es útil para brindar instrucciones sobre la disposición de sus restos (es decir, su entierro, cremación), y si desea o no donar sus órganos. Si usted pretende donar sus órganos, sin embargo, es mejor declarar esta intención en un documento aparte (por ejemplo, en la sección correspondiente de su licencia de conducir del estado de Nueva York o en su poder notarial médico como se describió previamente en este cuadernillo), dado que su testamento puede no estar accesible rápidamente luego de su defunción y la donación de órganos requiere de una acción rápida. De la misma manera, los arreglos de su funeral deben establecerse en una carta de instrucciones de fácil acceso, dado que su testamento no estará accesible de inmediato.

**Si mis bienes se distribuirán según las leyes abintestato a las mismas personas a las que yo heredaría si usara un testamento, ¿aún así necesito uno?**

Es mejor tener de todas maneras un testamento. Si no tiene uno, se deberá pagar una fianza a costas del patrimonio antes de que pueda designarse a alguien para que lo administre. Además, el individuo designado para administrar su patrimonio puede no ser alguien a quien usted habría encomendado manejar sus asuntos.

**Mi testamento establece que todos mis bienes pasan a mi cónyuge. Tengo una cuenta conjunta con mi hija. ¿Quién heredará los fondos de esa cuenta cuando yo muera?**

Un testamento solo controla los bienes que están a su nombre individual. El testamento no controla los fondos que contiene su cuenta conjunta y estos pasarán a su hija (a menos que la cuenta haya sido abierta sin una cláusula de supervivencia). Lo mismo sucede con cualquier otro patrimonio inmobiliario o personal que sea de propiedad conjunta. Además, el testamento tampoco controla los montos de pólizas de seguro u otras cuentas que tengan beneficiarios específicos asignados (por ejemplo, IRA, 401K u otras cuentas de retiro, o cuentas bancarias “pagaderas a su muerte”). Estos bienes pasarán por fuera de su caudal hereditario a los beneficiarios designados. Sin embargo, estos bienes se incluyen en su patrimonio a fines impositivos sucesorios.

## IMPUESTOS

**Estoy casado/a y pienso dejar mi patrimonio a mi cónyuge. ¿Cuánto de ese patrimonio será gravado con impuestos?**

La ley determina una **deducción marital ilimitada**, lo que significa que el cónyuge superviviente no paga impuestos sucesorios federales ni del estado de Nueva York si la totalidad del patrimonio se deja al cónyuge superviviente y/o a una institución de caridad. Sin embargo, cuando muere el cónyuge superviviente, el patrimonio puede quedar sujeto tanto a impuestos sucesorios federales como estatales.

En aquellas instancias en que los bienes se dejen a alguien que no sea el cónyuge superviviente y/o instituciones de caridad, pueden aplicarse impuestos sucesorios federales y/o del estado de Nueva York.

**¿Cuáles son las leyes relativas al Impuesto Federal sobre las Sucesiones?**

La nueva Ley de recortes y empleos fiscales que entró en vigencia el 1 de enero de 2018 (la "Reforma Tributaria") modificó las leyes existentes sobre los impuestos a las donaciones y herencias. La Reforma Tributaria aumentó significativamente la cantidad que puede estar exenta del impuesto federal a \$11,18 millones de dólares por persona (o \$22,36 millones de dólares por pareja casada) cuyo monto está sujeto a ajustes anuales adicionales basados en la inflación. Este incremento de la exención expira a fines de 2025, momento en el cual la exención volvería a reducirse a \$5,62 millones de dólares por persona (ajustados a la inflación), a menos que se adopte una nueva legislación. No obstante, el monto del incremento de la exención, la tasa impositiva del 40 por ciento, continúa aplicándose al valor de la porción del patrimonio que supere el monto de la exención.

La Reforma Tributaria continúa la ley de transferibilidad que permite que el cónyuge sobreviviente use o "transfiera" a sí mismo cualquier parte no utilizada de la exención del impuesto sobre el patrimonio del cónyuge fallecido como parte de la exención del cónyuge sobreviviente cuando dicho sobreviviente fallezca.

Además, la Ley Impositiva continúa unificando las exenciones impositivas sobre las sucesiones y donaciones. De este modo, la exención impositiva por donaciones de por vida es también de 11,18 millones de dólares y está indexada a la inflación. Como

resultado, cada persona ahora puede realizar donaciones por hasta 11,18 millones de dólares estar sujeta a impuestos. Sin embargo, es importante entender que realizar donaciones de más de \$15.000 por persona por año tendrá como resultado una reducción en la exención impositiva sucesoria de un dólar por cada dólar. Por consiguiente, si uno realizara donaciones por un total de \$2 millones durante toda su vida y la exención del impuesto federal sobre las sucesiones siguiera siendo en el momento del fallecimiento de esa persona igual a \$11,18 millones, entonces esa persona solo tendrá una exención de \$9,18 millones en el momento de su fallecimiento.

Sin embargo, la ventaja de realizar donaciones es que cualquier apreciación del valor del bien donado se producirá fuera de la sucesión gravada y de este modo, la pérdida de 2 millones de dólares de exención sobre las sucesiones puede ser insignificante si el activo creció hasta llegar a un valor de 5 millones de dólares en el momento del fallecimiento del donante, ya que tal valor apreciado de 3 millones de dólares no está sujeto a impuestos sucesorios. De este modo, la capacidad de realizar donaciones mayores sin pagar impuesto a las donaciones, combinada con la capacidad de continuar haciendo los descuentos planificados por minoridad y otros descuentos en un ambiente con tasas de interés bajas podría generar la capacidad de transferir grandes sumas de riqueza a las generaciones que suceden sin quedar sujeto a impuestos a donaciones o sucesiones.

## **Impuesto sobre las sucesiones del estado de Nueva York**

Además del impuesto federal sobre las sucesiones mencionado anteriormente, el patrimonio de las personas residentes en el estado de Nueva York al momento de su muerte puede estar sujeto a un impuesto estatal sobre las sucesiones independiente.

A partir de 1 de abril de 2014, el estado de Nueva York adoptó cambios radicales en sus leyes impositivas sobre las sucesiones que anteriormente gravaban sucesiones que superaban el millón de dólares para los beneficiarios no cónyuges y no benéficos. En virtud de la nueva legislación, el monto exento del impuesto sobre las sucesiones del estado de Nueva York (denominado como el “monto de exclusión” conforme a la legislación de dicho estado y así mencionado en esta publicación) aumenta gradualmente a lo largo del tiempo desde el 1 de abril de 2014 al 31 de diciembre de 2018.

Actualmente, el monto de exclusión del estado de Nueva York es de \$5,25 millones de dólares y se mantendrá en esa cantidad hasta el 31 de diciembre de 2018.

A partir del 1 de enero de 2019, el monto de exclusión del estado de Nueva York será indexado y ajustado a la inflación.

Bajo la legislación existente, aquellos bienes valorados en más de \$5.25 millones de dólares de monto de exclusión impositiva sobre el patrimonio del estado de Nueva York seguirán pagando un impuesto separado del estado de Nueva York.

No obstante, resulta fundamental para quienes fallezcan durante el periodo entre el 1.º de abril de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2018 y cuyos patrimonios estén valorados en encima del 5% del monto de exclusión del estado de Nueva York vigente en ese momento, se calculará un impuesto estatal sobre las sucesiones en Nueva York sobre el valor total de la sucesión en lugar de solo sobre el monto por encima de la exclusión, tal como ha sido la práctica en el pasado.

Este cálculo tiene un efecto drástico y puede ser de naturaleza confiscatoria. Por ejemplo, supongamos que una persona fallece el 1 de junio de 2018 cuando el monto de exclusión de Nueva York es de \$5,25 millones de dólares. Si el patrimonio gravable en Nueva York de esa persona era de \$5.512,500 (lo que supera el monto de exclusión vigente de \$5,25 millones en \$262.500 o 5%), esa sucesión pagaría \$452.300 en impuestos estatales para Nueva York. Sin embargo, si esa persona hubiera fallecido con un patrimonio valorado en \$5,25 millones, la sucesión no habría tenido que abonar el impuesto sobre las sucesiones en Nueva York. Por lo tanto, habría un impuesto sobre las sucesiones en Nueva York de \$452.300 (con una tasa impositiva de Nueva York marginal sobre las sucesiones de más del 172%) sobre el patrimonio gravable adicional del estado de \$262.500 por encima del monto de exclusión básico de \$5,25 millones de dólares.

Según lo anterior, es de fundamental importancia la realización de un cuidadoso análisis del valor del impuesto sobre las sucesiones para poder tomar medidas a través de donaciones, exclusiones u otras estrategias para reducir la obligación de pago del impuesto sobre las sucesiones en el estado de Nueva York.

## Las donaciones que hago en vida, ¿también son pasibles de impuestos?

Puede hacer donaciones separadas ilimitadas de hasta \$15.000 por año (\$30.000 por año en el caso de matrimonios) a tantos amigos o miembros de su familia como quisiera sin consecuencias impositivas. Estas donaciones son parte del monto de exclusión anual y no representan ganancias para el receptor. Sin embargo, toda ganancia (es decir, intereses y dividendos) que surjan de las donaciones luego de la transferencia serán pasibles de impuestos a cargo del receptor.

La Ley Impositiva y los ajustes de inflación subsiguientes aumentaron el monto de donaciones de por vida a una cifra máxima de \$11,18 millones de dólares por persona. La Ley Impositiva y los ajustes de inflación subsiguientes establecen un impuesto federal separado a las donaciones por sobre el monto exento de \$11,18 millones a una tasa que no debe exceder el 40 %. El estado de Nueva York no impone un impuesto sobre las donaciones separado pero integra en la base imponible determinadas donaciones gravables desde el punto de vista federal que se realizan durante la vida del difunto, lo que puede causar que haya más impuestos sobre las sucesiones para pagar.

Si usted otorga a un individuo, en un año, más de \$15.000 (o \$30.000 en caso de matrimonios), estará obligado a presentar una declaración jurada impositiva federal por donaciones, ya que dichas donaciones son imponibles. Además, existe una interrelación entre las leyes impositivas sobre donaciones y sucesiones, de modo tal que el monto donado que exceda los \$15.000 (o \$30.000 para matrimonios), reduce el monto exento del acervo del que realiza la donación. Por ejemplo, si usted donara a un individuo, en un año, \$20.000 en lugar del monto de exclusión anual de \$15.000, el monto federal exento sobre las sucesiones de por vida de \$11,18 millones y el monto exento de \$5.245.000 del estado de Nueva York que existe en 2018.

Si las donaciones en exceso llegaran a superar los \$11,18 millones del monto exento del impuesto federal sobre las donaciones, deberá pagarse un impuesto federal a las donaciones por adelantado. Además, se deberá pagar un impuesto sobre la sucesión del difunto en la medida en que el valor de su patrimonio supere el monto exento del impuesto sobre las sucesiones (en el año de la defunción del fallecido titular del acervo) con las reducciones correspondientes a las donaciones realizadas sobre el monto de exclusión anual durante la vida del fallecido.

Aunque el estado de Nueva York eliminó su impuesto a las donaciones separado en el año 2000, la nueva legislación del estado agregó a los patrimonios imposables de las personas que fallezcan entre el 1 de abril de 2014 y el 31 de diciembre de 2018 el valor de todas las donaciones imposables que se hayan realizados durante el lapso de los tres (3) años anteriores al fallecimiento. Esta disposición sobre "la integración de la base imponible" parece aplicarse a los bienes muebles tangibles y a los bienes inmuebles ubicados en el estado de Nueva York.

## ¿Qué puedo hacer para reducir los impuestos sobre mi patrimonio?

### Como individuo

Si su patrimonio excede el monto exento para el impuesto sobre las sucesiones federal o del estado de Nueva York, puede realizar acciones en vida para reducir el valor del patrimonio haciendo donaciones libres de impuestos de hasta \$15.000 por año (\$30.000 en caso de matrimonios) a tantos amigos como miembros de su familia desee. Pueden contemplarse donaciones mayores, especialmente de bienes que puedan valuarse, de modo que tal valuación ocurra por fuera del patrimonio imponible del donador. Además, un individuo podría querer donar montos mayores (que no excedan los \$11,18 millones exentos del impuesto sobre las sucesiones federal en la vida ya que una donación de esa magnitud causaría la imposición inmediata de un impuesto federal a las donaciones). Donar tales sumas no será pasible del impuesto a las donaciones y podría disminuir la obligación impositiva sucesoria general a la muerte del titular (aunque se debe prestar especial atención a las donaciones realizadas antes de 2019 por parte de los residentes de Nueva York que tuvieran lugar en el lapso de los tres (3) años de su muerte, tal como se analizó anteriormente).

También existen otras estrategias para reducir el impuesto sobre las sucesiones (por ejemplo, fideicomiso de seguros activo, división de fideicomisos de interés y planificación de descuentos), que puede aplicarse pero quedan fuera del alcance de esta publicación y deben analizarse con un abogado especialista en planificación patrimonial o consultor impositivo.



## Como matrimonio

En 2017, una pareja casada puede aprovechar el monto exento federal de \$11,18 millones de dólares por persona y subirlo a \$22,36 millones de dólares mientras estén juntos implementando una planificación patrimonial adecuada.

Esta disposición de “deducir” parece aplicarse tanto a los bienes inmuebles como a los bienes muebles tangibles ubicados en el estado de Nueva York.

La portabilidad es un concepto nuevo que permite al ejecutor del acervo del cónyuge difunto transferir toda porción no usada del monto exento de \$11.180.000 de dólares del acervo federal de ese cónyuge al cónyuge superviviente. Entonces, si el primer cónyuge en fallecer tenía un patrimonio de \$9.180.00 de dólares que fue legado a los hijos de la pareja, la porción no usada de la exención impositiva sucesoria de ese cónyuge, de \$11.180.000 de dólares, (es decir, 2 millones de dólares) puede transferirse al cónyuge superviviente. Esto permitiría al cónyuge superviviente tener un monto exento de \$13.180.000 de dólares al momento de su muerte, compuesto por los \$11.180.000 propios más los \$2 millones no usados de la exención impositiva sucesoria del cónyuge que falleció en primer término. Entonces, a la generación siguiente, pasarán \$22.360.000 de dólares libres de impuestos sucesorios como resultado del hecho de que \$9.183.000 de dólares del monto exento se usaron en el patrimonio del primer cónyuge en fallecer y los restantes \$13.180.000 se contabilizan en el patrimonio del cónyuge superviviente.

Para que la portabilidad sea efectiva, el ejecutor del acervo del primer cónyuge en fallecer debe presentar una declaración sobre el patrimonio del cónyuge difunto (dentro de los nueve meses de la defunción), donde se declara que el cónyuge superviviente desea transferir a si mismo la porción no usada de la exención impositiva sucesoria del cónyuge difunto. La presentación de esta elección de portabilidad será muy importante en casos conyugales ya que incluso si el primer cónyuge en fallecer tiene un patrimonio neto muy modesto, el cónyuge superviviente querrá asegurarse de que la porción no usada de la exención impositiva del cónyuge difunto se le transferirá de modo que si a la muerte del cónyuge superviviente su patrimonio ha aumentado a \$10.980.000 (por medio de una inversión exitosa, porque ganó la lotería o por cualquier otra causa), la totalidad de esos \$20.180.000 quedarán exentos del impuesto sobre las sucesiones.



Sin embargo, a fin de maximizar el uso de la exención impositiva sucesoria del estado de Nueva York (dado que la portabilidad solo se reconoce a los fines impositivos federales y no del estado de Nueva York) y se deberá planificar en caso de cambios impositivos federales a futuro que podrían eliminar las grandes exenciones y la portabilidad, los individuos casados pueden elegir incorporar un Fideicomiso de Protección del Crédito en sus Testamentos, de modo que puedan eximir dos veces el monto sucesorio (actualmente de 22,16 millones de dólares a los fines impositivos sucesorios federales en 2018 o 10,5 millones de dólares a los fines impositivos sucesorios del estado de Nueva York) del impuesto sobre las sucesiones.

Si la portabilidad no está disponible, legar los bienes directamente al cónyuge evitará el impuesto sobre las sucesiones al momento de la muerte del primer cónyuge, pero todos los bienes legados al cónyuge superviviente pasarán a ser parte del patrimonio del cónyuge superviviente y quedarán sujetos a los impuestos sucesorios aplicables al momento de su defunción. Además, incluso en aquellas instancias donde la portabilidad sea aplicable, los fideicomisos de protección del crédito pueden emplearse para evitar que los bienes vayan directamente al cónyuge superviviente y que queden sujetos a reclamos de los acreedores del cónyuge superviviente o a las incertidumbres de un matrimonio posterior.

El uso de un fideicomiso de protección del crédito en un testamento permite en efecto que ambos cónyuges protejan \$22.360.000 de sus patrimonios de los impuestos sucesorios federales y 11.180.000 millones de dólares de los impuestos sucesorios del estado de Nueva York (es decir, 2x los \$5.490.000 no imponibles a nivel federal o 5.250.000 el millón no imponible en el estado de Nueva York que existe en el 2017). Esta protección se otorga dado que:

1. al momento de la muerte del primer cónyuge, el cónyuge superviviente puede decidir no aceptar hasta 5.250.000 de los bienes del cónyuge difunto a los fines del impuesto sobre las sucesiones del estado de Nueva York o \$11.180.000 de dólares a los fines del impuesto sobre las sucesiones federal en 2018, en su lugar, hacer que esos bienes entren en un fideicomiso de protección del crédito exento de impuestos tanto para el patrimonio del cónyuge difunto como para el del superviviente\*, y luego,
2. la exención propia del cónyuge superviviente quita la segunda suma de \$5.250.000 o \$11.180.000 de dólares de su patrimonio imponible.

Un fideicomiso de protección del crédito puede asegurar que todas las ganancias provenientes de los bienes del fideicomiso se paguen al cónyuge superviviente durante toda su vida. El capital del fideicomiso puede estar disponible para que el cónyuge superviviente realice retiros directos (en montos anuales que no excedan el 5% del capital del fideicomiso), si el cónyuge superviviente así lo decide, o en caso de que el cónyuge superviviente necesite sumas mayores, esas sumas adicionales pueden entregarse al cónyuge a discreción de un fideicomisario independiente (pero de confianza). A la muerte del cónyuge superviviente, el capital del fideicomiso (es decir, el monto de exención de los bienes contenidos en el fideicomiso y toda valuación de esos bienes) pasan a los beneficiarios del fideicomiso (hijos u otros individuos) libres de impuestos sucesorios.

Para maximizar la flexibilidad y permitir la consideración de futuros impuestos a las ganancias u otras consideraciones, un testamento también puede establecer un tipo de fideicomiso de protección del crédito que solo reciba fondos si el cónyuge superviviente lo decide.

Tal fideicomiso con refugio tributario se denomina como un fideicomiso con refugio tributario por renuncia y puede ser una estrategia de planificación de patrimonio apropiada que una pareja casada puede discutir con un abogado experto en planificación patrimonial o asesor fiscal.

## MEDICARE

### ¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de atención médica federal que no se basa en los ingresos y se destina a personas calificadas de más de 65 años y personas que reciban beneficios de la Seguridad Social por discapacidad. En general, se necesita que la persona, o su cónyuge, tenga una historial laboral que califique, sea mayor de 65 años o que sea destinataria de beneficios de Seguridad Social por discapacidad durante más de dos años para poder inscribirse en Medicare. Medicare no tiene límites de ingresos o recursos; no obstante, exige copagos y tiene deducibles para la mayoría de los servicios.

La Parte A de Medicare cubre hospitales, atención médica en el hogar y costos de residencia de ancianos por tiempo limitado. La mayoría de las personas obtiene la Parte A de Medicare de manera gratuita, que se basa en la cantidad de tiempo que usted (o su cónyuge o padre) pagó impuestos de Medicare mientras trabajaba.

La Parte B de Medicare cubre los costos no hospitalarios, como las visitas al médico, y los servicios ambulatorios y de ambulancia. La Parte B de Medicare requiere una prima mensual basada en el ingreso.

La Parte D de Medicare, incorporada en 2005, proporciona cobertura de medicamentos recetados para beneficiarios de Medicare a través de compañías de seguros privadas. Se requieren primas y la cobertura varía de proveedor a proveedor.

### ¿Qué es lo que cubre Medicare?

En general, la Parte A cubre:

- atención en hospitales;
- atención en una institución especializada para la tercera edad, por hasta 20 días sin copagos y hasta 80 días adicionales con copagos;
- residencia para enfermos terminales;
- servicios de salud en el hogar; no obstante, solo los servicios de rehabilitación y especializados están cubiertos, no el acompañamiento terapéutico. La atención debe ser de medio tiempo e intermitente.

La Parte B cubre:

Servicios necesarios desde el punto de vista médico: Se cubren los servicios o suministros necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica que cumplen con las normas aceptadas por la práctica médica.

Servicios preventivos: Se cubre, y se está ampliando, la atención médica para prevenir enfermedades (como la gripe) o detectarlas en una etapa temprana, cuando la probabilidad de éxito del tratamiento es mayor.

La Parte B también cubre elementos tales como:

- radiografías;
- servicios de ambulancia;
- equipo médico duradero;
- tratamientos de salud mental;
- costos de laboratorio;
- la obtención de una segunda opinión antes de una operación;
- medicamentos con recetas limitados para pacientes ambulatorios.

Parte C

También conocida como Medicare Advantage, la Parte C es un plan integral que combina las Partes A, B y D en un plan de seguro privado.

Parte D (planes de medicamentos recetados)

Cada plan de medicamentos recetados de Medicare tiene su propia lista de medicamentos cubiertos (llamado formulario). Muchos planes de medicamentos de Medicare colocan a los medicamentos en diferentes “niveles” en sus formularios. Los medicamentos de cada nivel tienen costos diferentes.

Un medicamento de un nivel más bajo por lo general cuesta menos que uno de un nivel más alto. En algunos casos, si un medicamento está en un nivel más alto y quien lo receta considera que lo necesita en lugar de un medicamento similar de un nivel inferior, usted o quien receta el medicamento pueden solicitar al plan una excepción para obtener un copago menor.

## ¿Cómo me inscribo en Medicare?

Las personas menores de 65 años que reciban pagos por discapacidad de la Seguridad Social quedarán inscritos automáticamente en las Partes A y B de Medicare después de dos años. Las personas que reciban beneficios por jubilación de la Seguridad Social quedarán inscritos automáticamente en las Partes A y B de Medicare. Si usted no recibe pagos de la Seguridad Social, puede inscribirse en Medicare comunicándose con la Administración de Seguridad Social cuando cumpla 65 años.

## ¿Cuándo es la inscripción abierta de Medicare?

El periodo de inscripción abierta de Medicare es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Durante este periodo es cuando TODAS las personas con Medicare pueden cambiar sus planes de salud Medicare y cobertura para medicamentos. A partir de octubre habrá disponible información sobre los planes. Las personas con Medicare pueden llamar al 1-800-MEDICARE o visitar el sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para obtener más información del plan. Si una persona está conforme con su plan actual ya que seguirá satisfaciendo sus necesidades durante el próximo año, no necesita hacer nada.

## ¿Qué sucede si no tengo ingresos suficientes para pagar las primas de las Partes B o D de Medicare?

Un programa administrado por Medicaid llamado Programa de Ahorro de Medicare está disponible para aquellos que cumplen con ciertos requisitos de ingresos y activos del programa y está disponible en una oficina de Medicaid. Este programa pagará las primas de la Parte B y también puede pagar los deducibles, coseguros y copagos de Medicare. De manera similar, un programa llamado Ayuda Adicional está disponible para personas con bajos ingresos para pagar primas y deducibles de la Parte D. Finalmente, EPIC, un programa de asistencia farmacéutica del Estado de Nueva York, pagará la prima de la Parte D de Medicare para miembros con ingresos de hasta \$23,000 si son solteros o de \$29,000 si están casados. Los miembros con ingresos más altos deben pagar sus propias primas de la Parte D, pero EPIC proporciona asistencia con las primas al reducir su deducible de EPIC.

### **¿Necesito una póliza complementaria (Medigap)?**

Las compañías privadas venden un seguro complementario de Medicare (Medigap) que ayuda a pagar algunos de los costos de la atención médica que Medicare no cubre, tales como copagos, coseguros y deducibles.

Algunas pólizas de Medigap también ofrecen cobertura para servicios que Medicare no cubre, como atención médica de emergencia cuando viaja fuera de Estados Unidos. Si usted tiene Medicare y compra una póliza Medigap, Medicare pagará su parte del monto aprobado por los costos de atención médica cubiertos. Luego la póliza Medigap paga su parte.

### **¿La Ley de Atención de la Salud Asequible modifica mi Medicare?**

Sí, la Ley de Atención de la Salud Asequible cierra la brecha en los planes de medicamentos recetados cuando el límite de cobertura de la Parte D se supera y aumenta la cobertura para la atención preventiva. No tiene que inscribirse en un nuevo programa de seguro para obtener esta cobertura. De hecho, es ilegal que un representante del mercado de seguros médicos venda la cobertura de un plan de salud calificado a una persona que recibe Medicare.

### **¿Medicare pagará la atención a largo plazo?**

No. Medicare no pagará por periodos prolongados de atención en el hogar, acompañamiento terapéutico o la estadía a largo plazo en una institución especializada para la tercera edad.

## **SEGURO MÉDICO A LARGO PLAZO**

### **¿Cubren Medicare y Medigap todo tipo de cuidados médicos?**

Los seguros de Medicare y Medigap cubren servicios expertos de cuidado médico pero no servicios de acompañamiento terapéutico prolongados.

### **¿Qué es el acompañamiento terapéutico?**

El acompañamiento terapéutico es el cuidado que necesita un individuo en sus actividades cotidianas (por ejemplo, cuidados durante la recuperación de un infarto o mientras sufre de Alzheimer u otro tipo de demencia). Las actividades cotidianas incluyen alimentarse, bañarse, vestirse, trasladarse (es decir, moverse de una cama a una silla) e ir al baño.

### **¿Cubren los seguros de Medicare y Medigap algún costo de acompañamiento terapéutico?**

Estos seguros podrían cubrir cuidados en una institución especializada en cuidados para la tercera edad por un máximo de 100 días desde una hospitalización o por al menos tres días, siempre que el plan de cuidados del médico contenga un componente de rehabilitación y pueda demostrarse que el paciente se ve beneficiado por dicha rehabilitación. Medicare pagará en su totalidad los primeros 20 días de ese cuidado. Los 80 días restantes quedarán sujetos al pago de un co-seguro diario (en el año 2017, de \$167,50 por día). Muchas (aunque no todas) las pólizas de seguro de Medigap cubrirán este pago de co-seguro diario. Puede haber disponible otras coberturas de acompañamiento terapéutico intermitente o de medio tiempo, pero su alcance suele ser muy limitado.



## ¿Cómo pagaré los servicios de acompañamiento terapéutico?

Hay tres maneras principales de pagar el acompañamiento terapéutico.

- 1) Pago privado (Los costos promedio anuales de los asilos de ancianos en el área de Nueva York y sus alrededores son actualmente de alrededor de \$12.000 por mes o \$144.000 al año).
- 2) Seguro de cuidado a largo plazo, y
- 3) Medicaid.

## ¿Qué es un seguro de cuidado a largo plazo?

Es una clase especial de seguro diseñado para cubrir costos de acompañamiento terapéutico. Puede adquirirse para que cubra los costos del acompañamiento terapéutico en el hogar y/o en un asilo de ancianos.

## ¿Qué se debe tener en cuenta para adquirir un seguro de cuidado a largo plazo?

Al adquirir una póliza de seguros de cuidado a largo plazo debe considerar lo siguiente:

- 1) Los costos/ la prima deben permanecer constantes; examine las cláusulas de deducibilidad y períodos de espera; la cláusula inflacionaria,
- 2) la extensión y monto de la cobertura (tres años, cinco años de vida),
- 3) el tipo de cobertura puede ser cobertura de costos reales o cobertura indemnizatoria, en la que se paga un monto fijo sin importar los costos una vez que se activa la cobertura,
- 4) que cubra el acompañamiento tanto en el hogar como en hogares de ancianos (probablemente requiera de un beneficio significativo por cuidados en el hogar, de ser posible una cobertura indemnizatoria),
- 5) que requiera la menor cantidad posible de actividades cotidianas para activar la cobertura,
- 6) que no se requiera de hospitalización previa
- 7) que cubra los días de espera en el hospital a la espera de la activación de la cobertura,

- 8) renovabilidad garantizada de la póliza, y limitaciones en los aumentos de la prima,
- 9) exención del pago de primas durante el período de reclamo,
- 10) prórroga en la cobertura del acompañamiento,
- 11) flexibilidad para solicitar beneficios de modo que el asegurado pueda elegir entre un hogar de ancianos, residencia asistencial, centro de día para adultos o acompañamiento en el hogar,
- 12) estabilidad de la empresa aseguradora y que haya estado en la industria asistencial por largo tiempo con un buen historial de reclamos de pagos (Con Calificación A+ del servicio de calificación de mejores aseguradoras u otros) y
- 13) podría desear trabajar con un agente de seguros que pueda emitir seguros de diversas empresa.

### **¿Qué es un seguro de convenio, también conocido como Seguro de asistencia a largo plazo Robert Wood Johnson?**

El estado de Nueva York y muchas empresas de seguros privadas han ingresado en una joint venture para crear un nuevo producto de seguros de cuidado a largo plazo, que, de adquirirse, brinda a los individuos que lo posean la cobertura para retener los bienes y aún así calificar para Medicaid tras la expiración de la cobertura de seguros. Este seguro se conoce como seguro Robert Wood Johnson o seguro de “Convenio”.

### **¿Cómo funcionan las pólizas de seguro híbridas/ de combinación de atención a largo plazo y las pólizas de seguro de vida?**

Las pólizas híbridas de seguro de atención a largo plazo y de seguro de vida costean servicios tales como la atención domiciliaria, residencias de vida asistidas y pensión, así como servicios de asistencia de enfermería domiciliaria que no están cubiertos por los seguros médicos privados ni por Medicare. Estas son las pólizas que permiten al propietario aprovechar su beneficio de seguro de atención a largo plazo en caso de ser necesario y/o proporcionar una indemnización por fallecimiento a su beneficiario si finalmente no es necesaria la atención a largo plazo. Algunas pólizas de combinación

ofrecen una pequeña indemnización por fallecimiento independientemente de lo ocurrido, mientras que otras emplean la parte del beneficio que no ha sido utilizada en su totalidad para pagar los servicios de atención a largo plazo como una indemnización para su beneficiario en caso de fallecimiento.

### **¿Puede cancelar una póliza de seguro híbrida/ de combinación de atención a largo plazo y una póliza de seguro de vida?**

Algunas pólizas de combinación tienen garantía de devolución del dinero. La compañía de seguros le devolverá su prima si decide que no desea la póliza después de un cierto período de tiempo. Hasta que transcurra ese período, puede obtener un porcentaje de la prima. Analice su póliza individual con su profesional de seguros

### **¿Hay distintos tipos de seguros de convenio de asistencia a largo plazo?**

Si. Existe una cobertura denominada “Protección total de los bienes” u otra conocida como “Protección de los bienes dólar por dólar”. La cobertura de Protección total de los bienes ofrece población ilimitada de los bienes cuando el beneficiario de la póliza agota los beneficios de la póliza y solicita el servicio de Medicaid. La cobertura de protección de bienes dólar por dólar permite a los beneficiarios de las pólizas establecer una protección de los bienes en base al monto de los beneficios pagados por la póliza al momento en que se agotaron los beneficios de la póliza y se realizó la solicitud de Medicaid.

### **¿Es preferible adquirir un seguro de convenio de cuidado a largo plazo en lugar de un seguro de cuidado a largo plazo privado regular?**

Depende. El seguro de convenio no es completamente transferible dado que requiere que usted realice una presentación ante el estado de Nueva York para recibir la cobertura de Medicaid una vez que se ha agotado el componente del seguro de cuidado a largo plazo. También requiere que su ingreso se utilice para el pago de los costos de su cuidado (si bien sus bienes de capital seguirán protegidos). El seguro de cuidado a largo plazo privado ordinario no tiene restricciones concernientes a la geografía, ni requiere que se utilicen sus ingresos para pagar por el acompañamiento terapéutico luego de que haya pasado el período de cobertura del seguro, aunque generalmente las reglas de Medicaid lo requieren.

Determinar qué tipo de seguro de cuidado a largo plazo adquirir puede depender de la edad, dado que cuanto más edad tenga el individuo, más costoso tiende a ser el seguro de convenio, dados los diversos requerimientos impuestos por el Estado en relación con la regulación de este producto. La decisión también puede derivar de si el asegurado tiene o no ingresos fijos de retiro u otros dado que este ingreso debería pagarse al proveedor de cuidados a largo plazo una vez que se efectivice el componente de Medicaid de la cobertura. Sin embargo, el seguro de convenio puede ser significativamente más barato para los individuos de menos edad y podría, en ciertas circunstancias, ser el producto de elección apropiado. Dado que la cobertura del seguro de convenio puede agotarse antes de que se obtengan los beneficios de Medicaid, es importante considerar si la cobertura provista será suficiente para permitirle pagar los costos reales de los asilos en su región.

## **PRESERVACIÓN DE BIENES/PLANIFICACIÓN DE MEDICAID**

### **¿Qué es Medicaid?**

Medicaid es un programa de gobierno “basado en las necesidades” establecido durante la gestión del presidente Johnson para pagar los costos médicos de la población indigente. Dado que los costos de atención médica (especialmente los costos de acompañamiento terapéutico a largo plazo), han superado la tasa de inflación, las clases media y alta también han acudido al programa Medicaid para pagar los gastos de cuidado a largo plazo cada vez más caros.

El 8 de febrero de 2006, el Presidente Bush convirtió en ley la legislación titulada Ley de Reducción del Déficit del 2005 (“DRA”), que aplicó importantes modificaciones a las leyes de Medicaid existentes en ese entonces. Además, en abril del 2006, el estado de Nueva York aprobó la legislación que adoptaba la DRA y aplicó otras modificaciones a las leyes de implementación de Medicaid en Nueva York para las solicitudes presentadas a partir de agosto del 2006.

Cuando sea de interés, se mencionarán en esta sección los cambios a las leyes de Medicaid como resultado de la legislación federal DRA y las leyes recientes del estado de Nueva York, así como el posible efecto de tales cambios en las estrategias de calificación para Medicaid.

**La protección de bienes y la planificación de Medicaid son áreas muy complicadas del derecho, especialmente como resultado de la DRA y de la legislación del estado de Nueva York. Se recomienda que vea a un abogado para la tercera edad y/u otro profesional calificado antes de desarrollar un plan patrimonial apropiado.**

### **¿Se pueden retener los bienes y los ingresos y aún así calificar para Medicaid?**

Si, sujeto a limitaciones reglamentarias muy estrictas. El criterio de bienes e ingresos para calificar para obtener el servicio de Medicaid en asilos de ancianos y domiciliarios difieren, así como también los requerimientos de calificación de Medicaid para un matrimonio comparado con una persona soltera. Ese criterio de calificación se ajusta anualmente según la inflación y se describe a continuación. (Por favor, tenga en cuenta que las cifras que aparecen a continuación son solo para el año 2014).

## Servicio en asilos de ancianos de Medicaid

Si está casado, el cónyuge institucionalizado calificará para Medicaid siempre y cuando no tenga más de \$15.150 en recursos y \$50 por mes de ingresos, y siempre que el cónyuge no institucionalizado no tenga recursos o ingresos que no sean los siguientes:

- 1) La residencia familiar (sin importar su valor), siempre que el cónyuge no institucionalizado, o un hijo menor o discapacitado residan allí.
- 2) Entre \$74.820 y \$123.600 en bienes inembargables,
- 3) \$3.090 en ingresos mensuales que pueden consistir del ingreso del cónyuge no institucionalizado y del ingreso del cónyuge institucionalizado si el ingreso del cónyuge no institucionalizado es insuficiente,
- 4) Automóviles de cualquier valor,
- 5) Seguro de vida que no exceda los \$1.500 en valor efectivo, si se designa como un fondo funerario,
- 6) Bienes de retiro excepto la distribución mínima obligatoria (“RMD”) que debe pagarse en cuotas mensuales, y
- 7) Monto razonable para gastos funerarios en virtud de un contrato de funeral prepago irrevocable más un adicional de \$1.500 a depositarse en una cuenta de fondos funerarios.

Si es soltero, el solicitante de Medicaid solo puede retener:

- 1) Exención limitada de bienes inembargables (posiblemente sujeto a embargo) si el individuo institucionalizado tiene la intención subjetiva de permanecer en el hogar y siempre que el valor del patrimonio de residencia no exceda los \$858.000.
- 2) \$15.150 en recursos,
- 3) \$50 de ingresos mensuales,
- 4) Ningún automóvil,
- 5) Seguro de vida que no exceda los \$1.500 en valor efectivo, si se designa como un fondo funerario,
- 6) Bienes de retiro excepto la RMD que debe pagarse en cuotas mensuales, y
- 7) Monto razonable para gastos funerarios en virtud de un contrato de funeral prepago irrevocable, una escritura para una tumba o lote familiar, más un adicional de \$1.500 a depositarse en una cuenta de fondos funerarios.

## Servicio domiciliario de Medicaid

Si está casado, el cónyuge que solicite Medicaid calificará para Medicaid siempre y cuando la pareja casada no tenga más de \$22.200 en bienes conjuntos y \$1.233 de ingresos, aunque el cónyuge que solicita Medicaid puede tener más ingresos y aun así calificar para Medicaid sujeto a ciertas limitaciones (ver a continuación), y siempre que el cónyuge que no solicita Medicaid no tenga recursos o ingresos que no sean los siguientes:

- 1) Residencia familiar de cualquier valor,
- 2) \$22.200 en recursos conjuntos,
- 3) \$1.233 en ingresos mensuales, con \$20 adicionales por mes de ingresos anticipados,
- 4) Automóvil,
- 5) Seguro de vida que no exceda los \$1.500 en valor efectivo,
- 6) Bienes de retiro excepto la RMD que debe pagarse en cuotas mensuales,
- 7) Monto razonable para gastos funerarios en virtud de un contrato de funeral prepago irrevocable más un adicional de \$1.500 a depositarse en una cuenta de fondos funerarios.

Si una persona casada solicita **servicios de atención administrada a largo plazo**, lo que actualmente se exige a la mayoría de las personas que necesitan atención en el hogar (consulte a continuación), el cónyuge del solicitante de Medicaid puede retener \$391 en ingresos mensuales y el cónyuge no institucionalizado (cónyuge en buen estado de salud) puede retener \$3.090 en ingresos mensuales, que pueden incluir el ingreso del cónyuge no institucionalizado y el ingreso de cónyuge que recibe servicios de Medicaid si el ingreso del cónyuge no institucionalizado no es suficiente. Además, la pareja puede retener los siguientes ingresos:

- 1) La residencia familiar (sin importar su valor), siempre que el cónyuge no institucionalizado, o un hijo menor o discapacitado residan allí.
- 2) \$15.150 en recursos para el cónyuge solicitante y entre \$74.820 y \$123.600 de bienes inembargables para el cónyuge no institucionalizado.
- 3) Automóviles de cualquier valor.
- 4) Seguro de vida que no supere los \$1.500 en valor efectivo, si se designa como fondo funerario.



- 5) Bienes de retiro excepto la distribución mínima obligatoria (“RMD”) que debe pagarse en cuotas mensuales y cuenta como ingreso.
- 6) Un monto razonable para gastos funerarios en virtud de un contrato de funeral prepago irrevocable, una escritura para una tumba o lote familiar, más un adicional de \$1,500 a depositarse en una cuenta de fondos funerarios.

**Si es soltero, el solicitante de Medicaid solo puede retener:**

- 1) Residencia familiar de cualquier valor siempre que el valor del patrimonio de residencia no exceda los \$858.000.
- 2) \$15.150 en recursos,
- 3) 842 con \$20 adicionales por mes de ingresos anticipados.
- 4) Automóvil,
- 5) Seguro de vida que no exceda los \$1.500 en valor efectivo,
- 6) Bienes de retiro excepto la RMD que debe pagarse en cuotas mensuales,
- 7) Monto razonable para gastos funerarios en virtud de un contrato de funeral prepago irrevocable más un adicional de \$1.500 a depositarse en una cuenta de fondos funerarios.

La expansión de Medicaid del Estado de Nueva York como respuesta a la Ley de Cuidado de Salud Asequible incluye la cobertura bajo las normas del Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) para personas menores de 65 años. La cobertura puede ser obtenida por personas con un ingreso mensual del 100% del nivel federal de pobreza, o \$1,012 en 2018, hasta un 223% del nivel federal de pobreza, o \$2.257, sin prueba de recursos. Sin embargo, el MAGI de las personas no puede tener un excedente de ingresos.

**¿Puede un individuo calificar para Medicaid incluso si sus ingresos exceden los límites de Medicaid?**

Si. Si bien los individuos que solicitan Medicaid comunitario (Servicios domiciliarios) deben pagar sus costos de cuidado con los ingresos que excedan el límite de Medicaid, pueden, como alternativa, unirse a un fideicomiso comunitario agrupado y luego ubicar sus ingresos en exceso en su propia sub-cuenta de fideicomiso. Dado que los bienes del fideicomiso son un recurso exento, los fondos resultan así protegidos del

“pago deducible” de Medicaid. Por ley, a los fideicomisos comunitarios agrupados los establece y opera una organización sin fines de lucro, y solo pueden usarlos individuos discapacitados; sin embargo, una vez establecida la cuenta, los fondos pueden usarse para pagar las facturas de gastos domésticos a nombre del solicitante de Medicaid que es beneficiario del fideicomiso. De esta manera, el solicitante de Medicaid puede seguir usando sus ingresos para su propio beneficio y aún calificar para Medicaid comunitario sin un pago deducible mensual. La mayoría de los fideicomisos requieren una pequeña tarifa administrativa mensual y requiere que los fondos se usen para las necesidades suplementarias, que incluyen casi todo lo que no sean cuidados médicos que brindará Medicaid. Estos fideicomisos no pueden ser utilizados por alguien que reciba cuidados de Medicaid en asilos y todos los fondos remanentes en una cuenta de fideicomiso luego de la muerte del beneficiario serán retenidos por la organización sin fines de lucro.

**Consulte en el Apéndice E una ilustración más detallada del uso de los fideicomisos de ingresos agrupados comunitarios.**

### **¿Qué es la atención administrada a largo plazo?**

El 4 de septiembre de 2012, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (Center for Medicare and Medicaid Services, CMS) federal aprobó la “exención 1115”, que permite al estado de Nueva York exigir a todos los adultos elegibles tanto para Medicare como para Medicaid (“doble elegibilidad”), quienes soliciten o reciban atención a largo plazo en la comunidad, que se inscriban en un plan de atención administrada a largo plazo (Managed Long-Term Care, MLTC).

El proveedor de MLTC ahora controlará el acceso, aprobará y pagará todos los servicios de atención domiciliaria de Medicaid y otros servicios de atención a largo plazo en el paquete de servicios de MLTC. Esta es la única manera en la que los adultos con doble elegibilidad pueden obtener estos servicios, a menos que estén exentos o excluidos del MLTC.

Aquellas personas que ya reciben servicios de atención domiciliaria de Medicaid no verán afectado su nivel de atención durante 60 días una vez completada la inscripción. Posteriormente, los servicios pueden cambiar conforme a las necesidades.

## ¿Quiénes deben inscribirse?

Deben inscribirse aquellas personas que soliciten los siguientes servicios:

Servicios de un asistente de cuidado personal/domiciliario, asistencia personal dirigida al consumidor, atención diurna para adultos, servicios de asistentes de salud en el hogar certificados, y servicios de enfermería privada.

## ¿Cómo me inscribo en un plan para recibir servicios de atención a domicilio?

En Westchester, los nuevos solicitantes de atención a domicilio de Medicaid deben afiliarse en el programa MLTC, que llevará a cabo una evaluación para determinar el nivel de servicios recibidos. Una vez que el solicitante recibe la aprobación de Medicaid, debe contactar con el Centro de Evaluación y Afiliación sin Conflictos de Medicaid Choice de Nueva York (Medicaid Choice Conflict-Free Evaluation and Enrollment Center (CFEEC)) al 1-855-222-8350 para planificar una evaluación independiente para determinar si es elegible para servicios a largo plazo. Esta evaluación solo determina si la persona es adecuada para cualquier atención. No establece las horas o niveles de atención.

Una vez se haya completado la evaluación inicial, la persona debe afiliarse en un programa MLTC. Se incluye una lista de los programas que prestan servicio a Hudson Valley y la Ciudad de Nueva York en el Anexo F. El proveedor MLTC llevará a cabo una segunda evaluación que determinará el tipo de atención que la persona puede recibir y cuántas horas o atención domiciliaria son necesarias médicamente.

Las personas que ya reciben servicios serán introducidas progresivamente en un período determinado. Todas las personas tienen la posibilidad de elegir un proveedor de MLTC; sin embargo, si no lo hacen, serán inscritos automáticamente en el plan que seleccione el coordinador.

## ¿Medicaid pagará por la Vivienda Asistida?

La Vivienda Asistida combina servicios residenciales y de atención domiciliaria. La mayoría de las instalaciones están diseñadas como alternativa al ingreso a un asilo de ancianos para personas que no requieren supervisión diaria por parte de enfermeros especializados. Las residencias de vivienda asistida ofrecen servicios que pueden incluir alojamiento, comidas, limpieza del hogar, supervisión, cuidados personales,

administración de casos y servicios de salud en el asilo. Existen muchas variedades diferentes de Vivienda Asistida desde lugares que ofrecen alojamiento y comidas básicos hasta residencias que están diseñadas para personas con necesidades especiales.

Determinadas residencias cuentan con la autorización del Estado de Nueva York como residencias dentro del Programa de Vivienda Asistida (ALP por sus siglas en inglés). Las ALP aceptan a Medicaid como pago total de la residencia. Su Seguro Social y otros ingresos deben ser enviados al ALP mensualmente hasta el nivel establecido por el Estado de Nueva York y los residentes tienen derecho a mantener un monto permitido para necesidades personales. Además, se podrá utilizar un fideicomiso comunitario agrupado para los excedentes de los ingresos mayores al nivel del Estado de Nueva York\*.

Varias residencias de Vivienda Asistida también cuentan con la autorización para brindar cuidados intensivos. Aunque Medicaid puede no estar disponible para el pago de alojamiento y comida, podrá pagar por la atención domiciliaria y otros servicios cubiertos comunitarios en una residencia de vivienda asistida que no pertenezca a Medicare. Debido a que hay varios tipos de residencias diferentes que podrían denominarse de “Vivienda Asistida”, usted debe verificar siempre con el personal de admisiones de la residencia antes de firmar cualquier acuerdo de admisión.

\*El directorio de las residencias del Programa de Asistencia Vital de Medicaid está disponible en [www.health.ny.gov/facilities/assisted\\_living/licensed\\_programs.htm](http://www.health.ny.gov/facilities/assisted_living/licensed_programs.htm)

### **¿Cuántos meses de registros financieros deben presentarse al Departamento de Servicios Sociales para la revisión de la solicitud de Medicaid?**

La legislación DRA establece que pueden someterse a revisión hasta sesenta (60) meses de registros financieros para los servicios de Medicaid en asilos de ancianos. Este período de revisión se conoce como “período retroactivo”. Si durante el período retroactivo, el Departamento de Servicios Sociales (“DSS”) descubre que se realizó una transferencia no compensada de bienes (por ejemplo, donaciones) a una tercera parte, el DSS aplicará una fórmula para determinar cuánto tiempo debe esperar un individuo antes de ser elegible para el servicio de Medicaid en un asilo. Este período de espera se conoce como “período de penalización”.

## ¿Puede un individuo transferir bienes y aún así calificar para Medicaid, y de ser así, cómo se calcula el “período de penalización”?

### Para servicios domiciliarios de Medicaid

Sí. Según la ley vigente en el Estado de Nueva York, las donaciones hechas durante el período retroactivo a los fines de acceder a los cuidados domiciliarios (también conocida como de base comunitaria) de Medicaid no están sujetas a un período de sanción, sino que una persona puede calificar para los cuidados domiciliarios de Medicaid el primer día del mes siguiente a la donación siempre que en el momento de la presentación de la solicitud a Medicaid la persona que solicita la atención domiciliaria de Medicaid no tenga más de \$15.150 (\$22.200 si el solicitante de Medicaid está casado) en recursos, ni más de \$862 en ingresos mensuales a su nombre. En la medida en que el individuo tenga un ingreso que exceda el límite de \$862 en ingresos mensuales, dicho exceso debe utilizarse para pagar la agencia de cuidados médicos domiciliarios que preste los servicios o pagarse a un fideicomiso caritativo agrupado de ingresos que pueda utilizar dichos ingresos para pagar los gastos hogareños y otros gastos para el cuidado domiciliario del solicitante de Medicaid.

### Para servicios de Medicaid en asilos de ancianos

Si. Existe, sin embargo, un período de penalización que resulta de haber realizado una donación en el momento en que el donador estaba solicitando los servicios de Medicaid en asilos de ancianos. Si se solicita el servicio de Medicaid en asilos durante el período retroactivo, la mayoría de las transferencias de bienes resultarán en un período de penalización (es decir, la demora en la calificación para Medicaid), equivalente a un mes por cada \$12.428 transferidos. Este monto de \$12.428 lo fija el estado de Nueva York como costo promedio mensual de los asilos en el Condado de Westchester durante el año 2018 y se revisa anualmente. (El monto de la tasa 2018 de la ciudad de Nueva York es de \$12.319).

Ese período de penalización se computa tomando el monto transferido durante el período retroactivo y dividiendo la suma de dicha transferencia por la tasa regional que indica el estado de Nueva York como costo promedio mensual de los asilos en el área donde reside el donador (es decir, \$12.428 en Westchester o \$12.319 en la ciudad de Nueva York). El cociente de esa fórmula es el período de penalización que determina cuántos meses debe esperar un individuo que solicita servicios de Medicaid en asilos para ser elegible.

Por ejemplo, en el Condado de Westchester, el estado de Nueva York ha fijado \$12.428 como costo promedio mensual de los asilos en 2018. Entonces, si un individuo donó la suma de \$124.280 durante el período retroactivo, dicha transferencia resultaría en un período de penalización de diez meses ( $(\$124.280 \div \$12.428 = 10 \text{ meses})$ ). La determinación de la fecha de inicio del período de penalización se describe más adelante.

### ¿Cuándo comienza el período de penalización?

El período de penalización para recibir los servicios de Medicaid en asilos comienza o bien en la fecha en que se donan los bienes a una tercera parte o en “la fecha en que el individuo resulta elegible para Medicaid y recibiría los servicios de cuidados institucionales basados en una solicitud de Medicaid a no ser por la aplicación del período de penalización”, cualquiera sea la última.

La legislación indica que a fin de que comience a correr el período de penalización, debe ocurrir lo siguiente:

- 1) El solicitante de Medicaid debe tener menos de \$15.150 en recursos no exentos; y
- 2) El solicitante de Medicaid debe estar en un asilo de ancianos o recibiendo los beneficios de cuidados domiciliarios; y
- 3) El solicitante de Medicaid debe haber solicitado formalmente los beneficios de Medicaid.

Al aplicar la ley vigente a nuestro ejemplo, tendríamos el resultado siguiente. Si el solicitante de Medicaid transfirió la suma de \$124.280 en junio del 2014, y se lo admitió en un asilo, y también realizó una solicitud a Medicaid en junio del 2018, el período retroactivo (que se extiende hasta 60 meses antes de la fecha de la solicitud), capturaría la transferencia realizada 48 meses antes de la fecha de la solicitud y el período de penalización resultante causaría que el solicitante de Medicaid no sea elegible hasta mayo del 2019. Mayo del 2019 se convierte entonces en la fecha de elegibilidad o “aceptación” dado que el comienzo del período de penalización de 10 meses sería en julio del 2018 ya que es el primer mes después de la transferencia en que el solicitante de Medicaid 1) no tenía más de \$15.150 a su nombre, 2) había ingresado al asilo y 3) envió la solicitud a Medicaid.



Durante el período desde la fecha de presentación de la solicitud de Medicaid y el ingreso al asilo en junio de 2018 y hasta la expiración del período de penalización en mayo de 2019, el solicitante de Medicaid debió pagar de manera privada su estadía en el asilo, usando fondos que había donado a otros en junio de 2013. Entonces, a fin de evitar el gasto de fondos previamente transferidos durante el período de penalización, sería necesario que un solicitante de Medicaid espere cinco años desde la fecha de la transferencia para solicitar y resultar elegible para Medicaid.

Las transferencias de bienes deben calcularse cuidadosamente para garantizar que los individuos mayores no pierdan los fondos que necesitan para procurarse cuidados durante un período de penalización o descalificación de Medicaid. Ningún individuo debería transferir fondos a los fines de la planificación para Medicaid sin consultar con un abogado experto en cuidados para la tercera edad.

### **¿Puede un cónyuge calificar para Medicaid incluso si los recursos y/o ingresos del otro cónyuge exceden los límites de Medicaid?**

Si, mediante la práctica del “Denegación conyugal”. La ley vigente del estado de Nueva York establece que Medicaid no puede negarse a un cónyuge enfermo (el cónyuge solicitante) si el otro cónyuge (el cónyuge sano) tiene recursos y/o ingresos que exceden las limitaciones de Medicaid pero se rehúsa a brindar dichos recursos en exceso para cubrir los costos del cuidado del cónyuge enfermo. En este caso, el cónyuge que se rehúsa debe revelar el monto de los bienes que posee y el cónyuge solicitante debe asignar la obligación de sostén de parte del cónyuge que se rehúsa al estado de Nueva York. La denegación conyugal puede provocar que el Departamento de Servicios Sociales o del estado de Nueva York demande al cónyuge que se rehúsa por el sostén que el estado ha debido brindar al cónyuge solicitante. (Sin embargo, el estado solo puede demandar al cónyuge que se rehúsa por los servicios brindados a la tasa de Medicaid, que suele ser considerablemente menor a la tasa de pagos privada que el cónyuge que se rehúsa habrá debido pagar de haber actuado de otra manera).



## ¿Hay bienes que puedan transferirse sin causar un período de penalización por transferencias que demore la calificación para Medicaid?

Si. La transferencia de un bien no estará sujeta al período de penalización de Medicaid si:

- 1) El bien se transfiere al cónyuge no institucionalizado (sin embargo, una transferencia subsecuente realizada por el cónyuge no institucionalizado podría generar penalizaciones adicionales por transferencias),
- 2) El bien se transfiere a un hijo ciego o discapacitado,
- 3) El bien se transfirió a un fideicomiso establecido solo para beneficio de un individuo discapacitado.
- 4) El bien es la residencia del solicitante de Medicaid y se transfiere a un hermano/a del solicitante de Medicaid con una participación en el capital de la casa,
- 5) El bien es la residencia del solicitante de Medicaid y se transfiere a un hijo/a del solicitante que sea ciego, discapacitado o menor a 21 años de edad, o
- 6) El bien es la residencia del solicitante de Medicaid y se transfiere a un hijo/a del solicitante con quien residía y quien cuidó del solicitante por dos años antes de la institucionalización, y cuyo cuidado permitió al solicitante permanecer en el hogar. (Excepción del “Hijo cuidador”).

## La posesión de bienes de retiro por parte del solicitante de Medicaid ¿lo descalificará para la elegibilidad de Medicaid?

La respuesta es “NO”, sin perjuicio del valor de la cuenta de retiro siempre y cuando la cuenta de retiro (ejemplo, IRA, 401(k), 403b u otro plan de retiro) se realice en pagos periódicos.

Entonces, si el solicitante de Medicaid toma el monto de distribución mínimo de su cuenta IRA u otra cuenta de retiro mensualmente (opuesto a anualmente), esa cuenta de retiro no puede contabilizarse a los fines de Medicaid y el solicitante puede calificar para Medicaid. Sin embargo, si bien la porción principal de la cuenta de retiro no está disponible, el monto de distribución mínimo, que se considera un ingreso regular, debe pagarse al asilo de ancianos o agencia de cuidados médicos domiciliarios o fideicomiso caritativo agrupado de ingresos mientras el solicitante está recibiendo los beneficios de Medicaid.

Además, la cuenta de retiro del cónyuge no institucionalizado, sin perjuicio de su valor, es también un recurso no disponible dado que forma parte de los recursos permitidos del cónyuge no institucionalizado. La cuenta de retiro del cónyuge no institucionalizado no necesita cobrarse en pagos periódicos y será un recurso no disponible incluso si el monto de la cuenta excede el monto permitido de los recursos del cónyuge no institucionalizado.

### **¿Puede protegerse el hogar de un solicitante de Medicaid luego de su ingreso a un asilo de ancianos?**

Es posible que el solicitante de Medicaid firme una declaración de intención de regresar al hogar y la ejecución de esa declaración convertirá a la residencia en un recurso no disponible. Sin embargo, si el solicitante ingresa a un asilo y se ausenta de manera permanente del hogar, el estado de Nueva York, mediante su Departamento de Servicios Sociales del Condado local, puede entablar un embargo preventivo sobre la casa, que puede cancelarse con la venta eventual de la residencia. El pago del embargo se establecerá según las tasas de Medicaid en lugar de las tasas privadas.

Si un solicitante de Medicaid es propietario de una residencia con una participación capital que excede los \$858.000, dicha residencia será un recurso disponible que no puede protegerse por la ejecución de una declaración de intención de regreso al hogar. Sin embargo, toda residencia, sin perjuicio de su valor, podría protegerse si la ocupa el cónyuge o hijo menor o discapacitado, o si se la transfiere a dichos individuos o a un hijo protector, o a un hermano con una participación en el capital como se describió anteriormente, o gravando la residencia con una hipoteca u otra deuda para reducir su participación capital a menos de \$858.000.

### **¿Cuáles son los métodos para transferir bienes?**

- 1) Donaciones directas
- 2) Escritura de propiedad vitalicia
- 3) Transferencias a fideicomisos
- 4) Rentas, hipotecas, pagarés, contratos de servicios personales.

### **¿Cuáles son las consecuencias de realizar una donación directa a los fines de la calificación para Medicaid?**

Usted pierde el control de sus bienes al brindar control total a otro. Además, según el valor del bien, puede haber aspectos impositivos relativos a las donaciones que deben evaluarse. Finalmente, si está transfiriendo bienes valubles (por ejemplo, una residencia o acciones), el receptor del bien recibe su base imponible original de bajo costo, lo que significa que, de existir una venta subsecuente del bien por parte del receptor, podría haber un impuesto a las ganancias significativo a pagar.

### **¿Cuáles son las consecuencias de usar una escritura de propiedad vitalicia a los fines de la calificación para Medicaid?**

Una transferencia de bienes raíces sujeta a la retención del transferente de un "interés vitalicio" en la propiedad puede ser una manera efectiva de proteger un bien y calificar para Medicaid. Si se realiza correctamente, evita la aplicabilidad de la ley federal del impuesto a las donaciones. Además, el uso de una escritura de propiedad vitalicia permite al transferente acortar el período de penalización por transferencias, ya que el valor del bien transferido no incluye el valor actuarial del interés activo del transferente en la propiedad.

Por ejemplo, para un residente de 75 años de edad de Westchester que transfiere una propiedad de \$300.000 en julio de 2018 solo se considerará que transfirió \$211.875 a los fines de las transferencias observadas por Medicaid y entonces calificaría para Medicaid en 17,05 meses ( $\$211.875 \div \$12.428 = 19,5$  meses), en lugar de los 24,14 meses que habría correspondido de haberse realizado una transferencia directa ( $\$300.000 \div \$12.428 = 24,14$  meses).

Además, si la propiedad no se vende hasta la defunción del transferente, el nudo propietario (es decir, los individuos que se mencionan en la escritura como receptores de la propiedad a la muerte del usufructuario vitalicio), heredarán la propiedad a su justo valor de mercado a la fecha de la defunción. La propiedad valuada tendrá una base de costos más alta (no la base costos original al momento de la compra) y podrá venderse poco después de la muerte del transferente con pocas ganancias de capital, de haber alguna.

Vender la propiedad en vida del transferente podría acarrear consecuencias impositivas no deseadas y desatar problemas de elegibilidad adicionales con Medicaid. Si la propiedad se vende en vida del transferente habrá impuestos a las ganancias de capital sobre toda porción de la ganancia que se relacione con el interés remanente en la propiedad, ya que solo el interés activo es elegible para el monto de exención de ganancias de capital en vida de \$250.000 por persona. Además, si la venta ocurre en vida del transferente, dicha venta podría causar una exposición patrimonial significativa ya que la porción del proceso de venta imputable al interés activo de la propiedad debe devolverse al usufructuario vitalicio y nuevamente se convierte en un recurso expuesto que estará sujeto a nuevos períodos retroactivos y de penalización, y luego debería ser retransferida para su protección, que solo ocurriría si han expirado los períodos retroactivo y de penalización antes de necesitar los servicios de Medicaid.

Entonces, si se usa una escritura de propiedad vitalicia, debe existir un compromiso de que la propiedad no se venderá en vida del propietario.

La ventaja de usar una propiedad vitalicia para acortar el período de penalización por transferencias perdió relevancia ahora que el estado de Nueva York ha adoptado formalmente la legislación DRA. Las ventajas se diluyen dado que el período de penalización de Medicaid para todas las transferencias de bienes que hayan ocurrido dentro del período retroactivo de 60 meses, incluidas las transferencias de propiedad vitalicia, comienza cuando el solicitante de Medicaid se dirige primero al asilo, solicita Medicaid y resulta elegible para obtener los beneficios. Entonces, deben pasar cinco años desde la fecha de la transferencia para que la transferencia de una propiedad vitalicia, como cualquier otra transferencia, no se considere recurso contable a los fines de los criterios de elegibilidad de Medicaid.

Sin embargo, aún es posible planificar realizando una compra individual por valor de un interés de propiedad vitalicia en la residencia de otro individuo. Si el comprador de la propiedad vitalicia reside en dicha residencia por al menos un año después de la fecha de compra, los fondos usados para comprar esa propiedad vitalicia serán un recurso exento y no se contabilizará cuando ese individuo solicite los servicios de Medicaid. Entonces, si un solicitante de Medicaid tiene "exceso de recursos" (es decir, tiene bienes que exceden los límites de elegibilidad de Medicaid), pero usa esos bienes para comprar un interés en la residencia de otro individuo y reside en esa residencia

por al menos uno año, será elegible para Medicaid en solo un año, que es bastante más rápido que si se hubiera realizado una transferencia directa de los bienes en exceso a ese individuo, ya que así quedaría sujeto a los cinco (5) años de revisión retroactiva y al período de penalización ya mencionados.

### **¿Cuáles son las consecuencias de transferir bienes a un fideicomiso irrevocable a los fines de calificar para Medicaid?**

Un fideicomiso irrevocable redactado apropiadamente minimizará los problemas de impuestos a las ganancias y a las donaciones, se venda la propiedad en vida del fiduciante o a su muerte, y permite que el producto de la venta de la propiedad permanezca en el fideicomiso y quede protegido. Generalmente, el tratamiento del impuesto a las ganancias de un fideicomiso irrevocable es el mismo que si el fiduciante hubiera retenido los bienes a su nombre. Un fideicomiso irrevocable también tiene la ventaja de permitir al fiduciante ubicar una variedad de bienes, además de bienes raíces, dentro del fideicomiso.

El fideicomiso irrevocable permite además al fiduciante retener cierto control sobre los bienes ya que puede seguir recibiendo el ingreso generado por los bienes del fideicomiso y aún proteger el capital (es decir, el corpus del fideicomiso), y aún así calificar para Medicaid. (Por supuesto, los bienes de capital aportados al fideicomiso irrevocable no pueden devolverse directamente al fiduciante). Además, si el fiduciante retiene en el documento del fideicomiso un "poder de designación", podrá cambiar la identidad de los beneficiarios del fideicomiso.

### **¿Se aplican las exenciones STAR, para Veteranos y ciudadanos de la tercera edad a los bienes raíces transferidos a un fideicomiso irrevocable?**

Si, en tanto el fiduciante retenga el uso vitalicio y la ocupación de la propiedad.

### **¿Puede protegerse los bienes incluso después de que un individuo haya sido admitido en un asilo?**

Si, bajo la ley vigente, es posible proteger los bienes incluso después de que un individuo haya sido admitido en un asilo. El porcentaje de los bienes que puede protegerse, sin embargo, no será tan significativo como si se hubiera realizado una planificación por adelantado. Las donaciones realizadas por el solicitante de Medicaid a cambio de una

renta, préstamos extendidos a cambio de un pagaré, o el establecimiento de un contrato de servicios personales donde la solicitud de Medicaid entra en un contrato formal con otros (incluidos miembros de la familia), para obtener servicios de cuidado personal o financiero, son posibles estrategias de resguardo de bienes que pueden utilizarse incluso después de haber ingresado al asilo. Estas estrategias se discuten más adelante.

### **¿Puede la compra de una renta por parte del solicitante de Medicaid facilitar la calificación para Medicaid?**

Las sumas usadas para comprar una renta actuarial sólida irrevocable pueden, en ciertas circunstancias limitadas, servir para proteger los bienes y obtener la calificación para Medicaid. Sin embargo, bajo la legislación DRS, el estado de Nueva York debe ser designado como beneficiario de la renta para reembolsar al estado el cuidado que pagó por medio de Medicaid. Además, el ingreso generado por la renta debe pagar el costo del cuidado o ser protegido en un fideicomiso caritativo agrupado de ingresos. El estado de Nueva York no debe ser designado como beneficiario principal si el solicitante de Medicaid tiene un cónyuge o hijo menor o discapacitado.

### **¿Puede la realización de un préstamo por parte de un solicitante de Medicaid facilitar la calificación para Medicaid?**

Los préstamos, hipotecas y pagarés pueden usarse de manera similar al uso de una renta y el estado de Nueva York no debe ser designado como beneficiario de la nuda propiedad. Sin embargo, el préstamo, hipoteca o pagaré debe ser sólido desde el punto de vista actuarial, no negociable y no endosable, hecho en pagos mensuales iguales durante el término del préstamo, y no puede cancelarse por la muerte del prestamista, lo que significa que el ejecutor del acervo del solicitante del Medicaid podría ser responsable de pagar al estado de Nueva York los servicios de salud prestados al solicitante de Medicaid.

### **A continuación, presentamos un ejemplo del uso de una renta o préstamo con pagaré para proteger los bienes a los fines de ser elegible para Medicaid:**

Una madre de 80 años de edad tiene bienes por \$596.544. Dona la mitad de esa cantidad (es decir, \$298.292) a un hijo, lo que genera un período de penalización que demora la elegibilidad para recibir servicios de Medicaid por 24 meses (es decir,



$\$298.292 \div \$12.428$  tasa regional = 24 meses). El período de penalización no comienza a correr hasta tanto la madre ingrese en un asilo, realice la solicitud de Medicaid y resulte elegible de otra manera para Medicaid excepto por la donación que realizó.

La madre usa los otros  $\$298.292$  para comprar una renta o hace un préstamo por un término que no puede exceder su expectativa de vida (una mujer de 80 años tiene una expectativa de vida de 9,73 años o 116,76 meses). Sobre la base de un término de préstamo o renta de dos años (es decir, equivalente al período de penalización de 24 meses) y una tasa de interés del 3,0 %, deberían realizarse pagos de  $\$12.820,09$  sobre la renta o préstamo a la madre que, a su vez, deberá pagar al asilo por su cuidado durante el período de penalización de 24 meses.

Si el costo privado del asilo es de  $\$15.000$  por mes y la madre tiene Seguro Social y una pensión de  $\$2.000$  por mes, y la renta o pagaré produce  $\$12.820,09$  por mes, entonces tiene ingresos mensuales de  $\$14.820,09$  para pagar los  $\$15.000$  del costo mensual del asilo, lo que deja un déficit de  $\$179,91$  por mes que podría pagarse con los  $\$298.292$  donados al hijo, que en los 24 meses del período de penalización, reducirían la donación de  $\$298.292$  solo en  $\$4.317,79$  ( $\$179,91 \times 24$  meses).

Una vez transcurrido el período de penalización de 24 meses, la madre ya recibe la cobertura de Medicaid, y no se necesitarán más pagos por parte del hijo. Entonces, la madre habrá transferido al hijo con seguridad  $\$284,544$  (es decir,  $\$594.544 - \$307.682,21$  en pagos por pagaré incluido el interés –  $\$4,317.79 = \$284.544$ ) para calificar para Medicaid.

Además, si la madre muere antes de que expire la renta, el saldo de la renta se usará primero para pagar los gastos de Medicaid en que incurrió el estado de Nueva York como principal beneficiario, a la tasa de Medicaid, pero el saldo, de haber, podría pagarse al hijo como beneficiario secundario. De manera similar, si la madre muere antes de que expire el pagaré, el heredero de la madre, como dueño del pagaré, debe pagar primero a Medicaid antes de distribuir el patrimonio al resto de la familia superviviente. Sin embargo, de haber un pagaré, generalmente no se deberán pagar gastos de Medicaid debido al período de penalización.

Existe un instrumento de preservación del patrimonio conocido como Fideicomiso con Renta Vitalicia Retenida por el Fiduciante (al que suele llamarse por sus siglas en inglés, GRAT) que se ha usado en Nueva York con resultados mixtos. Un GRAT es



similar a una renta privada y establece que el fideicomisario realice pagos periódicos al fiduciante, de manera similar a los pagarés y rentas ya descritos. Se ha usado con cierto éxito en diversas áreas del estado; sin embargo, hubo un caso en 2007 donde la totalidad del fideicomiso se determinó como disponible para el pago de los cuidados en el asilo. En 2008, el Departamento de Salud del estado determinó que, dado que un GRAT es un fideicomiso, podía invadirse en la medida en que parte de él o su totalidad fuera a usarse para cubrir gastos médicos. El uso de un GRAT en conexión con la planificación de Medicaid solo debe hacerse bajo la supervisión de un abogado especialista en la tercera edad especializado en el tratamiento vigente de los GRAT en el condado del solicitante de Medicaid.

### **¿Puede usarse un contrato de servicios personales para obtener beneficios de Medicaid?**

La ley vigente establece que el pago de servicios personales o financieros en virtud de un contrato de servicios personales no constituye una transferencia de bienes. Para reconocerse, esos arreglos de cuidados deben estar por escrito, ser de naturaleza prospectiva y la compensación debe ser razonable. Estos contratos pueden establecer el pago de una suma importante al proveedor de servicios por servicios anticipados que se brindarán durante la vida actuarial del solicitante de Medicaid. Los miembros de la familia pueden ser proveedores de esos servicios. Deben mantenerse buenos registros, con los pagos realizados inscriptos “en los libros” como ingresos imposables para el receptor, con las deducciones adecuadas para la compensación del trabajador, etc.

### **A continuación, presentamos un ejemplo del uso de un contrato de servicios personales para alcanzar la elegibilidad de Medicaid:**

Una hija/cuidadora trabaja tiempo completo y ayuda a su madre de 80 años quien tiene una expectativa de vida actuarial de 9,73 años. La hija le brinda a su madre diez (10) horas por semana de administración financiera y de atención médica a la tasa de \$30 la hora, y diez (10) horas por semana de cuidados personales a la tasa de \$25. En este ejemplo, la cuidadora gana \$150 por semana o \$7.800 anuales por servicios financieros y de atención médica y \$250 por semana o \$13.000 por año por servicios de cuidado personal. Para la vida estimada de 9,73 años del contrato, \$75.894 representan el valor del componente administrativo del contrato y \$126.490

representan el valor del componente de servicios personales del contrato. El contrato total está valuado en \$202,384.

NYSDOH (Departamento de Salud del estado de Nueva York) indica que un contrato de servicios personales se considerará transferencia de bienes a menos que prevea un reembolso de los fondos prepagos en caso de que el cuidador no pueda continuar brindando los servicios o si el receptor de Medicaid fallece antes de lo que se espera según su expectativa de vida calculada.

Además, la misma directiva, emitida en 2007, establece que no se dará crédito por servicios que se brinden como parte de la tasa de asilos. Esto hace muy difícil el uso de un contrato de servicios personales para un residente de un asilo de ancianos.

Sin embargo, un contrato de servicios personales puede usarse adecuadamente mientras la persona resida en su hogar y pueda brindar una compensación a los miembros de su familia que actúan como cuidadores. Los cuidadores también deben estar al tanto de que los montos recibidos en concepto de un contrato de servicios personales están sujetos a impuestos.

### **¿Puede Medicaid quedarse con mis bienes a mi muerte?**

Si usted recibió servicios de Medicaid en vida, puede hacerse una reclamación sobre su acervo por el monto de los beneficios que recibió desde la edad de 55 años. Si su acervo es mayor al total de los beneficios recibidos, la recuperación total de Medicaid estará limitada al monto de los beneficios provistos; por otro lado, si su acervo es menor al total de los beneficios recibidos, la reclamación se limitará a los fondos de su acervo. Los gastos funerarios, impuestos, gastos administrativos del patrimonio, incluidas las tarifas legales, y las comisiones ganadas por el fiduciario del acervo podrían pagarse en primer término, y reducirán el monto disponible para el pago de la reclamación.

Además, la recuperación se aplaza, pero no se anula, si hay un cónyuge superviviente, un hijo ciego o discapacitado de cualquier edad, o un hijo menor a 21 años. Si el único bien del patrimonio es una residencia, la recuperación de Medicaid también se aplaza si el hogar está ocupado por un hijo “cuidador” o un hermano del difunto que residieran en el hogar durante los dos años previos a la institucionalización del difunto.

Las reclamaciones sobre el acervo se limitan a bienes sucesorios y no incluyen cuentas bancarias conjuntas o de inversión, propiedades vitalicias retenidas creadas en propiedad y/o bienes raíces de propiedad conjunta.

En el caso de un cónyuge que haya rehusado brindar sostén (como se describió previamente), podría hacerse una reclamación contra el patrimonio de ese cónyuge en la medida en que el cónyuge que se rehusó tuviera bienes que superaran los límites de Medicaid cuando se otorgaron los beneficios.

**La información y documentación relativas al solicitante de Medicaid y su cónyuge deben reunirse y acompañar la presentación de una solicitud de Medicaid. Se adjunta una lista de verificación que detalla la información requerida para completar la solicitud de Medicaid y un modelo de solicitud de Medicaid como Apéndices G y H en este cuadernillo.**

## **MALTRATO A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD**

Este capítulo fue escrito para las preguntas y respuestas de la Ley de la Tercera Edad: Una introducción a las problemáticas de la tercera edad y la planificación para el futuro de Harry y Jeanette para la justicia de los ancianos en el Hogar Hebreo de Riverdale.

### **¿Qué es el maltrato a personas de la tercera edad?**

Según un informe publicado en 2016 por los Centros para Control de las Enfermedades\*, el maltrato a la tercera edad es un acto intencional o una falta de actuación por parte de un cuidador u otra persona en una relación que implica una expectativa de confianza que provoca o crea un riesgo de daño a una persona mayor.

\*Hall, JE, Karch, DL, Crosby, AE. Elder Abuse Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Core Data Elements For Use In Elder Abuse Surveillance, Version 1.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2016.

### **¿Cuáles son algunas formas comunes de maltrato a personas de la tercera edad?**

Son formas de maltrato a la tercera edad tanto el maltrato físico, psicológico y emocional, como el maltrato sexual y la explotación económica o financiera. El maltrato puede ser sutil; incluso la inacción puede ser maltrato a veces. Habitualmente, el maltrato es un patrón que se repite a lo largo del tiempo y en pocas ocasiones se produce una única vez. Es importante que las personas mayores conozcan sus derechos legales para prevenir o detener el maltrato.

Se estima que uno de cada diez estadounidenses de más de sesenta años que vive en la comunidad ha experimentado alguna forma de maltrato a la tercera edad. En el Estado de Nueva York, únicamente uno de cada veinticuatro casos de malos tratos a personas mayores se notifica a los servicios sociales o a los profesionales del orden público.

## ¿Quién comete abuso contra los ancianos?

Entre los casos denunciados, un miembro de la familia, lo que incluye hijos mayores y cónyuges, a menudo fue el maltratador.

Si bien cualquier miembro de la familia podría ser maltratador o negligente, los hijos adultos son los perpetradores más comunes. Los maltratadores suelen vivir con el padre que maltratan y frecuentemente dependen de ese padre financiera y emocionalmente. Otros miembros de la familia que propician maltratos podrían ser los cónyuges, nietos adultos u otros familiares, tales como sobrinos, primos, hijastros o nietastros, o hermanos. Si bien no existe un perfil del maltratador “típico”, muchos maltratadores suelen ser adictos a las drogas y otras sustancias, padecer problemas mentales no tratados y tener un historial de violencia.

Los abusadores también pueden ser profesionales de confianza. En un estudio de 2011 de Metlife Mature Market Institute\*, se descubrió que los colaboradores cercanos – familiares, amigos, cuidadores y vecinos – estaban implicados en un elevado porcentaje de los casos de abuso financiero a personas de la tercera edad como perpetradores del abuso, y constituyen, en general, un 34% de los casos denunciados. La explotación en el sector comercial, junto con el fraude de Medicare y Medicaid, constituyeron un 16% de los casos denunciados. El estudio de MetLife estimó que se hurtaron \$2,900 millones de adultos mayores, mientras que una Encuesta de Vulnerabilidad de la Tercera Edad\*\* calculó una cifra mucho más alta – más de \$30,000 millones.

\*Confianza rota: adultos mayores, familia y finanzas, MetLife Mature Market Institute, Marzo de 2009.

\*\* The True Link Report on Elder Financial Abuse 2015

## ¿Cuáles son algunos ejemplos de maltrato y negligencia a la tercera edad?

Toda situación de maltrato a la tercera edad tiene su propio grupo de circunstancias únicas y distintas.

Algunos ejemplos de maltrato son:

El hijo, a fin de castigar a su padre de 76 años, toma su dentadura para limitar lo que puede comer.

- **El Maltrato físico** es el uso intencional de fuerza física que resulta en una enfermedad aguda o crónica, lesiones corporales, dolor físico, discapacidad funcional, sufrimiento o fallecimiento. El abuso físico puede incluir, sin carácter limitativo, actos de violencia como golpear (con o sin un objeto o arma), pegar, dar una paliza, arañar, morder, ahogar, asfixiar, empujar, aventar, zarandear, abofetear, patear, pellizcar y quemar. Además, el uso inapropiado de medicamentos y restricciones físicas, dejar en un lugar, torcer el brazo, tirar del cabello, la alimentación forzada y el castigo físico de cualquier tipo también son ejemplos de abuso físico.

La hija aísla intencionalmente a su madre de 67 años de los amigos y familia evitando que tenga visitas o que se ausente del hogar.

- **El Maltrato psicológico y emocional** es toda conducta verbal o no verbal que causa angustia, sufrimiento mental, temor o aflicción, que comete un cuidador u otra persona que mantiene una relación de confianza con el anciano. Otros ejemplos incluyen: humillación/falta de respeto, amenazas, acoso y aislamiento/ control coercitivo.

El sobrino hace comentarios degradantes sobre las partes íntimas de su tía de 85 años.

- **El Maltrato sexual** es una interacción sexual forzada y/o no deseada de cualquier tipo con un anciano. Esto incluye actos de carácter sexual sin contacto, tal como obligar a una víctima a ver materiales pornográficos, fotografiar a una persona mayor para satisfacción sexual, voyerismo y acoso sexual verbal o conductual.

La nieta usa el poder notarial que ha obtenido de su abuelo para tomar \$1000 de la caja de ahorros de su abuelo de 90 años y comprarse un anillo de diamantes sin el permiso o conocimiento de su abuelo.

- **El Abuso o la explotación financiera** es el uso ilegal, no autorizado o indebido de los recursos de una persona mayor por parte del cuidador u otra persona en una relación de confianza, para el beneficio de alguien que no sea dicha persona mayor. Esto incluye, entre otros, la privación a una persona mayor de acceso legítimoo la información sobre los beneficios personales, los recursos, las pertenencias o los bienes, así como la privación de uso de los mismos.

Una hermana, a sabiendas de que su hermano de 75 años es incapaz de valerse por sí mismo y molesta por la carga que se le ha impuesto, suele estar demasiado ocupada y no le administra su medicación.

- **La Negligencia** es el incumplimiento por parte de un cuidador u otra persona en una relación de confianza de proteger a una persona mayor del daño o el hecho de no satisfacer las necesidades de atención médica esencial, de nutrición, de hidratación, de higiene y de vestimenta.

### **¿Qué debo hacer si sospecho que existe maltrato a adultos mayores?**

- Si se trata de una emergencia, llame al 911
- Hable con alguien
- Busque ayuda de una agencia de servicios sociales
- Llame a un abogado para la tercera edad
- Diríjase a los tribunales

### **Si se trata de una emergencia, llame al 911**

Si se trata de una emergencia, llame al 911 y obtenga ayuda de inmediato. Si no se trata de una emergencia, contacte con el departamento de policía local o cualquier otro recurso comunitario de los detallados más abajo. Muchos departamentos de policía cuentan con policías comunitarios y de violencia doméstica especialmente capacitados para lidiar con situaciones de maltrato, los cuales pueden realizar controles regulares de bienestar y conectar a la persona mayor con otros recursos de la comunidad.

### **Hable con alguien de confianza**

Si el maltrato se mantiene en secreto y nadie actúa, aumentan las posibilidades de que el maltrato o la negligencia empeoren. No importa lo que haya sucedido en el pasado, nunca está bien que alguien lastime o maltrate a un anciano. Hablar sobre el abuso aumenta la posibilidad de hallar a alguien que pueda ayudar a brindar alternativas factibles y deseables. Debe desarrollarse un plan de seguridad para ajustarse a las circunstancias particulares de cada víctima.



## ¿A quién debo contactar para denunciar maltratos a personas de la tercera edad?

- Servicios de protección para adultos - (914) 995-2259
- Departamento de programas y servicios para adultos mayores del condado de Westchester - (914) 813-6436
- Servicios de asistencia a las víctimas - (914) 345-9111 o (914) 345- 3113
- Oficina del fiscal de distrito de Westchester (Unidad de maltrato a personas de la tercera edad) (914) 995-3414
- Centro de justicia de Pace para la mujer - (914) 287-0739
- Línea de ayuda para la mujer de la Oficina del condado de Westchester - (914) 995-5972

### Sólo para profesionales

- El Centro de Harry y Jeanette Weinberg para justicia de los ancianos en el Hogar Hebreo de Riverdale (800) 56-SENIOR (567-3646)

### Recursos nacionales

#### Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Iniciativa para la Justicia de la Tercera Edad

[elderjustice.gov](http://elderjustice.gov)

La misión de la Iniciativa para la Justicia de la Tercera Edad es apoyar y coordinar las medidas de cumplimiento y programáticas del Departamento para combatir el maltrato a la tercera edad, la negligencia, el fraude financiero y las estafas que afectan a las personas mayores de nuestra nación. La página web es un recurso exhaustivo tanto para profesionales como para miembros de la comunidad sobre las iniciativas nacionales y los recursos locales.

### **Comité nacional para la prevención del maltrato a la tercera edad.**

Teléfono: (202) 682-4140; [www.preventelderabuse.org](http://www.preventelderabuse.org)

Un sitio web completo con información sobre el maltrato a la tercera edad, que incluye cómo denunciar el maltrato, qué servicios hay disponibles para detener el maltrato, y cómo hallar esos servicios en su comunidad.

### **Centro nacional sobre maltrato a personas de la tercera edad (National Center on Elder Abuse).**

Teléfono: (855) 500-3537; <http://www.ncea.acl.gov/>

Este sitio responde todas las preguntas sobre maltrato a personas de la tercera edad – a quién llamar si hay sospechas de maltrato, qué esperar cuando denuncia un maltrato, métodos de prevención, y qué puede hacerse para detener el maltrato a personas de la tercera edad. Su sitio web incluye un listado estado por estado de números de teléfono gratuitos para denunciar maltratos a personas de la tercera edad.

### **Obtenga ayuda**

#### **Llame a un abogado especialista en derecho para la tercera edad**

Un abogado especialista en derecho para la tercera edad puede ayudarlo a obtener una tutela para la administración de las necesidades personales y patrimoniales de un adulto mayor, brindar asesoramiento sobre los derechos legales de los adultos mayores y remedios disponibles, o incluso ayudar a establecer un plan financiero o instrumentos financieros para preservar/ proteger los bienes de la persona mayor. Una manera de contactarse con un abogado para la tercera edad es a través de referencias de amigos, familia o conocidos de confianza.

Los recursos en línea también pueden ayudar en la búsqueda de un abogado para la tercera edad.

<http://lawyers.findlaw.com/lawyer/practicestate/Elder-Law/New-York>

<http://www.seniorlaw.com/elder-law-attorneys-on-the-web/>

## Intervención legal

Las personas mayores pueden tomar medidas para detener el maltrato mediante la obtención de una Orden Civil de Protección Civil contra el maltratador en el juzgado de familia. En el Estado de Nueva York, el Juzgado de Familia tiene jurisdicción si las partes están o han estado casadas, tienen un hijo en común, tienen o tenían una relación íntima (puede ser no sexual) o tienen vínculo de sangre o matrimonio. Un abogado civil puede ayudar a debatir esta opción.

**Si se trata de un problema de índole financiera**, puede buscar recursos de asistencia adicionales. Algunos ejemplos de explotación financiera ocurren cuando una persona mayor es presionada para que: firme un documento que no entiende, distribuya su dinero o pertenencias a alguien que no eligió, añada un nombre no deseado a su escritura, otorgue el control de su negocio personal o decisiones médicas, cambie su testamento, o agregue un beneficiario no deseado a su testamento o cuentas de pensión. Es importante ser conciente de los riesgos de las cuentas bancarias conjuntas y cuentas conjuntas de tarjetas de crédito, la co-firma de un préstamo, o la designación de alguien en un poder notarial. Algunas organizaciones y recursos que pueden brindar asesoramiento o asistencia para casos de explotación financiera incluyen:

- Departamento de protección al consumidor del condado de Westchester (Asistencia al consumidor) – (914) 995-2155; <http://www.westchestergov.com/consumer>
- Capital comunitario de Nueva York – (914) 747-8020; <https://communitycapitalny.org>
- Oficina del Fiscal General del estado de Nueva York
- Go Direct (para depósitos directos de cheques del seguro social) – (800) 333-1795; [www.GoDirect.org](http://www.GoDirect.org)
- Instituto de la mujer para una jubilación segura – [www.wiserwomen.org](http://www.wiserwomen.org)

## **Centro de Harry & Jeanette Weinberg para la justicia de los ancianos del Hogar Hebreo de Riverdale de RiverSpring Health**

Fundado en 2005, el Centro Weinberg es el primer refugio para víctimas de maltrato a la tercera edad del estado, y atiende a personas elegibles de 60 años o más. El Centro Weinberg proporciona alojamiento a corto plazo, atención sanitaria integral, defensa legal y servicios terapéuticos.

### **Intervención**

Las referencias profesionales proporcionan un rápido acceso al equipo del Centro Weinberg para la consulta y evaluación para determinar la elegibilidad del refugio. Una vez admitido, cada cliente recibe atención coordinada personalizada e integral proporcionada por el personal médico y profesional del Hogar Hebreo.

El equipo multidisciplinario del Centro Weinberg desarrolla un plan de acción holístico y de traumatismos basado en las circunstancias y los objetivos particulares de cada cliente. Los servicios legales civiles son un pilar de nuestro trabajo, y pueden incluir la obtención de Órdenes de Protección, la representación a clientes en el Tribunal de Vivienda o abogar en un proceso de tutela.

### **Divulgación y Capacitación**

El Centro Weinberg ofrece una amplia gama de programas de capacitación y divulgación comunitaria para aumentar la concienciación profesional y pública sobre los signos y síntomas del maltrato y la negligencia contra las personas mayores. Si está interesado en crear un programa de capacitación o de divulgación comunitaria, llame al (718) 581-1472.

### **Modelo Nacional**

El Centro Weinberg continúa fomentando réplicas del modelo de refugio en todo el país. La alianza SPRiNG (Refugios asociados: Regional, Nacional, Global) es una red de refugios para el maltrato a la tercera edad con una relación laboral estrecha, conocimientos compartidos, estándares de excelencia comunes y un apoyo comunitario activo. Puede encontrar más información en [spring-alliance.org](http://spring-alliance.org).

## Asesoramiento

El Centro Weinberg ha desarrollado una herramienta de evaluación del maltrato a la tercera edad para detectar a los ancianos maltratados y en riesgo. La evaluación está disponible para todos los centros de atención a largo plazo, trabajadores sociales comunitarios, agencias de atención médica y otros programas que atienden a la tercera edad. Si está interesado en saber más sobre nuestra evaluación, llame al (718) 581-1472.

## Asociaciones comunitarias

El Centro Weinberg coordina el Equipo Multidisciplinario del Condado de Westchester sobre el maltrato a la tercera edad, un grupo de profesionales se reúnen mensualmente para elaborar estrategias, desarrollar planes de acción y coordinar servicios en casos complejos de maltrato a la tercera edad. Desde su creación en 2012, el equipo ha abordado más de un centenar de casos complejos de maltrato a la tercera edad. Para obtener más información, o para realizar una referencia profesional al equipo, póngase en contacto con el coordinador del equipo en [malya.levin@hebrewhome.org](mailto:malya.levin@hebrewhome.org).

**SOCIOS COLABORADORES**

Asociación Judía de Servicios para la Tercera Edad (JASA)

Asociación pública/privada de Westchester de Servicios para la Tercera Edad

Centro para la Longevidad y el Envejecimiento Sano de Brookdale

Centro David Berg para cuestiones Legales y de Envejecimiento

Clínica HELP (Ayuda a la Tercera Edad mediante el uso de Políticas y Litigios)

Consejo Municipal de Nueva York

Condado de Westchester  
Servicios de Protección para Adultos

Centro de Abuso a la Tercera Edad de la Ciudad de Nueva York

Departamento para la Tercera Edad de la Ciudad de Nueva York

Fiscalía General del Estado de Nueva York

Hospital Presbiteriano de Nueva York/ Centro Médico Weill Cornell, División de Geriatría y Gerontología

Junta de Protección al Consumidor del Estado de Nueva York

Oficina del Alcalde para Combatir la Violencia Doméstica de la Ciudad de Nueva York

Oficina del Fiscal del Distrito, Bronx, Kings, Nueva York, Condados de Queens y Westchester

Servicios de Protección del Adulto de la Ciudad de Nueva York

Universidad de Nueva York, Facultad de Enfermería

**CON EL GENEROSO APOYO DE:**

Bloomberg L.P. Fundación

Fundación Brookdale

Fundación David Berg

Fundación New YorkBar

Fundación Robin Hood

Fundación Starr

Fundación Harry y  
Jeanette Weinberg

Safe Horizon/DoVE

## SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA ADULTOS MAYORES

A medida que envejecemos, nos enfrentamos a transiciones y desafíos. La mayor parte del tiempo, soportamos lo que se interpone en nuestro camino, sin dificultad. En ocasiones, podemos beneficiarnos del apoyo y del asesoramiento. En esos momentos, a menudo no estamos seguros de dónde acudir. Esperamos que esta sección le proporcione, a usted o a las personas que le importan, información y orientación.

Las personas pueden sufrir pérdidas y experimentar estrés debido a los eventos diarios y los cambios que enfrentan. Pueden ponerse ansiosos o tristes. Cuando lo hacen, estas personas mayores se enfrentan a dificultades que pueden interferir con nuestras actividades cotidianas. Si persiste, la combinación de síntomas, se considera una enfermedad mental.

Si usted es un adulto mayor o una persona que está cuidando de un adulto mayor, debe estar conciente de que los cambios en su salud física y/o emocional podrían desatar síntomas relacionados con la ansiedad, depresión u otros trastornos mentales.

### ¿Qué tipo de dificultades enfrentamos?

Si bien la depresión no es producto de la edad, en adultos mayores causa angustia y sufrimiento y conduce a discapacidades físicas, mentales y sociales. La depresión afecta aproximadamente a 15 de cada 100 adultos mayores de 65 años en los Estados Unidos. La depresión se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza y desazón, y pérdida de interés por las actividades que duran dos semanas o más. Un cambio de humor puede verse acompañado por cambios en el sueño, apetito, energía, problemas de memoria, confusión, rechazo a situaciones sociales e irritabilidad. La depresión suele intervenir en la capacidad de la persona de realizar las tareas cotidianas durante un período de tiempo prolongado.

El reconocimiento de la depresión en los adultos mayores es desafiante porque muchos tienen enfermedades físicas que desatan o co-existen con la depresión. Los eventos de la vida, tales como la pérdida de un ser querido y/o la jubilación, y la falta de una red social de apoyo pueden desatar la depresión. Los individuos suelen perder la oportunidad de buscar ayuda porque asumen que los síntomas son "esperables". Sin embargo, en realidad, estos síntomas no son esperables y comprometen la calidad de vida. La depresión no tratada no se va y conduce a más visitas al médico, hospitalizaciones, mortandad y aislamiento.



### **¿Qué signos indican que puede estar deprimido?**

Si experimenta sentimientos de agotamiento, impotencia, desesperación y cambios en el estado de ánimo o en el interés en cosas que usualmente disfruta, puede estar deprimido. Es importante que busque ayuda de alguien que pueda ayudarlo a decidir qué es lo que necesita. Es difícil actuar para ayudarse a sí mismo cuando se está deprimido. El pensamiento negativo y mal humor son parte de la depresión y pueden evitar que los individuos busquen ayuda. Ni bien inicie su tratamiento, estos sentimientos desaparecerán.

### **¿Qué hago si no me siento cómodo hablando con mi médico?**

Si no se siente cómodo para hablarlo con su médico, hay otros profesionales de la salud para que hable con ellos. Las presiones de tiempo que surgen de las pautas de las aseguradoras hacen difícil que su médico evalúe y diagnostique sus necesidades de salud emocional y mental. Otros profesionales de la salud tales como un trabajador social, consejero o sicólogo, enfermero avanzado, siquiatria especialista en geriatría o consejero de salud mental especialista en esta área estarán disponibles para ayudarlo a identificar el cuidado que necesita.

### **¿Existe algún tratamiento para la depresión u otros trastornos de salud mental?**

Hay varias opciones disponibles para ayudar a los individuos a reducir el dolor y sufrimiento causados por los síntomas de la depresión y otros trastornos de salud mental. Estos tratamientos incluyen medicación y sicoterapia (terapia de diálogo). Su doctor podría iniciar su tratamiento con medicación para abordar la depresión a nivel biológico. Podría tomar varias pruebas y errores hallar la dosis adecuada que funcione para usted. No se desanime durante ese período. Además de la medicación, su médico o tratante de su salud mental podría recomendarle que participe de la sicoterapia. En un ambiente seguro, la sicoterapia le ayudará a lidiar con sus sentimientos y le ayudará a cambiar algunos de los patrones en su vida que podrían contribuir a la enfermedad.

## ¿Cuáles son algunas de las barreras para buscar tratamiento?

La gente que experimenta síntomas de depresión o ansiedad se preocupa por cómo los percibirán si otros miembros de su familia o amigos descubren que tienen ese diagnóstico. Los sentimientos de vergüenza o falta de confianza en si mismo pueden hacer que la persona se aíse. A menudo, el temor a ser tratado de manera diferente causa que los individuos demoren la búsqueda de tratamiento o incluso el diálogo con otros. Otro concepto errado común es que la aseguradora no cubrirá los costos del tratamiento, De hecho, la mayoría de las empresas aseguradoras cubrirán de manera adecuada el costo de la medicación y de una variedad de modalidades de tratamiento. A continuación encontrará una lista de opciones de ayuda de profesionales especializados en trabajar con adultos mayores. Además, la falta de accesibilidad al centro de terapia de salud mental es otra barrera para el tratamiento.

Si está experimentando síntomas de depresión o ansiedad, recuerde contactarse con su médico o con un profesional del cuidado de la salud mental.

## **Instituto Cornell de siquiatría geriátrica/ Hospital Presbiteriano de Nueva York Frente (delante del centro comercial The Westchester Mall).**

Desde 1994 el Instituto Cornell de siquiatría geriátrica de White Plains ha sido un centro especializado en el tratamiento de la salud mental de avanzada para adultos mayores con depresión. Brindamos servicios de sicoterapia y medicación a través de la participación en programas de investigación.

Todos nuestros estudios buscan producir y compartir conocimiento y programas que reducen la carga de la depresión y la incapacidad en adultos mayores, muchos de los cuales tienen acceso limitado a buenos cuidados. Los individuos elegibles que participan de nuestros estudios reciben transporte y tratamiento gratuitos, con terapia o medicación aprobada por la FDA: También hay disponibles estudios domiciliarios. Además, proporciona servicios de psicoterapia a ancianos.

Todos los estudios ofrecen tratamiento y buscamos promover la excelencia en el cuidado de los adultos mayores que padecen depresión.

Para obtener una detección de depresión gratuita o más información, por favor comuníquese con el Instituto Cornell de siquiatría geriátrica de White Plains al (914) 997-4331.

<http://psychiatry.weill.cornell.edu/weill-cornell-institute-geriatric-psychiatry>

### **Servicios de familia de Westchester, Inc. (FSW)**

FSW es una organización de servicios sociales y de salud mental privada sin fines de lucro que atiende en el condado de Westchester desde 1954. FSW tiene más de 55 años de experiencia en la provisión de servicios de salud mental certificados a adultos mayores. Además de servicios geriátricos de salud mental, FSW ofrece una gama completa de Servicios a Mayores con base en la comunidad y residenciales para ayudar a los residentes mayores de Westchester a mantener el mayor nivel posible de independencia en la comunidad. Se brindan una amplia variedad de servicios para satisfacer las necesidades de los adultos mayores y mejorar su calidad de vida en el nivel en que estén.

<http://www.fsw.org/>

Para programar una cita o consulta, por favor llame al número principal (914) 937-2320.

Para obtener información sobre servicios de salud mental para adultos mayores:

<http://www.fsw.org/our-programs/older-adults/geriatric-mental-health>

### **Servicios comunitarios judíos de Westchester (WJCS)**

El Servicio de salud mental geriátrica del WJCS brinda servicios de asesoría especializada a adultos mayores, desde los 55 años, y a sus familias, mediante una variedad de modalidades, que incluyen tratamientos individuales, familiares y grupales, asesoramiento siquiátrico y monitoreo de la medicación. Prácticas basadas en la evidencia, que incluyen terapia conductual cognitiva y tratamiento de solución de problemas, tratan problemáticas del envejecimiento, pérdidas, discapacidad y cambios en la familia que pueden desatar ansiedad y depresión. Los adultos mayores que se recuperan luego del alta de la hospitalización siquiátrica, también reciben tratamiento continuo como pacientes externos.

Para obtener más información o solicitar nuestros servicios, contáctese con Ellie Einzig, LCSWR, Coordinadora, (914) 949-7699, int. 429.

### **Phelps Memorial Hospital Center**

El Phelps Memorial Hospital Center cuenta con 238 camas y es un hospital comunitario de cuidados intensivos sin ánimo de lucro del Condado de Westchester. Debido a su práctica en medicina interna y de salud sénior, el Phelps Memorial Hospital Center ofrece atención primaria para adultos y geriátrica, incluidas las pruebas de detección de pérdida de memoria y depresión. Asimismo, el hospital cuenta con un servicio ambulatorio llamado Phelps Counseling Service que proporciona evaluaciones, tratamiento y grupos de apoyo dirigidos por psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales clínicos licenciados.

Para programar una evaluación, llame al (914) 366-3677.

<https://phelpshospital.org/clinical-services/senior-health-internal-medicine>

### **Hospital St. Vincent's de Westchester**

El Hospital St. Vincent's de Westchester es uno de los mayores proveedores de asesoramiento sobre salud mental del área de Westchester. El Programa Geriátrico Hospitalario del Hospital St. Vincent's ofrece un entorno terapéutico para las personas mayores con el objetivo de promover la seguridad, la salud mental y el bienestar físico de los adultos que sufren trastornos psiquiátricos.

Para programar una evaluación o derivar a un cliente, llame al Servicio de Evaluación y Referencias al (914) 925-5320.

<http://www.stvincentswestchester.org/outpatient-programs/geriatric-services>

## La Mental Health Association of Westchester County, Inc. (MHA)

La Mental Health Association of Westchester County, Inc. ofrece servicios clínicos para personas de todas las edades, incluyendo la tercera edad. Las clínicas se encuentran en diferentes lugares del Condado de Westchester, así como en Rockland.

La página web de la MHA, [www.mhawestchester.org](http://www.mhawestchester.org), ofrece una descripción completa de los servicios y las ubicaciones.

Si desea concertar una cita en la ubicación adecuada, puede contactar con la Programación Central al (914) 345-0700 ext. 7350.



La Asociación pública/privada de Westchester para servicios a la Tercera Edad de (Westchester Public/Private Partnership for Aging Services), (la “Asociación”), es una organización sin fines de lucro fundada en 1991 y, como su nombre lo indica, es una joint venture, entre el Condado de Westchester, el socio público, y la comunidad de negocios de Westchester, agencias de servicios voluntarios y consumidores, los socios privados. Los socios privados trabajan con el Departamento de programas y servicios para adultos mayores de Westchester para desarrollar recursos y brindar servicios substanciales para promover y proteger los derechos de los adultos mayores. La misión de la asociación es ayudar a los ancianos en edad avanzada con independencia y dignidad en sus comunidades de origen.

La Asociación recluta corporaciones para que contribuyan con fondos irrestrictos, financien programas específicos o donen servicios que expandan los servicios necesarios para los mayores. A este fin, la Asociación ha reunido más de 3 millones de dólares a la fecha para enriquecer la calidad de vida de los adultos mayores y sus familias.

A lo largo de los años, la Asociación ha comprometido sus recursos en el apoyo a numerosas problemáticas, incluidas opciones de cuidados a largo plazo basadas en la comunidad; prevención del maltrato a adultos mayores e intervención cuando se lo descubre; y ofrecer información y respiro a los cuidadores. Como parte de su compromiso con la educación del público sobre los aspectos legales que afectan a la tercera edad, la Asociación fue y sigue siendo una de las organizaciones que financia el costo de la publicación e impresión de este cuadernillo de preguntas y respuestas.

Algunos otros logros recientes de la Asociación incluyen:

- 1) Establecer el Programa de Intervención de Telesalud para Personas de la Tercera Edad (“TIPS”, por sus siglas en inglés) que ofrece monitorización remota para pacientes de la tercera edad con ingresos bajos y con un riesgo elevado para la salud.

- 2) Promoción de la iniciativa Comunidades Habitables, con la financiación del análisis comprehensivo de las instituciones, instalaciones públicas, uso de la tierra, opciones de transporte y factores ambientales en las 43 municipalidades del condado de Westchester, para permitir que los adultos mayores envejezcan en sus hogares y sigan siendo miembros vitales de sus vecindarios.
- 3) Desarrollar un Programa de Embajadores para el Envejecimiento Exitoso para conectar a la tercera edad a servicios que mejoran su independencia en la comunidad.
- 4) Promoción de Westchester Alliance, una coalición que trabaja con los colegios y universidades locales para educar a residentes en edad escolar sobre las problemáticas que afectan a los adultos mayores y encontrar maneras de incorporar esta información a ofertas de cursos académicos.
- 5) Educar a los jubilados y a todas las personas mayores ayudando a SENIORU, un programa de grado universitario completamente acreditado en Concordia College
- 6) Patrocinio de los programas diurnos de derecho para la tercera edad, a lo largo del condado de Westchester, presididos por abogados, contadores y planificadores financieros para educar a los adultos mayores y sus cuidadores sobre los aspectos legales que afectan a los mayores y a sus familias. Visite <http://www.seniorlawday.info/calendar-of-events/> para obtener listados de eventos.
- 7) Crear el Programa de Capacitación de Cuidadores, que ha obtenido un reconocimiento especial de la AARP, que capacita a voluntarios para brindar apoyo individual para ayudar a los cuidadores a tomar decisiones más informadas.
- 8) Iniciación del programa SMART, programa modelo de alfabetización intergeneracional que recluta y capacita a adultos mayores voluntarios de la comunidad para que lean y sean tutores de niños de escuelas públicas del condado de Westchester.



- 9) Continuar con el MAP: Mi plan de envejecimiento (My Aging Plan, MAP), que es una guía paso a paso sobre cómo envejecer con éxito a partir de los 20 y hasta los 80 y más.
- 10) Continuación de la iniciativa de la Red del área de Nueva York para la Tercera Edad o “NY-SANN”, un consorcio del gobierno con proveedores de servicios para la tercera edad que representa a 2,2 millones de adultos mayores residentes en el sur del estado de Nueva York, que comprende la Ciudad de Nueva York, Long Island y el Valle de Hudson. Estas áreas geográficas representan un 69% de la población de adultos mayores del estado. El Consorcio NY-SANN evaluará estrategias para aliviar la escasez de fuerzas de trabajo para servicios para la tercera edad de esta región.
- 11) Provisión de fondos para centros seguros para adultos mayores “en riesgo” que hayan padecido negligencia, amenazas o maltratos síquicos o sexuales. Estos centros seguros han brindado asistencia e información a miles de adultos mayores y cuidadores.
- 12) Iniciación del programa de educación y alcance sobre seguros de cuidados a largo plazo, dedicado a informar y educar al público en general sobre el seguro de cuidados a largo plazo. Este programa ha brindado información a 4200 negocios y ha patrocinado presentaciones que han alcanzado a más de 3000 adultos mayores.
- 13) Apoyo a programas para la Salud y el Bienestar, educación de abuelos que crían nietos, fondos para el transporte de adultos mayores a asignaciones de voluntarias y promoción de programas de alfabetización intergeneracional.

Sin perjuicio de la membresía en apariencia privada de su Directorio, actualmente presidido por Rita Mabli, CEO, United Hebrew, New Rochelle, NY, la Asociación nunca habría conseguido alcanzar sus numerosos logros sin el apoyo de su socio público, el Departamento de programas y servicios para adultos mayores del condado de Westchester. Esta agencia es liderada por su extraordinaria Comisionada, Mae Carpenter, fundadora de la Asociación en 1990. La Comisionada Carpenter ha asumido una posición de liderazgo, a escala nacional, para desarrollar una agenda que trata problemáticas que afectan a la comunidad de adultos mayores del condado de Westchester y en todo el país.

El Sistema de Bibliotecas de Westchester (Westchester Library System, WLS) incluye 38 bibliotecas afiliadas en todo el Condado de Westchester. Uno de los muchos servicios que ofrece WLS es el programa del Senior Benefits Information Center (SBIC). Impulsado por más de 75 voluntarios rigurosamente capacitados, SBIC brinda asistencia gratuita y personalizada para revisar y actualizar Medicare y los beneficios relacionados dirigidos a personas de la tercera edad. Disponible durante todo el año, los consejeros pueden reunirse en cualquiera de las 9 bibliotecas. Alternativamente, las preguntas pueden hacerse a través de un correo electrónico y una línea de ayuda telefónica. Las ubicaciones y horarios se indican en [www.westchesterlibraries.org/sbic](http://www.westchesterlibraries.org/sbic) o a través de la Línea de Ayuda al (914) 231-3260.

Las bibliotecas locales ofrecen servicios variados y personalizados a las personas mayores del Condado de Westchester. Estos servicios, diseñados para informar, enriquecer y participar, se llevan a cabo de muchas formas. Por ejemplo:

- entrega a domicilio de libros para aquellos que no pueden llegar a la biblioteca;
- instrucción uno a uno sobre el uso de computadoras, dispositivos móviles y software;
- un calendario repleto de charlas sobre libros, conciertos y clases;
- espacios tranquilos para leer y para discusiones grupales.

Lo más importante es que en cada biblioteca pública hay personal preparado para responder preguntas sobre recursos y servicios esenciales. Con vistas a lo local y accesible, así como al conocimiento de lo que está disponible en todo nuestro condado y más allá, los bibliotecarios y las bibliotecas pueden conectar a miembros de la comunidad con la información que necesitan.

Los usuarios actuales de la biblioteca ya saben que pueden pedir prestado, en medios impresos y/o digitales, libros, películas y música. Pero pocos saben de la posibilidad de hacer préstamos de pases de museo, juegos de computadora, puntos de acceso wifi y ukeleles. Todo esto y más están disponibles sin cargo para aquellos con una tarjeta de la biblioteca.

Una lista completa de las bibliotecas públicas de Westchester está disponible en [www.westchesterlibraries.org/](http://www.westchesterlibraries.org/)

---

Anexo A

Poder para la  
Atención Médica

# Poder para la atención médica

---

## *Designar un agente para la atención médica en el estado de Nueva York*

*La Ley de Apoderados para la atención médica de Nueva York le permite designar alguien en quien confía — por ejemplo, un miembro de su familia o un amigo cercano — para tomar decisiones por usted si pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo. Al designar un agente de atención médica, usted puede asegurarse de que los profesionales médicos respeten sus deseos. Su agente puede decidir también cómo se pueden aplicar sus deseos a medida que su enfermedad cambie. Los hospitales, doctores y otros profesionales médicos deben seguir las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Usted puede darle a la persona a la que escoge como su agente de atención médica, poca o mucha autoridad, como lo prefiera usted. Usted puede permitir a su gente tomar las decisiones sobre su atención médica o sólo unas determinadas. Usted también puede dar a su agente instrucciones que él o ella tiene que seguir. Este formulario se puede utilizar para documentar sus deseos o instrucciones con relación a la donación de órganos o tejidos.*

# Acerca del formulario para el poder de la atención médica

Este es un documento legal importante. Antes de firmar, usted debería comprender los siguientes hechos:

1. Este formulario da a la persona que usted escoge como su agente, la autoridad de tomar todas las decisiones de su atención médica por usted, incluso la decisión de sacar o dar tratamiento de mantenimiento de vida, a menos que usted lo indique de otra forma en este formulario. “Atención médica” significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar una enfermedad mental o física.
2. A menos que su agente sepa sus deseos acerca de la nutrición e hidratación artificiales (alimentación y agua suministradas por el tubo de alimentación o línea intravenosa), a él o ella no se le permitirá rechazar o autorizar esas medidas por usted.
3. Su agente comenzará a tomar decisiones por usted cuando su doctor determine que usted no está capacitado para tomar decisiones relacionadas con su atención médica por sí mismo.
4. Usted puede escribir en este formulario, ejemplos de tipos de tratamientos que no le gustaría que le hicieran o aquellos tratamientos que usted quiere asegurarse de que recibirá. Estas instrucciones pueden usarse para limitar el poder de decisión del agente. Su agente debe seguir sus instrucciones cuando tome las decisiones por usted.
5. Usted no necesita un abogado cuando complete este formulario.
6. Usted debe elegir un adulto (18 años o más), que puede ser un miembro de su familia o un amigo cercano para que sea su agente. Si usted elige un doctor para que sea su agente, él o ella, tendrá que escoger entre ser su agente o el médico que lo atiende porque un doctor no puede hacer las dos cosas a la misma vez. También, si usted es un paciente o residente de un hospital, residencia para ancianos o institución mental, hay ciertas restricciones acerca de nombrar a alguien que trabaja para esa institución como su agente. Pregúntele al personal de esa institución que le explique esas restricciones.
7. Antes de elegir a alguien como su agente de atención médica, hablelo con él o ella para asegurarse de que quiere ser su agente de atención médica. Dígale a la persona que elija que él o ella va a ser su agente de atención médica. Hablen de sus deseos sobre el cuidado médico y este formulario con su agente. Asegúrese de darle una copia firmada. A su agente no se lo puede demandar por las decisiones que toma en cuanto a sus cuidados médicos si lo hace de buena fe.
8. Si usted ha nombrado a su cónyuge como su agente de cuidados médicos, y luego se divorcia o se separa legalmente, su anterior cónyuge no puede ser su agente según lo indica la ley, a menos que usted determine otra cosa. Si usted prefiere que su ex cónyuge siga siendo su agente, puede anotarlo en este formulario y ponerle la fecha o completar un formulario nuevo nombrando a su ex cónyuge.
9. A pesar de que usted ha firmado este formulario, usted tiene el derecho de tomar las decisiones relacionadas con los cuidados médicos con la condición de que así pueda hacerlo, y no se le puede administrar o interrumpir un tratamiento si usted lo objeta, ni tampoco su agente tiene poder para objetarlo.
10. Usted puede cancelar la autoridad dada a su agente diciéndole al profesional médico oralmente o por escrito.
11. La designación de un agente es voluntaria. A nadie se le requiere nombrar a alguien.
12. Usted puede expresar sus deseos o instrucciones relacionados con la donación de órganos o tejidos en este formulario.

# Preguntas frecuentes

## **¿Por qué debería elegir un agente para la atención médica?**

Si usted está impedido, aún en forma temporal, para tomar las decisiones relacionadas con la atención médica, alguien debe decidirlo por usted. Los profesionales médicos a menudo buscan a los familiares como guías. Los miembros de la familia pueden expresar que ellos creen que su voluntad está relacionada con un tratamiento específico. Sin embargo, en el estado de Nueva York, sólo un agente de atención médica que usted elige tiene la autoridad legal de tomar decisiones con respecto a su tratamiento, si usted no puede hacerlo. La designación de un agente le permite controlar su tratamiento médico:

- al permitirle a su agente a que tome las decisiones relacionadas con su atención médica en su nombre como a usted le gustaría que lo decidieran;
- al elegir una persona para tomar las decisiones relacionadas con la atención médica porque usted piensa que la persona tomaría las mejores decisiones;
- al elegir una persona para evitar conflictos o confusiones entre los miembros de su familia o su pareja.

Usted también puede elegir un agente suplente para hacerse cargo si su primera opción no puede tomar decisiones por usted.

## **¿Quién puede ser un agente para la atención médica?**

Cualquier persona de 18 años o mayor puede ser su agente de atención médica. La persona que usted elige como su agente o su agente suplente no pueden firmar como testigos en el formulario de Apoderados para la atención médica.

## **¿Cómo elijo un agente de atención médica?**

Todos los adultos competentes, de 18 años o mayores, pueden elegir una agente de atención médica al firmar un formulario llamado Poder para la Atención Médica. Usted no necesita un abogado o notario, sólo dos testigos adultos. Su agente no puede firmar como un testigo. Usted puede usar el formulario impreso aquí pero no tiene que usarlo.

## **¿Cuándo puede mi agente empezar a tomar decisiones relacionadas con la atención médica por mí?**

Su agente de atención médica podría comenzar a tomar decisiones sobre su atención médica después de que su doctor decida que usted no puede tomar sus propias decisiones. Mientras usted pueda tomar estas decisiones, usted tendrá el derecho de hacerlo.

## **¿Qué decisiones puede tomar mi agente de atención médica?**

A menos que limite la autoridad de su agente de atención médica, su agente puede tomar cualquier decisión relacionada con su atención médica si usted no puede hacerlo. Su agente puede estar de acuerdo que usted debería recibir tratamiento, elige entre distintos tipos de tratamientos y decide qué tratamientos no se le deberían suministrar, de acuerdo con sus deseos e intereses. Sin embargo, su agente sólo puede tomar decisiones acerca de la nutrición e hidratación artificiales (nutrición y agua suministrada por un tubo de alimentación o línea intravenosa) si él o ella sabe sus deseos según lo que usted le dijo o ha escrito. El formulario de Poder para la Atención Médica no le da a su agente el poder de tomar decisiones no relacionadas con su atención médica, por usted, como decisiones financieras.

## **¿Por qué necesito designar un agente de atención médica si soy joven y saludable?**

La designación de un agente de atención médica es una buena idea a pesar de que usted no sea anciano ni tenga una enfermedad terminal. Un agente de atención médica puede actuar en nombre suyo si usted no puede tomar sus propias decisiones sobre su cuidados médicos por un tiempo (como por ejemplo si le ocurriera estar con anestesia general o entrado en coma debido a un accidente). Cuando usted pueda volver a tomar sus propias decisiones relacionadas con su atención médica, su agente no tendrá más autorización para actuar en su nombre.



## Preguntas frecuentes, *continuación*

usted debería hablar con la persona acerca de los tipos de tratamientos que a usted le gustaría o no tener en ciertas circunstancias, como:

- si usted quiere o no que le desconecten/conecten/ el respirador si está en coma irreversible;
- si usted quiere que le comiencen/continúen/ interrumpan tratamientos si tiene una enfermedad terminal;
- si le gustaría que lo pongan o mantengan con hidratación y nutrición artificiales o que se continúe o interrumpa según los distintos tipos de circunstancias.

### **¿Mi agente de atención médica puede cambiar mis deseos o instrucciones de tratamiento anteriores?**

No. Su agente está obligado a tomar las decisiones en base a sus deseos. Si usted expresa claramente sus deseos específicos, o le dio instrucciones especiales sobre algún tratamiento, su agente tiene la obligación de seguir esos deseos o instrucciones a menos que él o ella tenga una base de buena fe para creer que sus deseos cambiaron o no son aplicables a estas circunstancias.

### **¿Quién le prestará atención a mi agente?**

Todos los hospitales, residencias de ancianos, doctores y otros profesionales médicos, están obligados por ley a proporcionarle a su agente de atención médica, la misma información que le darían a usted y respetar las decisiones de su agente como si las hubiera tomado usted. Si un hospital o residencia de ancianos objeta algunas de las opciones de tratamiento (como interrumpir cierto tipo de tratamiento) ellos deben decírselo a usted o a su agente ANTES de que lo internen, si es posible.

### **¿Qué sucede si mi agente de atención médica no está disponible cuando se deben tomar decisiones?**

Usted puede elegir un agente suplente que decida por usted si su agente de atención médica no está disponible, o no puede hacerlo o no quiere actuar cuando se necesita tomar decisiones. Si este no es el caso, los profesionales médicos tendrán que tomar las decisiones relacionadas con su atención médica por usted para seguir las instrucciones que

usted dio cuando todavía podía hacerlo. Cualquier instrucción que escriba en el formulario de Poder para la Atención Médica guiará a los profesionales médicos en estas circunstancias.

### **¿Qué sucede si cambio de opinión?**

Es fácil cancelar su Poder para la Atención Médica, para cambiar la persona que ha elegido como su agente de atención médica o para cambiar algunas instrucciones o limitaciones que aparecen en el formulario. Simplemente complete un formulario nuevo. Además, usted puede indicar en el Poder para la Atención Médica si vence en una fecha determinada o si suceden ciertos hechos. Si esto no ocurre, el Poder para la Atención Médica tiene validez indefinida. Si usted elige a su cónyuge como suplente, y se divorcia o se separa legalmente, la designación se cancela automáticamente. Sin embargo, si a usted le gustaría que su ex cónyuge siga siendo su agente, usted puede anotarlo en el formulario actual y ponerle la fecha o completar un formulario nuevo nombrando a su ex cónyuge.

### **¿Mi agente de atención médica puede ser responsable legalmente por las decisiones que tome en mi nombre?**

No. Su agente de atención médica no puede ser responsable legal por decisiones que tome con relación a su atención médica si lo ha hecho de buena fe en su nombre. También, él o ella no puede ser responsable por los costos de su cuidados médicos, sólo porque sea su agente.

### **¿El Poder de atención médica es el mismo que el de las instrucciones para no prolongar la vida?**

No. Las instrucciones para no prolongar la vida es un documento que proporciona instrucciones específicas sobre las decisiones sobre la atención médica. Usted puede poner esas instrucciones en el formulario de poder. Este Poder le permite elegir a alguien en quien confía para que tome decisiones médicas en su nombre. A diferencia de las instrucciones para no prolongar la vida, el Poder de Atención Médica no requiere que usted sepa por adelantado todas las decisiones que podrían



## Preguntas frecuentes, *continuación*

sucedier. En cambio, su agente de atención médica puede interpretar sus deseos a medida que las circunstancias médicas cambien y puede tomar decisiones que usted no podría haber sabido que habría tomado.

### **¿Dónde debería guardar el formulario de Poder para la atención médica luego de que se firma?**

Déle una copia a su agente, su doctor, su abogado y cualquier miembro de su familia o amigo cercano que usted quiera. Guarde una copia en su cartera o billetera o con otros papeles importante, pero no en un lugar al que nadie tenga acceso, como una caja fuerte. Tenga una copia con usted cuando lo internen en el hospital, aún para una cirugía menor, o si tiene una cirugía ambulatoria.

### **¿Puedo usar el formulario de Poder para la Atención Médica para expresar mis deseos acerca de la donación de órganos o tejidos?**

Sí. Use la sección opcional de donación de órganos y tejidos en el formulario de Poder para la Atención Médica y asegúrese de que haya tenido dos testigos. Puede especificar que sus órganos y tejidos se pueden utilizar para transplante, investigación o propósitos educativos. Cualquier limitación(es) asociadas con sus deseos deberían anotarse en esta sección de poder. No incluir sus deseos e instrucciones en el formulario de Poder

para la Atención Médica no significará que se va a entender como que usted no quiere ser un donante de órganos o tejidos.

### **¿Mi agente de atención médica puede tomar decisiones por mí acerca de la donación de órganos y tejidos?**

No. El poder de un agente de atención médica para tomar decisiones médicas en nombre de otros termina con la muerte. Anotar sus deseos en el formulario de Poder para la Atención Médica le permite establecer claramente sus deseos acerca de la donación de órganos y tejidos.

### **¿Quién autoriza a una donación si eligo no determinar mis deseos en este momento?**

Es importante que anote sus deseos acerca de la donación de órganos y tejidos para que los miembros de su familia a los que se les va a preguntar sobre la donación, sepan su voluntad. Sin embargo, la Ley de Nueva York proporciona una lista de personas que están autorizadas para consentir la donación de órganos o tejidos en su nombre. Están en lista en orden de prioridad: su cónyuge, una hija o hijo de 18 años o mayor, cualquiera de sus padres, un hermano o hermana de 18 años o mayor, un curador elegido por el tribunal antes de la muerte del donante, o cualquier persona autorizada legalmente.

# Instrucciones para el formulario de Apoderados para la Atención Médica

## **Punto (1)**

Escriba el nombre, domicilio y número de teléfono de la persona que está eligiendo como su agente.

## **Punto (2)**

Si usted quiere elegir un agente suplente, escriba el nombre, domicilio y número de teléfono de la persona que está seleccionando como su agente suplente.

## **Punto (3)**

Su Poder para la Atención Médica tendrá validez indeterminada a menos que usted establezca una fecha de vencimiento o condición para su vencimiento. Esta sección es opcional y se debería presentar sólo si usted quiere que su Poder para la Atención Médica venza.

## **Punto (4)**

Si usted tiene instrucciones para su agente, escríbalas aquí. Además, si usted desea limitar la autoridad de su agente de alguna forma, puede hacerlo aquí o hablarlo con su agente de atención médica. Si usted no establece ninguna limitación, se le permitirá a su agente que tome las decisiones relacionadas con su salud que usted podría haber tomado, incluso la decisión de autorizar o rechazar tratamiento para el mantenimiento de la vida.

Si usted quiere darle amplia autoridad a su agente, puede hacerlo mediante este formulario. Simplemente escriba: He hablado sobre mis deseos con mi agente de atención médica mi agente suplente y ellos conocen mis deseos, incluso aquellos que están relacionados con la nutrición y la hidratación artificiales.

Si usted desea dar instrucciones más específicas, podría decir:

*Si contraigo alguna enfermedad terminal, yo quiero/ no quiero recibir los siguientes tipos de tratamiento....*

*Si estoy en coma o tengo poca capacidad para comprender, sin esperanzas de recuperarme, entonces quiero/no quiero los siguientes tipos de tratamiento:....*

*Si tengo daño cerebral, o desarrollo alguna enfermedad en el cerebro que no me permite reconocer gente o hablar y no hay esperanzas de que mi estado mejore, yo quiero/no quiero los siguientes tipos de tratamientos:....*

*He hablado con mi agente sobre mis deseos acerca \_\_\_\_\_ y quiero que mi agente tome todas las decisiones relacionadas con estas medidas.*

Aquí se enumeran los ejemplos de tratamientos médicos sobre los cuales yo quiero dar instrucciones especiales a mi agente. Esta no es una lista completa:

- respiración artificial
- nutrición e hidratación artificiales (nutrición y agua suministradas a través de un tubo de alimentación)
- resucitación cardiopulmonar (CPR)
- medicación antipsicótica
- terapia de choques eléctricos
- antibióticos
- procedimientos quirúrgicos
- diálisis
- trasplantes
- transfusiones sanguíneas
- abortos
- esterilización

## **Punto (5)**

Usted debe fechar y firmar este formulario de Apoderados para la Atención Médica. Si usted no puede firmarlo, puede pedirle a otra persona que lo firme en su presencia. Asegúrese de poner su domicilio.

## **Punto (6)**

Usted puede establecer sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y tejidos en este formulario. Un agente de atención médica no puede tomar decisiones acerca de la donación de órganos y tejidos porque la autoridad de su agente termina cuando usted fallece. La ley permite que ciertas personas, en orden de prioridad, autoricen la donación de órganos y tejidos en su nombre: su cónyuge, un hijo o hija de 18 años o mayor, un hermano o hermana de 18 años o mayor, un tutor nombrado por un juez antes del fallecimiento del donante u otra persona que tenga autorización legal.

## **Punto (7)**

Dos testigos mayores a 18 años deben firmar este formulario de Apoderados para la Atención Médica. La persona que fue designada como su agente o agente suplente no pueden firmar como testigos.

# Poder para la atención médica

(1) Yo, \_\_\_\_\_

por la presente designo \_\_\_\_\_  
(nombre, domicilio y número telefónico)

como mi agente de atención médica para tomar decisiones relacionadas con la atención médica en mi nombre, excepto si lo limito de otra manera. Este poder tendrá vigencia sólo cuando y si no estoy capacitado para tomar mis propias decisiones relacionadas con mi cuidados médicos.

(2) **Opcional: Agente suplente**

Si la persona que designo no se encuentra disponible, no quiere hacerlo o no puede actuar como mi agente de atención médica, por medio de la presente designo a \_\_\_\_\_  
(nombre, domicilio y número de teléfono)

como mi agente de atención médica para tomar todas las decisiones relacionadas con mi atención médica en mi nombre, excepto si las limito de otra manera.

(3) A menos que revoque este poder o que establezca una fecha de vencimiento o circunstancias en las cuales pueda vencer, el mismo tendrá vigencia indeterminada. (Opcional: si quiere que venza este poder, determine la fecha y las condiciones aquí). Este poder vencerá (especifique la fecha o las condiciones):

(4) **Opcional:** Instruyo a mi agente de atención médica que tome decisiones relacionadas con mi salud de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él o ella sabe o como se indica debajo. (Si usted quiere limitar la autoridad de su agente en la toma de decisiones o quiere darle instrucciones específicas, usted puede determinar sus deseos o limitaciones aquí). Yo instruyo a mi agente de atención médica para que tome decisiones sobre mi salud de acuerdo con las siguientes instrucciones y/o limitaciones (adjunte más páginas si es necesario): \_\_\_\_\_

Para que su agente pueda tomar decisiones relacionadas con su atención médica en su nombre acerca de la nutrición e hidratación artificiales (nutrición y agua suministradas a través de un tubo de alimentación o intravenosa), su agente debe saber sus deseos. Usted puede decirle a su agente cuáles son sus deseos o puede incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones para la muestra de idiomas que puede utilizar si elige incluir sus deseos en este formulario, incluso sus deseos con relación a la nutrición e hidratación artificiales.

**(5) Su identificación** *(tenga la bondad de escribir con letra de imprenta)*

Su nombre \_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su dirección \_\_\_\_\_

**(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos o ambos**

A continuación hago un obsequio anatómico que entrará en vigor en el momento de mi muerte, de:  
(marcar el cuadro pertinente)

Órganos o tejidos o ambos que se necesita

Los órganos o tejidos o ambos siguientes \_\_\_\_\_

Limitaciones \_\_\_\_\_

Si no indica sus deseos o instrucciones sobre la donación de órganos o tejidos o ambos en este formulario, no se considerará que no desea hacer una donación o evitar que una persona, autorizada por la ley, dé su consentimiento para la donación en su nombre.

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**(7) Declaración de los testigos** *(Los testigos deben tener un mínimo de 18 años de edad y no pueden ser el tutor ni el tutor alterno para la atención médica).*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firma este documento y tengo la impresión de que es una persona de mente clara y actúa por voluntad propia. Él o ella firmó (o pidió a otra persona que firmara por él o ella) este documento en mi presencia.

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del(de la) testigo 1  
*(letra de imprenta)* \_\_\_\_\_ Nombre del(de la) testigo 2  
*(letra de imprenta)* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_



Estado de Nueva York  
Departamento de Salud

---

Anexo B

Testamento en Vida y  
Poder de Asistencia Sanitaria  
del Estado de Nueva York

**TESTAMENTO EN VIDA Y  
PODER DE ASISTENCIA SANITARIA  
DEL ESTADO DE NUEVA YORK**

Yo \_\_\_\_\_, estando en mi sano juicio, hago esta declaración como directiva para seguirse si me vuelvo permanentemente incapaz de participar en decisiones respecto a mi cuidado médico. Estas instrucciones reflejan mi firme y asentado resolución a rehusar tratamiento médico de acuerdo con las circunstancias indicadas abajo.

Yo dirijo a mi médico atendente y a otro personal médico que retengan o retiren tratamiento que sirve solamente a prolongar el proceso de mi fallecimiento, si estoy en una *condición mental o física incurable o irreversible sin expectación razonable de recuperarme*.

Estas instrucciones se aplican si estoy: (a) *en condiciones terminales*; (b) *permanentemente inconsciente*; o (c) *si estoy consciente pero con lesión cerebral irreversible y nunca recuperaré la capacidad de tomar decisiones y expresar mis deseos*.

Yo dirijo que el tratamiento se limite a medidas para mantenerme cómodo/a y aliviar el dolor, incluso cualquier dolor que pueda ocurrir al retener o retirar tratamiento. Aunque entiendo que no me es requerido legalmente ser específico/a sobre tratamientos futuros, *si estoy en las condiciones descritas arriba, tengo el firme deseo que se sigan mis instrucciones sobre los tratamientos a continuación:*

**No quiero resuscitación cardíaca.**  
**No quiero respiración mecánica.**  
**No quiero alimentación artificial.**  
**No quiero antibióticos.**  
**Quiero el máximo alivio del dolor.**  
**Otras instrucciones (indique instrucciones particulares):**

---

---

---

---

**YO, POR LA PRESENTE, NOMBRE A**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

como mi agente de asistencia sanitaria, que puede tomar todas las decisiones de asistencia sanitaria para mí conforme a las directivas que he declarado en este documento. Dirijo a mi agente que tome decisiones de asistencia sanitaria de acuerdo con mis deseos e instrucciones como afirmo arriba, o según otra información que sepa él o ella. También dirijo a mi agente que se atenga a cualquier limitación de su autoridad como afirmo arriba, o según otra información que sepa él o ella.

En caso de que mi agente de asistencia sanitaria esté incapaz, desinclinado/a, o indisponible para servir en esa capacidad, **designo como mi agente sustituto/a de asistencia sanitaria** (con los mismos poderes que he enumerado hasta ahora).

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo que, a menos que yo revoque este testamento en vida y poder de asistencia sanitaria, permanecerá en vigor por tiempo indefinido.

Estas directivas atestiguan mi derecho legal de rehusar tratamiento, según las leyes del Estado de Nueva York. A menos que yo haya revocado este documento o que haya indicado de otra manera claramente y explícitamente que he cambiado de parecer, es mi intención inequívoca que mis instrucciones expuestas en este documento sean realizadas fielmente.

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Afirmación de los Testigos (Deben tener 18 años o más)**

Yo declaro que conozco a la persona que firmó este documento, y se manifiesta estar en su sano juicio, y está actuando por su propia voluntad. Él o ella firmó (o pidió a otra persona que firmara por él o ella) este documento en mi presencia.

Testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**MANTENGA ESTE ORIGINAL FIRMADO EN CASA CON SUS DOCUMENTOS PERSONALES. DÉ COPIAS DEL ORIGINAL FIRMADO A SU MÉDICO, A SU FAMILIA, A SU ABOGADO Y A OTROS QUE PUEDAN INTERVENIR EN SU CUIDADO.**



---

Anexo C

# Órdenes Médicas para el Tratamientos de Soporte Vital

(MOLST, Siglas en Inglés)

# Órdenes Médicas para el Tratamiento que Sostiene la Vida (MOLST, Siglas en Inglés)

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK

**EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.**

\_\_\_\_\_  
 APELLIDO/NOMBRE/INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
 CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)

Hombre  Mujer

\_\_\_\_\_  
 NÚMERO eMOLST (ESTO NO ES UN FORMULARIO eMOLST)

## No Resucitar (DNR, Siglas en Inglés) y Otros Tratamientos que Sostienen la Vida (LST, Siglas en Inglés)

Éste es un formulario de órdenes médicas que informa a otros los deseos del paciente respecto al tratamiento que sostiene la vida. Un profesional de los servicios de salud debe llenar o cambiar el formulario MOLST basado en la condición médica actual del paciente, sus valores, deseos e instrucciones MOLST. Si el paciente no está capacitado para tomar decisiones médicas, las órdenes deben reflejar los deseos del paciente como mejor lo entienda el agente de tratamiento médico o sucedáneo (suplente). Un médico debe firmar el formulario MOLST. Todos los profesionales de servicios de salud deben cumplir con estas órdenes médicas cuando el paciente se traslada de un lugar a otro, a menos que un médico examine al paciente, estudie las órdenes y cambie las mismas.

**MOLST se usa generalmente para pacientes que tienen condiciones de salud serias. El paciente u otra persona que toma la decisión debe hablar con el médico para solicitar al médico que llene el formulario MOLST si el paciente:**

- Desea evitar o recibir cualquiera o todos los tratamientos que sostienen la vida.
- Reside en una instalación para atención de larga duración o necesita servicios de larga duración.
- Podría fallecer dentro del próximo año.

**Si el paciente tiene una discapacidad del desarrollo y no está capacitado para decidir, el doctor debe seguir procedimientos especiales y adjuntar la lista de cotejo con los requisitos legales apropiada.**

### SECCIÓN A

#### Instrucciones Para la Resucitación Cuando el Paciente No Tiene Pulso y/o No Está Respirando

Marque uno:

**Orden para CPR: Intente dar Resucitación Cardiopulmonar**

CPR involucra respiración artificial y presión fuerte sobre el pecho para tratar que el corazón funcione de nuevo. Usualmente involucra una descarga eléctrica (desfibrilación) y la inserción de un tubo plástico en la tráquea para asistir la respiración (entubación). Esto significa que se administrarán todos los tratamientos médicos para prolongar la vida cuando el corazón ha dejado de latir o la respiración cesa, incluyendo el que se le coloque en un respirador artificial y ser trasladado al hospital.

**Orden para DNR: No Intente Resucitar (Permitir la Muerte Natural)**

Esto significa que no se empieza la CPR según se define arriba, para lograr que el corazón o la respiración empiecen nuevamente si se habían detenido.

### SECCIÓN B

#### Instrucciones Para Consentir Que Se Resucite (Sección A)

El paciente puede tomar la decisión respecto a la resucitación si él o ella tiene la capacidad para decidir acerca de la resucitación. Si el paciente **NO** tiene la capacidad para decidir acerca de la resucitación y tiene un poder para casos de tratamiento médico (health care proxy), el agente de tratamiento médico toma la decisión. Si no existe un poder para casos de tratamiento médico, otra persona decidirá, escogida de una lista que se basa en la ley del estado de Nueva York.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA

Marque si el consentimiento fue verbal  
 (Deje la línea para la firma en blanco)

\_\_\_\_\_  
 FECHA /HORA

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA PERSONA QUE TOMA LA DECISIÓN

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PRIMER TESTIGO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL SEGUNDO TESTIGO

**¿Quién tomó la decisión?**  Paciente  Agente de Tratamiento Médico  Ley de Salud Pública Sucédáneo  
 Padre/Tutor de Menor  §1750-b Sucédáneo

### SECCIÓN C

#### Firma del Médico Para la Sección A y B

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
 FECHA/HORA

\_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE LICENCIA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE TELÉFONO/LOCALIZADOR DE PERSONAS O "PAGER" O "BÍPER"

### SECCIÓN D

#### Declaración Previa de Voluntad

Marque todas las directrices hechas con anticipación:  Poder Para Casos de Tratamiento Médico  Testamento Vital (Living Will)  
 Donación de Órganos  Documentación de Declaración Previa de Voluntad Ofrecida Verbalmente

EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.

APELLIDO/NOMBRE/INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)

**SECCIÓN E**

**Órdenes Para Otros Tratamientos Que Sostienen la vida Hospitalización Cuando el Paciente Tiene Pulso y el Paciente Está Respirando**

Se puede ordenar tratamiento para sostener la vida por un período de prueba para determinar si hay beneficio para el paciente. Si se empieza un tratamiento para sostener la vida pero resulta que no ayuda, el tratamiento puede ser descontinuado.

**Directrices Para el Tratamiento** Independientemente de lo seleccionado, al paciente se le tratará con dignidad y respeto, y los proveedores de tratamiento médico le ofrecerán medidas para su bienestar. *Marque una:*

- Medidas Para el Bienestar Solamente** Las medidas para el bienestar son la atención médica y el tratamiento provistos con el objetivo principal de aliviar el dolor y otros síntomas y aliviar el sufrimiento. Se tomarán medidas razonables para ofrecer alimentos y líquidos por boca. Administración de medicamentos, cambio de posición en la cama, cuidado de heridas y otras medidas serán usadas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Se usarán oxígeno, succión y el tratamiento manual de obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para el bienestar.
- Intervenciones Médicas Limitadas** El paciente recibirá medicamento por boca o por vena, monitoreo del corazón y todos los otros tratamientos necesarios de acuerdo a las órdenes MOLST.
- No Hay Limitaciones de las Intervenciones Médicas** El paciente recibirá todos los tratamientos necesarios.

**Instrucciones Para la Entubación y Ventilación Mecánica** *Marque una:*

- No Entube (DNI, Siglas en Inglés)** No coloque un tubo por la garganta del paciente ni conecte un respirador artificial que bombee aire hacia y fuera de los pulmones. Hay tratamientos disponibles para falta de respiración tales como oxígeno y morfina. (Esta casilla *no* debe ser marcada si se marcó CPR total en la Sección A.)
- Un Período de Prueba** *Marque uno o ambos:*
  - Entubación y ventilación mecánica**
  - Ventilación no invasiva (Ej., BIPAP), si el profesional de servicios de salud está de acuerdo en que ésta es apropiada**
- Entubación y ventilación mecánica por largo plazo, de ser necesario** Coloque un tubo por la garganta del paciente y conecte un respirador artificial por tanto tiempo como sea médicamente necesario.

**Hospitalización/Traslado en el Futuro** *Marque una:*

- No llevarlo al hospital a menos que el dolor o los síntomas severos no puedan ser controlados de otro modo.**
- Envíe al hospital, de ser necesario, basado en las órdenes MOLST.**

**Líquidos y Nutrición Administrados Artificialmente** Cuando un paciente ya no puede comer o tomar líquidos, se puede administrar alimentos líquidos por un tubo insertado en el estómago o se puede dar líquidos por un pequeño tubo plástico (catéter) insertado directamente en la vena. Si el paciente opta por no tener el tubo alimenticio o líquidos intravenosos (IV, siglas en inglés), los alimentos y líquidos se ofrecen según sean tolerados usando alimentación por mano cuidadosamente. *Marque uno para cada uno de tubo alimenticio y líquidos IV:*

- No tubo alimenticio**  **No líquidos IV**
- Un período de prueba con tubo alimenticio**  **Un período de prueba con líquidos IV**
- Tubo alimenticio a largo plazo, de ser necesario**

**Antibióticos** *Marque una:*

- No use antibióticos.** Use otras medidas de bienestar para aliviar los síntomas.
- Determine el uso o limitación de antibióticos cuando ocurra una infección.**
- Use antibióticos** para tratar infecciones, de ser médicamente indicado.

**Otras Instrucciones** acerca de comenzar o descontinuar el tratamiento deben ser habladas con el médico, así como otros tratamientos no anotados arriba (diálisis, transfusiones, etc.)

**Consentimiento Para un Tratamiento Para Sostener las Funciones Vitales (Sección E)** (Igual que la Sección B, que es el consentimiento para la Sección A)

FIRMA  Marque si el consentimiento fue verbal (Deje la línea para la firma en blanco) FECHA/HORA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TOMA LA DECISIÓN

NOMBRE DEL PRIMER TESTIGO

NOMBRE DEL SEGUNDO TESTIGO

**¿Quién tomó la decisión?**  Paciente  Agente de Tratamiento Médico  Basado en evidencia clara y convincente de los deseos del paciente  Ley de Salud Pública Sucesáneo  Padre/Tutor de Menor  §1750-b Sucesáneo

**Firma del Médico Para la Sección E**

FIRMA DEL MÉDICO NOMBRE DEL MÉDICO FECHA/HORA

EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.

APELLIDO/PRIMER NOMBRE/INICIAL DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

**SECCIÓN F Evaluación y Renovación de las Órdenes MOLST en Este Formulario MOLST**

El médico debe evaluar este formulario de vez en cuando según requerido por ley, y también:

- Si el paciente se cambia de un lugar a otro para recibir servicios; o
- Si el paciente sufre un cambio grande en el estado de su salud (mejorar o empeorar); o
- Si el paciente u otra persona que toma decisiones cambian de parecer acerca del tratamiento.

Fecha/Hora	Nombre y Firma del Evaluador	Lugar de la Evaluación (Ej., Hospital, NH, Oficina del médico)	Resultado de la Evaluación
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario

EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.

APELLIDO/PRIMER NOMBRE/INICIAL DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

**SECCIÓN F**

**Evaluación y Renovación de las Órdenes MOLST en Este Formulario MOLST** *Continuación de la Página 3*

Fecha/Hora	Nombre y Firma del Evaluador	Lugar de la Evaluación (Ej., Hospital, NH, Oficina del médico)	Resultado de la Evaluación
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario
			<input type="checkbox"/> No hay cambio <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, se hizo nuevo formulario <input type="checkbox"/> Formulario invalidado, <b>no</b> se hizo nuevo formulario

## INSTRUCCIONES GENERALES PARA LAS LISTAS DE VERIFICACION DE LOS REQUISITOS LEGALES PARA PACIENTES ADULTOS Y GLOSARIO

El formulario MOLST es una orden médica que detalla las órdenes médicas del paciente relativas a los tratamientos de soporte vital. Todos los profesionales de la salud deben seguir estas órdenes médicas incluso si el paciente se traslada de una locación a otra, a menos que un médico examine al paciente, revise las órdenes y las cambie.

El MOLST es generalmente para pacientes con estados de salud graves. Los médicos deben considerar discutir con el paciente la posibilidad de completar un formulario MOLST si el paciente:

- Quiere evitar o recibir un tratamiento de soporte vital.
- Reside en una institución de cuidados a largo plazo o necesita servicios médicos a largo plazo.
- Podría morir dentro del próximo año.

Estas instrucciones y listas de verificación procuran asistir a los profesionales de la salud al completar el formulario MOLST con pacientes adultos y/o aquellos autorizados para tomar decisiones médicas sobre los pacientes. **NO** están destinados a usarse con pacientes menores, o pacientes con discapacidades de desarrollo que carecen de la capacidad de toma de decisión, o pacientes con enfermedades mentales en una institución de cuidados mentales.

### Instrucciones generales

El formulario MOLST debe completarse en base a la condición médica actual del paciente, sus valores, deseos, y estas instrucciones MOLST. La decisión de completar el MOLST empieza con una conversación o una serie de conversaciones entre el paciente, el agente de asistencia médica o quien lo suplante, y un profesional de la salud capacitado y capacitado que define los objetivos de cuidado del paciente, revisa las posibles opciones de tratamiento en todo el formulario MOLST, y garantiza una toma de decisión médica informada y compartida. La conversación debe documentarse en la historia clínica. El paciente u aquel que tome las decisiones deben consentir a las órdenes MOLST, a excepción de los pacientes que figuran en la Lista de verificación N°4 (pacientes de hospitales para adultos mayores o asilos de ancianos sin capacidad de toma de decisiones, que no cuentan con un poder notarial médico o un Sucedáneo de Salud Pública).

Si bien la/s conversacione/s sobre objetivos y opciones de tratamiento pueden iniciarlas cualquier profesional de la salud calificado y capacitado, siempre debe haber un médico matriculado que: (i) consulte con el paciente y/o el agente médico del paciente o sucedáneo sobre el diagnóstico, prognosis, objetivos de cuidado, preferencias de tratamiento del paciente y el consentimiento del responsable de la toma de decisiones, y (ii) firme las órdenes derivadas de esa conversación. Si el médico está matriculado en un estado limítrofe, deberá añadir la abreviatura del estado en el que está matriculado junto con el número de matrícula.

Se recomienda completar las primera y segunda hojas del formulario MOLST. Sin embargo, el paciente o responsable de la toma de decisiones (es decir, agente de cuidados médicos o sucedáneo) puede no estar preparado física o emocionalmente para tomar una decisión respecto a cada opción de tratamiento del formulario en una sola reunión. Se permite completar solo la primera página del formulario MOLST, concerniente a las RCP (respiración cardiopulmonar) /DNR (No resucitar), y la página dos (Sección E) puede completarse más adelante. Si un paciente o responsable de la toma de decisiones puede tomar una decisión sobre una o más opciones de tratamiento, pero no sobre otras, en la página 2, el médico puede tachar la porción del formulario que contenga las opciones de tratamiento sobre las que no se han tomado decisiones y escribir "Decisión diferida" junto a esa opción u opciones de tratamiento. Si el paciente o responsable de la toma de decisiones toma una decisión sobre esa opción/es de tratamiento más adelante, debe completarse un nuevo formulario y el médico debe firmarlo, indicando todas las decisiones del paciente o responsable de la toma de decisiones.

Las órdenes verbales son aceptables si cuentan con la firma posterior de un médico matriculado en MYS o un médico de un estado limítrofe, según la política comunitaria o de la institución. Las órdenes verbales deben ser autenticadas dentro de las 48 horas bajo las condiciones de participación de Medicare y Medicaid.

Se recomienda imprimir el formulario en papel "pulsar" rosa fuerte. Cuando el personal de EMS responde una llamada de emergencia extrahospitalaria, están entrenados para verificar si el paciente tiene un formulario MOLST rosado antes de iniciar el tratamiento de soporte vital. Pueden no advertir un formulario MOLST si está impreso en papel blanco común. Sin embargo, los formularios MOLST blancos y las fotocopias, faxes o representaciones electrónicas del MOLST firmado original son legales y válidos.

**Las órdenes MOLST completas según la ley de Nueva York siguen siendo válidas cuando el paciente pasa de una institución de salud a otra. Las órdenes de DNR no hospitalarias deben revisarlas un médico al menos cada 90 días. Además, todas las órdenes MOLST deben revisarse para verificar que son consistentes con las políticas de la institución y cuando el paciente pase de un ambiente de cuidados a otro, cuando haya un cambio importante en su condición sanitaria y cuando el paciente u otro encargado de tomar decisiones médicos cambie de opinión respecto al tratamiento.**

Los estándares de toma de decisiones, procedimientos y requisitos regulatorios de testigos sobre las decisiones de retener o retirar tratamientos de soporte vital, incluido el DNR, varían según quién toma la decisión y dónde se la toma. De esta manera, hay diferentes listas de verificación para los distintos tipos de responsables de la toma de decisiones y ambientes.

**POR FAVOR, TENGA EN CUENTA: EXISTEN CINCO LISTAS DE VERIFICACIÓN DIFERENTES PARA LOS PACIENTES ADULTOS:**

**Lista de verificación N°1 – Pacientes adultos con capacidad de toma de decisiones (cualquier ambiente)**

**Lista de verificación N°2 – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico (cualquier ambiente)**



**Lista de verificación N°3** – Pacientes adultos hospitalarios o de asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico, y por tanto el responsable de la toma de decisiones es un Sucedáneo legal de Salud Pública (sucedáneo elegido de la lista de sucedáneos)

**Lista de verificación N°4** – Pacientes adultos hospitalarios o de asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes no hay sucedáneo disponible en la lista.

**Lista de verificación N°5** – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico, y para quienes se completa un formulario MOLST extrahospitalario.

Elija la lista de verificación correcta. Luego, complete los pasos clínicos y los requisitos legales en base a quién toma la decisión y el ambiente.

Las listas de verificación pueden encontrarse en el sitio web del Departamento de Salud, en: [http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/).

---

## REVISIÓN Y RENOVACIÓN DE LAS ÓRDENES MOLST

El médico debe revisar el formulario MOLST de vez en cuando como lo requiere la ley, y también:

- Si el paciente se muda de un lugar a otro para recibir cuidados; o
- Si el estado de salud del paciente tiene un cambio importante (para mejor o peor), o
- Si el paciente u el responsable de la toma de decisiones cambia de opinión respecto al tratamiento.

Si el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas, el Agente de cuidados médicos u Sucedáneo pueden requerir un cambio en el MOLST y se deben discutir con ellos los cambios recomendados por el proveedor de cuidados médicos del paciente cuando surjan alguna de las circunstancias mencionadas previamente.

**Órdenes DNR/ Permitir muerte natural:** La Ley de Salud Pública requiere que el médico revise las órdenes de DNR y registre la revisión al menos cada **90 días**. En los hospitales y asilos, las órdenes MOLST deben revisarse regularmente de acuerdo con las políticas de la institución.

**Órdenes de tratamiento de soporte vital:** la condición, pronosis, valores, deseos y metas del paciente en cuanto a su cuidado pueden variar a lo largo del tiempo. El médico debe revisar estas órdenes al mismo tiempo que se revisan las órdenes de DNR/ Permitir muerte natural, y la revisión debe registrarse.

Revisar todas las órdenes médicas de las Secciones A a la E del formulario MOLST.

Documentar el resultado de la revisión en la Sección F.

- Si no hay cambios en el estado de salud del paciente, su capacidad de toma de decisiones o preferencias, firmar, fechar y tildar la sección “Sin cambios”.

- Si existen cambios sustanciales en el estado de salud del paciente, su capacidad de toma de decisiones, objetivos de cuidado o preferencias que resulten en un cambio de las órdenes MOLST, escribir “ANULADO” en mayúsculas en las páginas 1 y 2, y completar un nuevo formulario, de acuerdo con los estándares y procedimientos para la toma de decisiones de la Ley de Salud Pública del estado de Nueva York. Tildar la sección “FORMULARIO ANULADO, se completó nuevo formulario”. (RETENER el formulario MOLST anulado en el expediente, historia clínica o registro electrónico como lo requiere la ley).
- Si se anula el formulario y no se completa uno nuevo, se brindarán tratamiento completo y resucitación, a menos que el paciente, sucedáneo o agente de cuidados médicos tomen una decisión diferente. Escribir “ANULADO” en mayúsculas en las páginas 1 y 2 y tildar la sección “FORMULARIO ANULADO, no se completó nuevo formulario”. (RETENER el formulario MOLST anulado en el expediente, historia clínica o registro electrónico como lo requiere la ley).

Para obtener más información sobre el Programa MOLST, visite el sitio web del Departamento de Salud en [http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/) y el sitio web de Compasión y Apoyo, sección Profesionales, y el Centro de capacitación sobre MOLST en [www.CompassionAndSupport.org](http://www.CompassionAndSupport.org).

## GLOSARIO

“**Adulto**” significa toda persona de 18 años o mayor o toda persona casada.

“**Evidencia clara y convincente**” es evidencia de que el paciente sostuvo el compromiso firme y seguro de retirar el tratamiento de soporte vital en el caso de circunstancias tales como la condición médica actual del paciente. La evidencia puede estar en un testamento en vida escrito, y/o declaraciones orales previas, que indiquen los deseos del paciente y consideren las circunstancias bajo las cuales se realizaron esas declaraciones y ante quién. A fin de decidir si la evidencia de los deseos del paciente es clara y convincente, debe tenerse en cuenta:

- Si las declaraciones fueron generales o específicas;
- Si las declaraciones fueron sobre circunstancias específicas (por ejemplo, enfermedad terminal, estado vegetativo persistente) similares a la condición médica actual del paciente;
- La intensidad, frecuencia, consistencia y gravedad de tales declaraciones;
- Si las declaraciones tienden a demostrar que el paciente sostuvo un compromiso firme y seguro respecto a determinadas decisiones de tratamiento bajo las circunstancias expresadas;
- Si la fuerza y durabilidad de las creencias religiosas y morales del paciente hacen improbable un cambio de opinión reciente; y
- Si las declaraciones se hicieron solo ante una persona o ante más de una persona cercanas al paciente.

“**Amigo cercano**” es toda persona de 18 años o más que es amigo o pariente del paciente. Esta persona debe haber mantenido un contacto regular con el paciente; estar familiarizado con las actividades, salud y creencias religiosas o morales del paciente; y presentar una declaración jurada a tal efecto al médico tratante.

“**Extrahospitalario**” significa fuera de un hospital o asilo.

“**Socio doméstico**” significa una persona que:

- Ha entrado en una sociedad doméstica formal reconocida por un gobierno local, estatal o nacional; o
- Se ha registrado como socio doméstico en un registro del gobierno o empleador; o
- Tiene cobertura como socio doméstico bajo los mismos beneficios de empleo o seguro de salud; o
- Comparte la intención mutua de ser socio doméstico con el paciente, considerando todos los hechos y circunstancias, tales como:
  - Viven juntos.
  - Dependen uno del otro.
  - Comparten la propiedad (o renta) de su hogar u otra propiedad.
  - Comparten los ingresos o gastos.
  - Crían hijos juntos.
  - Piensan contraer matrimonio o convertirse en socios domésticos formales.
  - Han convivido por un largo tiempo.

Los siguientes no pueden considerarse “socios domésticos”:

- Un padre/madre, hijo/a, nieto/a, hermano/a, tío/a, sobrino/a del paciente o el cónyuge del paciente.
- Una personal menor a 18 años.

“**Profesional de la salud o servicios sociales**” significa un enfermero profesional, profesional de enfermería, médico, asistente médico, psicólogo o trabajador social clínico matriculado, con matrícula o certificado de acuerdo con la Ley de educación y que actué dentro del alcance de su título. Un profesional de la salud o servicios sociales que determina que un paciente carece de la capacidad de toma de decisiones médicas debe ser competente para hacerlo, en base a su experiencia y capacitación.

“**Hospital**” significa un hospital general según lo define la subdivisión diez de la sección 28.01 de la Ley de Salud Pública, excluida una guardia, ala, unidad u otra parte de un hospital general operado a los fines de brindar servicios a personas con enfermedades mentales en virtud de un certificado operativo emitido por la Oficina del Estado de Nueva York sobre Salud Mental; o un hospicio según lo define el Artículo 40 de la Ley de Salud Pública, sin importar dónde se brinda el cuidado del hospicio.

“**Tratamiento de soporte vital**” significa todo tratamiento o procedimiento médico sin el cual el paciente moriría dentro de un período de tiempo relativamente corto, según lo determine un médico tratante con un grado razonable de certeza médica. La resucitación cardiopulmonar (RCP) se considera un tratamiento de soporte vital sin la necesidad de la determinación de un médico tratante.

“**Instalación de higiene mental**” significa, a los fines de estas listas de verificación, una institución operada o matriculada por la Oficina de Salud Mental (OMH) o la Oficina para personas con discapacidades de desarrollo (OPWDD), según la define la subdivisión seis de la sección 1.03 de la Ley de Salud Mental; es decir, todo lugar donde se brinden servicios para discapacitados mentales y que incluye pero no se limita a un centro psiquiátrico, centro de desarrollo, instituto, clínica, guardia, institución o edificio, excepto que en el caso de un hospital, según lo define el artículo 28 de la Ley de Salud Pública, debe significar solo una guardia, ala, unidad o parte que funciona con el fin de brindar servicios a discapacitados mentales. Una institución de higiene mental también incluye una residencia comunitaria operada por o sujeta a la matrícula de la OMH o OPWDD (MHL § 1.03 (28)).

“**Asilo de ancianos**” significa una instalación residencial de cuidados médicos según la define la subdivisión tres de la sección 28.01 de la Ley de Salud Pública.

“**Médico**” significa un médico matriculado.

“**Psiquiatra calificado**” significa un médico matriculado que practique medicina en el Estado de Nueva York, que sea diplomado o elegible para recibir certificación de la Junta Americana de Psiquiatría y Neurología o que esté certificado por la Junta Osteopática Americana de Neurología y Psiquiatría, o que sea elegible para recibir certificación de esa junta.

“**Disponible de manera razonable**” significa que una persona es contactada o puede ser contactada ante los esfuerzos diligentes por un médico tratante, otra persona que actúe en nombre de un médico tratante o el hospital o asilo de ancianos.

ANEXO C

LISTA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS LEGALES  
DEL MOLST PARA INDIVIDUOS CON  
DISCAPACIDADES DE DESARROLLO

---

APELLIDO/ NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

---

DOMICILIO

**Nota:** Las órdenes reales deben ubicarse en el formulario MOLST con esta lista de verificación completa adjunta. Se requiere el uso de esta lista para los individuos con discapacidades de desarrollo (DD) quienes carecen de la capacidad de tomar sus propias decisiones médicas y no cuentan con un poder notarial médico. La decisiones médicas que involucran la mantención o retiro de tratamientos de soporte vital (TSV) para individuos con DD que carecen de capacidad y no cuentan con un poder notarial médico deben cumplir con el proceso establecido en la Ley de Decisiones Médicas para personas con MR (HCDA) [SCPA § 1750-b (4)]. En efecto desde el 1 de junio, 2010, esto incluye la emisión de órdenes de DNR.

**Paso 1** – Identificación del Sucedáneo adecuado 1750-b de la Lista prioritaria. Verificar la categoría adecuada y agregar el nombre del sucedáneo.

- \_\_\_\_\_ a. 17-A guarda \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ b. cónyuge activamente involucrado \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ c. Padre activamente involucrado \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ d. Hijo/a adulto activamente involucrado \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ e. Hermano/a adulto activamente involucrado \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ f. Miembro de la familia activamente involucrado \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ g. Representación de la Junta de asistencia al consumidor de Willowbrook  
(representación completa)
- \_\_\_\_\_ h. Comité de toma de decisiones sucedáneas (MHL, Artículo 80)

**Paso 2** – el sucedáneo 1750-b toma la decisión de retener o retirar el TSV, ya sea de manera oral o por escrito.

Nota: la decisión debe especificar claramente el TSV que debe retirarse o retenerse.

\_\_\_\_\_ Decisión expresada de manera oral

---

TESTIGO – MÉDICO TRATANTE

SEGUNDO TESTIGO

\_\_\_\_\_ Decisión expresada por escrito  
(debe tener fecha, firma del sucedáneo, firma de un testigo y debe entregarse al médico tratante).

---

APELLIDO/ NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

**Paso 3** – Confirmar la falta de capacidad del individuo para la toma de decisiones médicas. Ya sea el médico tratante o el médico concurrente o sicólogo matriculado debe: (a) estar empleado por un DDSO, o (b) haber sido empleado por al menos dos años en una institución o programa operado, matriculado o autorizado por la OPWDD; o (c) haber sido aprobado por el comisionado de la OPWDD por contar con la capacitación especializada o por tener tres años de experiencia en la provisión de servicios a individuos con DD.

---

MÉDICO TRATANTE

---

MÉDICO CONCURRENTE O  
SICÓLOGO MATRICULADO

**Paso 4** – Determinación del Criterio médico necesario.

Hemos determinado bajo un grado razonable de certeza médica que se cumplen ambas condiciones a continuación:

(1) el individuo tiene una de las siguientes condiciones médicas:

- \_\_\_\_\_ a. Un estado terminal; (describir brevemente \_\_\_\_\_); o
- \_\_\_\_\_ b. Falta de conciencia permanente; o
- \_\_\_\_\_ c. Una condición médica distinta a un DD que requiere TSV, irreversible y que se mantendrá indefinidamente (describir brevemente \_\_\_\_\_)

Y

(2) el TSV impondría una carga extraordinaria sobre el individuo a la luz de:

- \_\_\_\_\_ a. la condición médica del paciente distinta a un DD (explicar brevemente \_\_\_\_\_): y
- \_\_\_\_\_ b. el resultado esperado del TSV, sin perjuicio del DD de la persona (explicar brevemente \_\_\_\_\_).

Si el sucedáneo 1750-b ha requerido que se retire o mantenga la nutrición o hidratación brindada de manera artificial, debe cumplirse también uno de los siguientes factores adicionales:

- \_\_\_\_\_ a. no hay esperanza razonable de mantener la vida (explicar \_\_\_\_\_); o
- \_\_\_\_\_ b. la nutrición o hidratación artificiales imponen una carga extraordinaria explicar \_\_\_\_\_).

---

MÉDICO TRATANTE

---

MÉDICO CONCURRENTE

---

APELLIDO/ NOMBRE

---

FECHA DE NACIMIENTO

**Paso 5 – Notificaciones.** Al menos 48 horas antes de la implementación de una decisión de retirar el TSV, o lo más pronto posible antes de la decisión de retener el TSV, el médico tratante debe notificar a las siguientes partes:

\_\_\_\_\_ la persona con DD, a menos que se aplique una excepción terapéutica

Notificado el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ si la persona está o fue transferida de una institución residencial de la OPWDD

\_\_\_\_\_ Director de la Institución notificado el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MHLS notificado el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ si la persona no está en ni fue transferida de una institución residencial de la OPWDD

\_\_\_\_\_ Director de la DDSO local notificado el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Paso 6 – Certifico que se ha cumplimentado el proceso 1750-b, se ha notificado a las partes necesarias y no quedan objeciones a la decisión del sucedáneo sin resolver.**

\_\_\_\_\_ MÉDICO TRATANTE \_\_\_\_\_ FECHA

**Nota: el formulario MOLST solo puede completarse con el sucedáneo 1750-b una vez completos los seis pasos de la lista de verificación.**



## Lista de verificación N°1

Pacientes adultos con capacidad de toma de decisiones (cualquier ambiente)

Completar cada paso y verificar las líneas que corresponden según se indica.

Paso 1: Evaluar el estado de salud y pronosis. \_\_\_\_\_

Paso 2: Verificar todas las directivas conocidas a cumplimentarse.

\_\_\_\_ Poder notarial médico      \_\_\_\_ Testamento en vida      \_\_\_\_ Donación de órganos  
\_\_\_\_ Documentación de directivas orales previas

Paso 3: Si no hay un poder notarial médico, evaluar la capacidad para completar uno.

*Todo paciente debe recibir consejo para completar un poder notarial médico, si aún no lo ha hecho.*

Documentar el resultado del asesoramiento al paciente, si corresponde. **Marcar uno:**

\_\_\_\_ El paciente retiene la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos y completa un poder notarial médico.  
\_\_\_\_ El paciente retiene la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos pero elige no completar un poder notarial médico.

Paso 4: Determinar la capacidad de toma de decisiones médicas del paciente. **Marcar uno:**

\_\_\_\_ El paciente tiene la capacidad de entender y apreciar la naturaleza y consecuencias de las órdenes de Tratamiento de soporte vital y DNR, incluidos los beneficios y las cargas, y las alternativas a tales órdenes, y de alcanzar una decisión respecto a las órdenes.  
*(Si el paciente carece de la capacidad de toma de decisiones médicas, ir al Paso 7 y seleccionar la lista de verificación adecuada)*

Paso 5: Identificar al responsable de la toma de decisiones

\_\_\_\_ El paciente es el responsable de la toma de decisiones

Paso 6: Documentar dónde se completa el formulario MOLST. Marcar uno:

\_\_\_\_ Hospital (ver definición en el Glosario)  
\_\_\_\_ Asilo de ancianos (ver definición en el Glosario)  
\_\_\_\_ Extrahospitalario (ver definición en el Glosario)

**Paso 7: Asegúrese de haber seleccionado la lista de verificación de requisitos legales adecuada, en base a quien toma la decisión y al ambiente. Marcar uno:**

Esta es la Lista de verificación N° 1 (para pacientes con capacidad de toma de decisiones médicas). Si es la lista de verificación adecuada, proceda al Paso 8 a continuación. Si no es la lista correcta, deje de completarla; encuentre y complete la lista correcta. Todas las listas de verificación pueden encontrarse en el sitio web del Departamento de salud en:

[http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/).

\_\_\_\_\_ Lista de verificación N°1 – Pacientes adultos con capacidad de toma de decisiones (cualquier ambiente)

\_\_\_\_\_ Lista de verificación N°2 – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico (cualquier ambiente)

\_\_\_\_\_ Lista de verificación N°3 – Pacientes adultos de hospitales o asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes el responsable de la toma de decisiones es un Sucedáneo bajo la Ley de salud pública (sucedáneo elegido de la lista de sucedáneos)

\_\_\_\_\_ Lista de verificación N°4 – Pacientes adultos hospitalarios o de asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes no hay sucedáneo disponible en la lista.

\_\_\_\_\_ Lista de verificación N°5 – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico, y para quienes se completa un formulario MOLST extrahospitalario.

**Paso 8: Discutir los objetivos de cuidado con el paciente. \_\_\_\_\_**

**Paso 9: El paciente ha brindado consentimiento informado.**

\_\_\_\_\_ El paciente ha sido completamente informado sobre su condición médica y los riesgos, beneficios y cargas, y alternativas a los posibles tratamientos de soporte vital. El paciente ha consentido a la retención, retiro o provisión de ciertos tratamientos de soporte vital, para lo cual se redactan órdenes médicas.

**Paso 10: Se satisfacen los requisitos de testigos. Marcar uno:**

Siempre se recomiendan dos testigos. El médico que firma las órdenes puede ser uno de los testigos. Para documentar que el médico tratante fue testigo del consentimiento, el médico solo debe firmar la orden y escribir su nombre como testigo. Las firmas de los testigos no son necesarias, con sus nombres es suficiente.

\_\_\_ El paciente consintió por escrito.

\_\_\_ El paciente está en un hospital o asilo, el paciente consintió verbalmente, y dos testigos de 18 años o más (al menos uno de los cuales es un profesional médico o de servicios sociales afiliado al hospital o asilo) presenciaron del consentimiento.

\_\_\_ El paciente es extrahospitalario, consintió de manera verbal y el médico tratante fue testigo del consentimiento.

### **Paso 11: Firma del médico**

\_\_\_ El médico tratante firmó el formulario MOLST.

### **Paso 12: Notificar al director de la institución correccional**

\_\_\_ En el caso de pacientes internos o transferidos de una institución correccional, el médico tratante ha notificado al director de la institución correccional de la determinación de que el residente tiene capacidad de toma de decisiones y que cuenta con órdenes MOLST.

## **Lista de verificación N°2 – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico (cualquier ambiente)**

Un agente de cuidados médicos puede tomar decisiones médicas en nombre de un paciente, luego de que dos médicos concuerden en que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas. Los agentes de cuidados médicos suelen recibir autorización para tomar decisiones como si fueran el paciente. Sin embargo, a veces el poder notarial médico del paciente limita la autoridad del agente de cuidados médicos.

Los agentes de cuidados médicos deben tomar decisiones de acuerdo con los deseos del paciente, incluidas sus creencias morales y religiosas. Si los deseos del paciente no se conocen de manera razonable y no pueden ser aseverados con diligencia razonable, el agente de cuidados médicos puede tomar decisiones según los mejores intereses del paciente, excepto la decisión de retener o retirar la nutrición o hidratación artificiales. Los agentes de cuidados médicos están autorizados para tomar la decisión de retener o retirar la nutrición o hidratación artificiales solo si conocen los deseos del paciente en cuanto a la administración de nutrición o hidratación artificiales.

**Complete cada paso y verifique las líneas correctas como se indica.**

**Paso 1: Evaluar el estado de salud y pronosis. \_\_\_\_\_**

**Paso 2: Verificar todas las directivas conocidas a cumplimentarse.**

\_\_\_\_\_ Poder notarial médico          \_\_\_\_\_ Testamento en vida          \_\_\_\_\_ Donación de órganos

\_\_\_\_\_ Documentación de directivas orales previas

**Paso 3: Si no hay un poder notarial médico, evaluar la capacidad para completar uno.**

*Un paciente que carece de la capacidad de consentir a órdenes médica de tratamientos de soporte vital puede tener la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos y completar un poder notarial médico. Todo paciente debe recibir consejo para completar un poder notarial médico, si aún no lo ha hecho.*

Documentar el resultado del asesoramiento al paciente, si corresponde. Marcar uno:

\_\_\_\_\_ El paciente retiene la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos y completa un poder notarial médico.

\_\_\_\_\_ El paciente retiene la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos pero elige no completar un poder notarial médico.

\_\_\_\_\_ El paciente carece de la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos.

*Si no hay un poder notarial médico y el paciente elige no completar uno o carece de la capacidad para hacerlo, ir al Paso 8 y seleccionar la lista de verificación adecuada. Si hay un poder notarial médico, proceda al Paso 4.*

**Paso 4: Determinar la capacidad de toma de decisiones médicas del paciente. Marcar la línea/s bajo (A) y (B) (si un ítem obligatorio no puede tildarse porque el paciente tiene capacidad, use la Lista de verificación N° 1 para adultos con capacidad de toma de decisiones médicas):**

**(A) Determinación del médico tratante. Marcar ambas:**

\_\_\_\_\_ El médico tratante ha determinado por escrito con un grado razonable de certeza médica que el paciente carece de la capacidad de entender y apreciar la naturaleza y consecuencias de las *órdenes de Tratamiento de soporte vital y DNR*, incluidos los beneficios y las cargas, y las alternativas a tales órdenes, y de alcanzar una decisión respecto a las órdenes.

\_\_\_\_\_ La determinación contiene la opinión del médico tratante respecto a la causa y naturaleza de la incapacidad del paciente así como su alcance y probable duración. La determinación se documenta en el registro médico del paciente.

**(B) Evaluación de enfermedad mental y determinación del médico concurrente. Marcar (i) o (ii) y todas las línea(s) que sigan:**

\_\_\_\_\_ (i) El médico tratante ha determinado que la carencia del paciente de la capacidad de tomar decisiones médicas **no se debe** a enfermedad mental; y

\_\_\_\_\_ Un médico concurrente confirmó que el paciente carece de capacidad de toma de decisiones médicas. Tal determinación se incluye en la historia clínica del paciente.

\_\_\_\_\_ (ii) El médico tratante ha determinado que la carencia del paciente de la capacidad de tomar decisiones médicas **se debe** a enfermedad mental (esto no incluye demencia); y **Marcar ambas:**

\_\_\_\_\_ Un médico concurrente confirmó que el paciente carece de capacidad de toma de decisiones médicas. Tal determinación se incluye en la historia clínica del paciente.

\_\_\_\_\_ Uno de los dos médicos que determinaron que el paciente carece de capacidad de toma de decisiones médicas es un siquiatra calificado. La determinación del siquiatra calificado queda documentada en la historia clínica.

\_\_\_\_\_ (iii) El médico de cabecera ha determinado que la falta de capacidad para tomar decisiones médicas se debe a una discapacidad en el desarrollo; y marque las dos opciones:

\_\_\_\_\_ Un médico concurrente o psicólogo clínico confirmó que el paciente carece de capacidad para tomar decisiones médicas. Dicha determinación también se incluye en el registro médico del paciente.

\_\_\_\_\_ El médico concurrente o psicólogo clínico es empleado de una Oficina de Servicios para las Discapacidades del Desarrollo (Developmental Disabilities Services Office, DDSO) o ha sido empleado durante un mínimo de dos años para prestar cuidados y servicios en un establecimiento operado o autorizado por la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo, o ha recibido capacitación especializada y posee experiencia de dos años en el tratamiento de personas con discapacidades del desarrollo, o tiene tres años de experiencia

en el tratamiento de personas con discapacidades del desarrollo. La determinación del médico concurrente o psicólogo clínico está documentada en el registro médico.

**Paso 5: Notificar al paciente. Marcar uno:**

- Se ha notificado al paciente sobre la determinación de que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas, de manera oral y por escrito (el paciente puede ser capaz de comprender esa notificación).
- No se ha notificado al paciente sobre la determinación de que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas, porque no hay indicación de la capacidad del paciente de entender tal notificación.

**Paso 6: Identificar al responsable de la toma de decisiones**

- El agente de cuidados médicos es el responsable de la toma de decisiones

**Paso 7: Documentar dónde se completa el formulario MOLST. Marcar uno:**

- Hospital (ver definición en el Glosario)
- Asilo de ancianos (ver definición en el Glosario)
- Extrahospitalario (ver definición en el Glosario)

**Paso 8: Asegúrese de haber seleccionado la lista de verificación de requisitos legales adecuada, en base a quien toma la decisión y al ambiente. Marcar uno:**

Esta es la Lista de verificación N° 2 (para pacientes sin capacidad de toma de decisiones médicas que cuentan con un poder notarial médico). Si es la lista de verificación adecuada, proceda al Paso 9 a continuación. Si no es la lista correcta, deje de completarla; encuentre y complete la lista correcta. Todas las listas de verificación pueden encontrarse en el sitio web del Departamento de salud en [http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/).

- Lista de verificación N°1 – Pacientes adultos con capacidad de toma de decisiones (cualquier ambiente)
- Lista de verificación N°2 – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico (cualquier ambiente)
- Lista de verificación N°3 – Pacientes adultos de hospitales o asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes el responsable de la toma de decisiones es un Sucedáneo bajo la Ley de salud pública (sucedáneo elegido de la lista de sucedáneos)

\_\_\_\_\_ Lista de verificación N°4 – Pacientes adultos hospitalarios o de asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes no hay sucedáneo disponible en la lista.

\_\_\_\_\_ Lista de verificación N°5 – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico, y para quienes se completa un formulario MOLST extrahospitalario.

**Paso 9: Discutir los objetivos de cuidado con el agente de cuidados médicos.** \_\_\_\_\_

**Paso 10: El agente de cuidados médicos ha brindado consentimiento informado.**

\_\_\_\_\_ El agente de cuidados médicos ha sido completamente informado sobre su condición médica y los riesgos, beneficios y cargas, y alternativas a los posibles tratamientos de soporte vital.

\_\_\_\_\_ El agente de cuidados médicos ha consentido a la retención, retiro o provisión de ciertos tratamientos de soporte vital, para lo cual se redactan órdenes médicas.

\_\_\_\_\_ Si el agente de cuidados médicos consiente a la retención o retiro de nutrición o hidratación artificiales, el agente conoce los deseos del paciente respecto a la administración de nutrición o hidratación artificiales (esto puede presumirse si el poder notarial médico declara que el agente conoce los deseos del paciente respecto a la administración de nutrición o hidratación artificiales).

**Paso 11: Se satisfacen los requisitos de testigos. Marcar uno:**

Siempre se recomiendan dos testigos. El médico que firma las órdenes puede ser uno de los testigos. Para documentar que el médico tratante fue testigo del consentimiento, el médico solo debe firmar la orden y escribir su nombre como testigo. Las firmas de los testigos no son necesarias, con sus nombres es suficiente.

\_\_\_\_\_ El agente de cuidados médicos consintió por escrito.

\_\_\_\_\_ El paciente está en un hospital o asilo, el agente de cuidados médicos consintió verbalmente, y dos testigos de 18 años o más (al menos uno de los cuales es un profesional médico o de servicios sociales afiliado al hospital o asilo) presenciaron del consentimiento.

\_\_\_\_\_ El paciente es extrahospitalario, el agente de cuidados médicos consintió de manera verbal y el médico tratante fue testigo del consentimiento.

**Paso 12: Firma del médico**

\_\_\_\_\_ El médico tratante firmó el formulario MOLST.



### **Paso 13: Notificar al director de la institución correccional**

\_\_\_\_\_ En el caso de pacientes internos o transferidos de una institución correccional, el médico tratante ha notificado al director de la institución correccional de la determinación de que el residente tiene capacidad de toma de decisiones y que cuenta con órdenes MOLST.

**Lista de verificación N°3 – Pacientes adultos de hospitales o asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes el responsable de la toma de decisiones es un Sucedáneo bajo la Ley de salud pública (sucedáneo elegido de la lista de sucedáneos)**

Bajo la Ley de Decisiones médicas familiares, un sucedáneo elegido de la lista de sucedáneos puede tomar toda clase de decisiones médicas en un hospital o asilo, luego de que el médico tratante y otro profesional de la salud o de servicios sociales de la institución concuerden en que el paciente carece de capacidad. Para las decisiones de retener o retirar tratamientos de soporte vital, deben satisfacerse criterios clínicos específicos. A veces, el comité de ética de la institución debe estar de acuerdo.

**Complete cada paso y verifique las líneas correctas como se indica.**

**Paso 1: Evaluar el estado de salud y pronosis. \_\_\_\_\_**

**Paso 2: Verificar todas las directivas conocidas a cumplimentarse.**

\_\_\_\_ Poder notarial médico            \_\_\_\_ Testamento en vida            \_\_\_\_ Donación de órganos  
\_\_\_\_ Documentación de directivas orales previas

*(Si existe un poder notarial médico, y el agente de cuidados médicos puede tomar la decisión, deje de completar esta lista. Use la Lista de verificación 2 para adultos con poder notarial médico).*

**Paso 3: Si no hay un poder notarial médico, evaluar la capacidad para completar uno.**

*Un paciente que carece de la capacidad de consentir a órdenes médica de tratamientos de soporte vital puede tener la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos y completar un poder notarial médico. Todo paciente debe recibir consejo para completar un poder notarial médico, si aún no lo ha hecho.*

Documentar el resultado del asesoramiento al paciente, si corresponde. **Marcar uno:**

- \_\_\_\_ El paciente retiene la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos y completa un poder notarial médico.  
\_\_\_\_ El paciente retiene la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos pero elige no completar un poder notarial médico.  
\_\_\_\_ El paciente carece de la capacidad para elegir un agente de cuidados médicos.

**Paso 4: Determinar la capacidad de toma de decisiones médicas del paciente. **Marcar la línea/s bajo (A) y (B) (si un ítem obligatorio no puede tildarse porque el paciente tiene capacidad, use la Lista de verificación N° 1 para adultos con capacidad de toma de decisiones médicas):****

(A) Determinación del médico tratante. **Marcar ambas:**

- \_\_\_\_ El médico tratante ha determinado por escrito con un grado razonable de certeza médica que el paciente carece de la capacidad de entender y apreciar la naturaleza y consecuencias de las

*órdenes de Tratamiento de soporte vital y DNR*, incluidos los beneficios y las cargas, y las alternativas a tales órdenes, y de alcanzar una decisión respecto a las órdenes.

\_\_\_\_\_ La determinación contiene la opinión del médico tratante respecto a la causa y naturaleza de la incapacidad del paciente así como su alcance y probable duración. La determinación se documenta en el registro médico del paciente.

**(B) Evaluación de enfermedad mental y determinación concurrente. Marcar (i) o (ii) y todas las línea(s) que sigan:**

\_\_\_\_\_ (i) El médico tratante ha determinado que la carencia del paciente de la capacidad de tomar decisiones médicas no se debe a enfermedad mental; y

\_\_\_\_\_ Un médico concurrente confirmó que el paciente carece de capacidad de toma de decisiones médicas. Tal determinación se incluye en la historia clínica del paciente.

\_\_\_\_\_ (ii) El médico tratante ha determinado que la carencia del paciente de la capacidad de tomar decisiones médicas se debe a enfermedad mental (esto no incluye demencia); y Marcar ambas:

\_\_\_\_\_ Un profesional de la salud o de servicios sociales empleado por, o formalmente afiliado a, la institución, ha determinado de manera independiente que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas. La determinación concurrente incluye una evaluación de la causa y alcance de la incapacidad del paciente y la probabilidad de que el paciente recupere la capacidad de toma de decisiones médicas. Tal determinación se incluye también en la historia clínica del paciente.

\_\_\_\_\_ Ya sea el médico tratante o el profesional de la salud o de servicios sociales que determinaron que el paciente carece de capacidad de toma de decisiones médicas es un siquiatra calificado. La determinación del siquiatra calificado queda documentada en la historia clínica.

**Paso 5: Notificar al paciente. Marcar uno:**

\_\_\_\_\_ Se ha notificado al paciente sobre la determinación de que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas, y que un sucedáneo tomará las decisiones médicas en su nombre (el paciente puede ser capaz de comprender esa notificación).

\_\_\_\_\_ No se ha notificado al paciente sobre la determinación de que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas y que un sucedáneo tomará las decisiones médicas en su nombre, porque no hay indicación de la capacidad del paciente de entender tal notificación.

**Paso 6: Identificar al responsable de la toma de decisiones**

\_\_\_\_\_ El médico tratante ha identificado a una persona de la lista con más alta prioridad que está disponible, dispuesta y es competente para actuar como sucedáneo responsable de la toma de decisiones. Esa persona podría designar a otra persona de la lista como sucedáneo, siempre que no se opongá alguna persona de la lista con más alta prioridad. Marcar uno:

- a. El tutor autorizado del paciente para decidir sobre sus cuidados médicos en virtud del Artículo 81 de la Ley de higiene mental.
- b. El cónyuge del paciente, si no está separado legalmente del paciente, o el socio doméstico.
- c. El hijo/a del paciente, mayor de 18 años
- d. El padre/madre del paciente
- e. El hermano/a del paciente, mayor de 18 años
- f. Un amigo cercano del paciente involucrado activamente, mayor de 18 años

El médico tratante ha notificado a al menos una persona de la lista de sucedáneos con mayor orden de prioridad, y que está razonablemente disponible, que tomará las decisiones médicas porque se ha determinado que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas.

**Paso 7: Documentar dónde se completa el formulario MOLST. Marcar uno:**

- Hospital (ver definición en el Glosario)
- Asilo de ancianos (ver definición en el Glosario)

**Paso 8: Asegúrese de haber seleccionado la lista de verificación de requisitos legales adecuada, en base a quien toma la decisión y al ambiente. Marcar uno:**

Esta es la Lista de verificación N° 3 (para pacientes adultos de hospitales o asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes el responsable de la toma de decisiones es un Sucedáneo bajo la Ley de salud pública). Si es la lista de verificación adecuada, proceda al Paso 9 a continuación. Si no es la lista correcta, deje de completarla; encuentre y complete la lista correcta. Todas las listas de verificación pueden encontrarse en el sitio web del Departamento de salud en [http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/).

- Lista de verificación N°1 – Pacientes adultos con capacidad de toma de decisiones (cualquier ambiente)
- Lista de verificación N°2 – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico (cualquier ambiente)
- Lista de verificación N°3 – Pacientes adultos de hospitales o asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes el responsable de la toma de decisiones es un Sucedáneo bajo la Ley de salud pública (sucedáneo elegido de la lista de sucedáneos)

\_\_\_\_ Lista de verificación N°4 – Pacientes adultos hospitalarios o de asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes no hay sucedáneo disponible en la lista.

\_\_\_\_ Lista de verificación N°5 – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico, y para quienes se completa un formulario MOLST extrahospitalario.

**Paso 9: Discutir los objetivos de cuidado con el sucedáneo bajo la Ley de salud pública.** \_\_\_\_\_

**Paso 10: El sucedáneo ha brindado consentimiento informado. *Marcar todos:***

\_\_\_\_ El sucedáneo ha sido completamente informado sobre su condición médica y los riesgos, beneficios y cargas, y alternativas a los posibles tratamientos de soporte vital.

\_\_\_\_ El sucedáneo ha consentido a la retención, retiro o provisión de ciertos tratamientos de soporte vital, para lo cual se redactan órdenes médicas.

\_\_\_\_ La decisión del sucedáneo se centra en el paciente, de acuerdo con sus deseos, incluidas sus creencias morales y religiosas; o si los deseos del paciente no se conocen razonablemente y no pueden aseverarse con diligencia razonable, de acuerdo con los mejores intereses del paciente. La evaluación del sucedáneo se basa en los deseos y mejores intereses del paciente, no del sucedáneo, e incluye tener en cuenta:

- la dignidad y carácter único de cada persona;
- la posibilidad y alcance de preservar la vida del paciente;
- la preservación, mejora o restauración de la salud o capacidad del paciente;
- el alivio del sufrimiento del paciente; y
- toda condición médica y otras inquietudes y valores que quisiera considerar como persona razonable en las circunstancias del paciente.

**Paso 11: Si existe la decisión de retener o retirar tratamientos de soporte vital, la decisión del sucedáneo debe cumplir con los siguientes estándares clínicos, según lo determine el médico, con la concurrencia de un médico independiente y, cuando corresponda, por un comité revisor de ética. *Marcar (i) y/o (ii) y (iii) y todas las líneas que correspondan.***

\_\_\_\_ (i) El tratamiento sería una carga extraordinaria para el paciente, y un médico tratante determina, con la concurrencia independiente de otro médico, que, bajo un grado razonable de certeza médica, y de acuerdo con los estándares médicos aceptados,

- el paciente tiene una enfermedad o herida que puede causar la muerte dentro los seis meses, se brinde o no tratamiento; o
- el paciente está en estado de inconsciencia permanente.

\_\_\_\_\_ (ii) La provisión del tratamiento involucraría tal dolor, sufrimiento u otra carga que sería razonablemente considerada inhumana o extraordinariamente agobiante bajo las circunstancias; y el paciente está en un estado irreversible o incurable, según lo determina un médico tratante con la concurrencia independiente de otro médico bajo un grado razonable de certeza médica, y de acuerdo con los estándares médicos aceptados.

\_\_\_\_\_ **Requisitos especiales para declinar nutrición e hidratación artificiales en un hospital ante la objeción del médico tratante, y para ciertos tratamientos de soporte vital en un asilo, en base a un “estado irreversible o incurable” (estándar clínico (ii)).** *Nota – Estos requisitos no aplican a una decisión para un paciente en hospicio o a una decisión de retener o retirar tratamientos de soporte vital bajo el estándar clínico (i) (se espera la muerte dentro de los seis meses con o sin tratamiento, o el paciente está inconsciente permanentemente):*

\_\_\_\_\_ En un hospital (a diferencia de un hospicio), cuando la orden médica involucra retener o retirar la nutrición o hidratación brindada mediante tratamiento médico, y el médico tratante se opone a la orden, el comité revisor de ética (incluido un médico que no sea directamente responsable del cuidado del paciente) o un tribunal apropiado ha determinado que la orden médica satisface los estándares clínicos y centrados en el paciente.

\_\_\_\_\_ En un asilo de ancianos, en el caso de las órdenes MOLST *que no sean* una orden de DNR, el comité revisor de ética, (incluido al menos un médico que no sea directamente responsable del cuidado del paciente) o un tribunal apropiado ha determinado que las órdenes satisfacen los estándares clínicos y centrados en el paciente descritos anteriormente.

\_\_\_\_\_ (iii) La determinación del médico concurrente se ha documentado en la historia clínica.

#### **Paso 12: Se satisfacen los requisitos de testigos. *Marcar uno:***

Siempre se recomiendan dos testigos. El médico que firma las órdenes puede ser uno de los testigos. Para documentar que el médico tratante fue testigo del consentimiento, el médico solo debe firmar la orden y escribir su nombre como testigo. Las firmas de los testigos no son necesarias, con sus nombres es suficiente.

\_\_\_\_\_ El sucedáneo consintió por escrito.

\_\_\_\_\_ El sucedáneo consintió verbalmente y el médico tratante presenció del consentimiento.

#### **Paso 13: Si el sucedáneo es un amigo cercano, verificar la edad y relación con el paciente.**

\_\_\_\_\_ El sucedáneo es mayor de 18 años y ha firmado una declaración donde afirma que es amigo cercano del paciente, o pariente del paciente (que no sea cónyuge, hijo/a adulto, padre, madre, hermano/a), y que ha mantenido tal contacto regular con el paciente que está familiarizado con sus actividades, salud, y creencias morales y religiosas. Una copia de esta declaración bajo firma se guarda en la historia clínica.

#### **Paso 14: Firma del médico**

\_\_\_\_\_ El médico tratante firmó el formulario MOLST.

**Paso 15: Notificar al director de la institución de higiene mental y los Servicios legales de higiene mental (MHLS).**

\_\_\_\_\_ En el caso de pacientes que residen o son transferidos de una institución de higiene mental, el médico tratante ha notificado al director de la institución y a MHLS de la determinación de que el residente tiene capacidad de toma de decisiones y que cuenta con órdenes MOLST.

**Paso 16: Notificar al director de la institución correccional**

\_\_\_\_\_ En el caso de pacientes internos o transferidos de una institución correccional, el médico tratante ha notificado al director de la institución correccional de la determinación de que el residente tiene capacidad de toma de decisiones y que cuenta con órdenes MOLST.



**Lista de verificación N°4 – Pacientes adultos hospitalarios o de asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes no hay sucedáneo disponible en la lista.**

Bajo la Ley de decisiones de cuidados médicos familiares, solo puede retenerse o retirarse el tratamiento de soporte vital a un paciente de un hospital o asilo que no cuenta con un poder notarial médico o sucedáneo si un tribunal toma la decisión o dos médicos autorizados por la institución concuerdan en que el paciente morirá de forma inminente, incluso si recibiera el tratamiento, y que la provisión de ese tratamiento violaría los estándares médicos aceptados.

**Complete cada paso y verifique las líneas correctas como se indica.**

**Paso 1: Evaluar el estado de salud y pronóstico.** \_\_\_\_\_

**Paso 2: Verificar todas las directivas conocidas a cumplimentarse.**

\_\_\_\_\_ Poder notarial médico          \_\_\_\_\_ Testamento en vida          \_\_\_\_\_ Donación de órganos

\_\_\_\_\_ Documentación de directivas orales previas

*(Si existe un poder notarial médico, y el agente de cuidados médicos puede tomar la decisión, deje de completar esta lista. Use la Lista de verificación 2 para adultos con poder notarial médico).*

**Paso 3: Si no hay un poder notarial médico, evaluar la capacidad para completar uno.**

*Un paciente que carece de la capacidad de consentir a órdenes médica de tratamientos de soporte vital puede tener la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos y completar un poder notarial médico. Todo paciente debe recibir consejo para completar un poder notarial médico, si aún no lo ha hecho.*

Documentar el resultado del asesoramiento al paciente, si corresponde. **Marcar uno:**

\_\_\_\_\_ El paciente retiene la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos y completa un poder notarial médico.

\_\_\_\_\_ El paciente retiene la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos pero elige no completar un poder notarial médico.

\_\_\_\_\_ El Paciente carece de la capacidad para elegir un agente de cuidados médicos.

**Paso 4: Determinar la capacidad de toma de decisiones médicas del paciente. Marcar la línea/s bajo (A) y (B) (si un ítem obligatorio no puede tildarse porque el paciente tiene capacidad, use la Lista de verificación N° 1 para adultos con capacidad de toma de decisiones médicas):**

**(A) Determinación del médico tratante. Marcar ambas:**

\_\_\_\_\_ El médico tratante ha determinado por escrito con un grado razonable de certeza médica que el paciente carece de la capacidad de entender y apreciar la naturaleza y consecuencias de las

*órdenes de Tratamiento de soporte vital y DNR*, incluidos los beneficios y las cargas, y las alternativas a tales órdenes, y de alcanzar una decisión respecto a las órdenes.

\_\_\_\_\_ La determinación contiene la opinión del médico tratante respecto a la causa y naturaleza de la incapacidad del paciente así como su alcance y probable duración. La determinación se documenta en el registro médico del paciente.

**(B) Evaluación de enfermedad mental y determinación concurrente. Marcar (i) o (ii) y todas las línea(s) que sigan:**

\_\_\_\_\_ (i) El médico tratante ha determinado que la carencia del paciente de la capacidad de tomar decisiones médicas no se debe a enfermedad mental; y

\_\_\_\_\_ Un médico concurrente confirmó que el paciente carece de capacidad de toma de decisiones médicas. Tal determinación se incluye en la historia clínica del paciente.

\_\_\_\_\_ (ii) El médico tratante ha determinado que la carencia del paciente de la capacidad de tomar decisiones médicas se debe a enfermedad mental (esto no incluye demencia); y Marcar ambas:

\_\_\_\_\_ Un profesional de la salud o de servicios sociales empleado por, o formalmente afiliado a, la institución, ha determinado de manera independiente que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas. La determinación concurrente incluye una evaluación de la causa y alcance de la incapacidad del paciente y la probabilidad de que el paciente recupere la capacidad de toma de decisiones médicas. Tal determinación se incluye también en la historia clínica del paciente.

\_\_\_\_\_ Ya sea el médico tratante o el profesional de la salud o de servicios sociales que determinaron que el paciente carece de capacidad de toma de decisiones médicas es un siquiatra calificado. La determinación del siquiatra calificado queda documentada en la historia clínica.

**Paso 5: Notificar al paciente. Marcar uno:**

\_\_\_\_\_ Se ha notificado al paciente sobre la determinación de que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas (el paciente puede ser capaz de comprender esa notificación).

\_\_\_\_\_ No se ha notificado al paciente sobre la determinación de que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas, porque no hay indicación de la capacidad del paciente de entender la información.

**Paso 6: Determinar que no hay un Sucedáneo bajo la Ley de salud pública. Marcar ambos:**

\_\_\_\_\_ El médico tratante o alguien en nombre del médico tratante o el hospital o asilo, hizo los esfuerzos diligentes para contactar a un sucedáneo de la siguiente lista:

a. El tutor autorizado del paciente para decidir sobre sus cuidados médicos en virtud del Artículo 81 de la Ley de higiene mental.

- b. El cónyuge del paciente, si no está separado legalmente del paciente, o el socio doméstico.
- c. El hijo/a del paciente, mayor de 18 años
- d. El padre/madre del paciente
- e. El hermano/a del paciente, mayor de 18 años
- f. Un amigo cercano del paciente involucrado activamente, mayor de 18 años

\_\_\_ No se encontró sucedáneo razonablemente disponible, dispuesto o competente para tomar las decisiones médicas del paciente.

**Paso 7: Documentar dónde se completa el formulario MOLST. Marcar uno:**

\_\_\_ Hospital (ver definición en el Glosario)

\_\_\_ Asilo de ancianos (ver definición en el Glosario)

**Paso 8: Asegúrese de haber seleccionado la lista de verificación de requisitos legales adecuada, en base a quien toma la decisión y al ambiente. Marcar uno:**

Esta es la Lista de verificación N° 4 (para pacientes adultos hospitalarios o de asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes no hay sucedáneo disponible en la lista). Si es la lista de verificación adecuada, proceda al Paso 9 a continuación. Si no es la lista correcta, deje de completarla; encuentre y complete la lista correcta. Todas las listas de verificación pueden encontrarse en el sitio web del Departamento de salud en [http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/).

\_\_\_ Lista de verificación N°1 – Pacientes adultos con capacidad de toma de decisiones (cualquier ambiente)

\_\_\_ Lista de verificación N°2 – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico (cualquier ambiente)

\_\_\_ Lista de verificación N°3 – Pacientes adultos de hospitales o asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes el responsable de la toma de decisiones es un Sucedióneo bajo la Ley de salud pública (sucedióneo elegido de la lista de sucedáneos)

\_\_\_ Lista de verificación N°4 – Pacientes adultos hospitalarios o de asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes no hay sucedáneo disponible en la lista.

\_\_\_ Lista de verificación N°5 – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico, y para quienes se completa un formulario MOLST extrahospitalario.

**Paso 9:** Identificar los objetivos de cuidado del paciente en base a los deseos del paciente, si se conocen, o a sus mejores intereses. \_\_\_\_

**Paso 10:** Si existe la decisión de retener o retirar tratamientos de soporte vital, se deben implementar los siguientes estándares y procedimientos para asegurar que se satisfagan los objetivos de cuidado centrados en el paciente. *Marcar A o B:*

\_\_\_\_ (A) Un tribunal de jurisdicción competente es el responsable de la toma de decisiones: el tribunal ha determinado que las órdenes médicas satisfacen los estándares clínicos centrados en el paciente establecidos en la Ley de decisiones médicas familiares.

\_\_\_\_ (B) El médico tratante es el responsable de la toma de decisiones: Marcar todas:

\_\_\_\_ La institución ha identificado, en la medida de lo razonablemente posible, los deseos y preferencias del paciente, incluidas las creencias morales y religiosas del paciente, sobre las decisiones médicas pendientes y ha registrado tales hallazgos en la historia clínica.

\_\_\_\_ La decisión se centra en el paciente, y no se basa en los intereses financieros de la institución u otro proveedor de cuidados médicos. La decisión está de acuerdo con los deseos del paciente, incluidas sus creencias morales y religiosas; o si los deseos del paciente no se conocen razonablemente y no pueden aseverarse con diligencia razonable, de acuerdo con los mejores intereses del paciente. La evaluación de los mejores intereses del paciente incluye tener en cuenta:

- la dignidad y carácter único de cada persona;
- la posibilidad y alcance de preservar la vida del paciente;
- la preservación, mejora o restauración de la salud o capacidad del paciente;
- el alivio del sufrimiento del paciente; y
- toda condición médica y otras inquietudes y valores que quisiera considerar como persona razonable en las circunstancias del paciente.

\_\_\_\_ El médico tratante ha determinado bajo un grado razonable de certeza médica, que:

- mantener el tratamiento de soporte vital no ofrece beneficios médicos al paciente porque éste morirá de manera inminente, incluso si se le brinda el tratamiento; y
- la provisión del tratamiento de soporte vital violaría los estándares médicos aceptados.

\_\_\_\_ Un segundo médico designado por la institución concuerda con esta determinación, y la concurrencia se documenta en la historia clínica.

**Paso 11:** Firma del médico

\_\_\_\_ El médico tratante firmó el formulario MOLST.

**Paso 12: Notificar al director de la institución de higiene mental y los Servicios legales de higiene mental (MHLS).**

\_\_\_\_\_ En el caso de pacientes que residen o son transferidos de una institución de higiene mental, el médico tratante ha notificado al director de la institución y a MHLS de la determinación de que el residente tiene capacidad de toma de decisiones y que cuenta con órdenes MOLST.

**Paso 13: Notificar al director de la institución correccional**

\_\_\_\_\_ En el caso de pacientes internos o transferidos de una institución correccional, el médico tratante ha notificado al director de la institución correccional de la determinación de que el residente tiene capacidad de toma de decisiones y que cuenta con órdenes MOLST.

**Lista de verificación N°5 – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico, y para quienes se completa un formulario MOLST extrahospitalario.**

En el caso de pacientes extrahospitalarios, los sucedáneos bajo la Ley de salud pública (sucedáneos seleccionados de la lista de sucedáneos), pueden consentir a una orden no hospitalaria de DNR o DNI (No intubar), en nombre de los pacientes que carecen de la capacidad de toma de decisiones. Si un paciente que no tiene un poder notarial médico completa un formulario MOLST de manera extrahospitalaria, el médico puede emitir órdenes médicas de retener tratamientos de soporte vital – distintos al DNR y DNI – solo si existe evidencia clara y convincente de los deseos del paciente de rechazar el tratamiento (ver en el Glosario la definición de “evidencia clara y convincente”).

**Complete cada paso y verifique las líneas correctas como se indica.**

**Paso 1:** Evaluar el estado de salud y pronóstico. \_\_\_\_\_

**Paso 2:** Verificar todas las directivas conocidas a cumplimentarse.

\_\_\_\_\_ Poder notarial médico      \_\_\_\_\_ Testamento en vida      \_\_\_\_\_ Donación de órganos  
\_\_\_\_\_ Documentación de directivas orales previas

*(Si existe un poder notarial médico, y el agente de cuidados médicos puede tomar la decisión, deje de completar esta lista. Use la Lista de verificación 2 para adultos con poder notarial médico).*

**Paso 3:** Si no hay un poder notarial médico, evaluar la capacidad para completar uno.

*Un paciente que carece de la capacidad de consentir a órdenes médica de tratamientos de soporte vital puede tener la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos y completar un poder notarial médico. Todo paciente debe recibir consejo para completar un poder notarial médico, si aún no lo ha hecho.*

Documentar el resultado del asesoramiento al paciente, si corresponde. **Marcar uno:**

- \_\_\_\_\_ El paciente retiene la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos y completa un poder notarial médico.
- \_\_\_\_\_ El paciente retiene la capacidad de elegir un agente de cuidados médicos pero elige no completar un poder notarial médico.
- \_\_\_\_\_ El Paciente carece de la capacidad para elegir un agente de cuidados médicos.

**Paso 4:** Determinar la capacidad de toma de decisiones médicas del paciente. **Marcar la línea/s bajo (A) y (B) (si un ítem obligatorio no puede tildarse porque el paciente tiene capacidad, use la Lista de verificación N° 1 para adultos con capacidad de toma de decisiones médicas):**

(A) Determinación del médico tratante. **Marcar ambas:**

- \_\_\_\_\_ El médico tratante ha determinado por escrito con un grado razonable de certeza médica que el paciente carece de la capacidad de entender y apreciar la naturaleza y consecuencias de las órdenes de Tratamiento de soporte vital y DNR, incluidos los beneficios y las cargas, y las alternativas a tales órdenes, y de alcanzar una decisión respecto a las órdenes.

\_\_\_\_\_ La determinación contiene la opinión del médico tratante respecto a la causa y naturaleza de la incapacidad del paciente así como su alcance y probable duración. La determinación se documenta en el registro médico del paciente.

**(B) Evaluación de enfermedad mental y determinación concurrente. Marcar (i) o (ii) y todas las línea(s) que sigan:**

\_\_\_\_\_ (i) El médico tratante ha determinado que la carencia del paciente de la capacidad de tomar decisiones médicas no se debe a enfermedad mental; y

\_\_\_\_\_ Un médico concurrente confirmó que el paciente carece de capacidad de toma de decisiones médicas. La determinación concurrente incluye una evaluación de la causa y alcance de la incapacidad del paciente y la probabilidad de que el paciente recupere la capacidad de toma de decisiones médicas. Tal determinación se incluye en la historia clínica del paciente.

\_\_\_\_\_ (ii) El médico tratante ha determinado que la carencia del paciente de la capacidad de tomar decisiones médicas se debe a enfermedad mental (esto no incluye demencia); y Marcar ambas:

\_\_\_\_\_ Un profesional de la salud o de servicios sociales empleado por, o formalmente afiliado a, la institución, ha determinado de manera independiente que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas. La determinación concurrente incluye una evaluación de la causa y alcance de la incapacidad del paciente y la probabilidad de que el paciente recupere la capacidad de toma de decisiones médicas. Tal determinación se incluye también en la historia clínica del paciente.

\_\_\_\_\_ Ya sea el médico tratante o el profesional de la salud o de servicios sociales que determinaron que el paciente carece de capacidad de toma de decisiones médicas es un siquiatra calificado. La determinación del siquiatra calificado queda documentada en la historia clínica.

**Paso 5: Notificar al paciente. Marcar uno:**

\_\_\_\_\_ Se ha notificado al paciente sobre la determinación de que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas, y que un sucedáneo tomará las decisiones médicas relativas a emitir un DNR o DNI (el paciente puede ser capaz de comprender esa notificación).

\_\_\_\_\_ No se ha notificado al paciente sobre la determinación de que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas y que un sucedáneo tomará las decisiones médicas relativas a emitir un DNR o DNI, porque no hay indicación de la capacidad del paciente de entender tal notificación.



**Paso 6: Identificar y notificar al sucedáneo apropiado bajo la Ley de salud pública para la orden de DNR/DNI. Marcar ambos:**

- El médico tratante ha identificado a una persona de la lista con más alta prioridad que está disponible, dispuesta y es competente para actuar como sucedáneo responsable de la toma de decisiones. Esa persona podría designar a otra persona de la lista como sucedáneo, siempre que no se oponga alguna persona de la lista con más alta prioridad. Marcar uno:
- a. El tutor autorizado del paciente para decidir sobre sus cuidados médicos en virtud del Artículo 81 de la Ley de higiene mental.
  - b. El cónyuge del paciente, si no está separado legalmente del paciente, o el socio doméstico.
  - c. El hijo/a del paciente, mayor de 18 años
  - d. El padre/madre del paciente
  - e. El hermano/a del paciente, mayor de 18 años
  - f. Un amigo cercano del paciente involucrado activamente, mayor de 18 años
- El médico tratante ha notificado a al menos una persona de la lista de sucedáneos con mayor orden de prioridad, y que está razonablemente disponible, que tomará las decisiones médicas relacionadas a órdenes de DNR/ DNI porque se ha determinado que el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones médicas.

**Paso 7: Documentar dónde se completa el formulario MOLST. Marcar uno:**

Extrahospitalario

**Paso 8: Asegúrese de haber seleccionado la lista de verificación de requisitos legales adecuada, en base a quien toma la decisión y al ambiente. Marcar uno:**

Esta es la Lista de verificación N° 5 (para pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico, y para quienes se completa un formulario MOLST extrahospitalario). Si es la lista de verificación adecuada, proceda al Paso 9 a continuación. Si no es la lista correcta, deje de completarla; encuentre y complete la lista correcta. Todas las listas de verificación pueden encontrarse en el sitio web del Departamento de salud en [http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](http://www.nyhealth.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/).

- Lista de verificación N°1 – Pacientes adultos con capacidad de toma de decisiones (cualquier ambiente)
- Lista de verificación N°2 – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico (cualquier ambiente)

\_\_\_\_ Lista de verificación N°3 – Pacientes adultos de hospitales o asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes el responsable de la toma de decisiones es un Sucedáneo bajo la Ley de salud pública (sucedáneo elegido de la lista de sucedáneos)

\_\_\_\_ Lista de verificación N°4 – Pacientes adultos hospitalarios o de asilos sin capacidad de toma de decisiones que no cuentan con un poder notarial médico y para quienes no hay sucedáneo disponible en la lista.

\_\_\_\_ Lista de verificación N°5 – Pacientes adultos sin capacidad de toma de decisiones que cuentan con un poder notarial médico, y para quienes se completa un formulario MOLST extrahospitalario.

**Paso 9:** Discutir los objetivos de cuidado con el sucedáneo bajo la Ley de salud pública. \_\_\_\_\_

**Paso 10:** Para las órdenes de DNR y/ DNI, el sucedáneo ha brindado consentimiento informado. **Marcar todos:**

\_\_\_\_ El sucedáneo ha sido completamente informado sobre su condición médica y los riesgos, beneficios y cargas, y alternativas a los posibles tratamientos de soporte vital.

\_\_\_\_ El sucedáneo ha consentido a las órdenes de DNR y/o DNI.

\_\_\_\_ La decisión del sucedáneo se centra en el paciente, de acuerdo con sus deseos, incluidas sus creencias morales y religiosas; o si los deseos del paciente no se conocen razonablemente y no pueden aseverarse con diligencia razonable, de acuerdo con los mejores intereses del paciente. La evaluación del sucedáneo se basa en los deseos y mejores intereses del paciente, no del sucedáneo, e incluye tener en cuenta:

- la dignidad y carácter único de cada persona;
- la posibilidad y alcance de preservar la vida del paciente;
- la preservación, mejora o restauración de la salud o capacidad del paciente;
- el alivio del sufrimiento del paciente; y
- toda condición médica y otras inquietudes y valores que quisiera considerar como persona razonable en las circunstancias del paciente.

**Paso 11:** La decisión del sucedáneo respecto a las órdenes de DNR y/o DNI cumple con los estándares clínicos, según lo determine el médico, con la concurrencia de un médico independiente. **Marcar (i) y/o (ii) y (iii).**

\_\_\_\_ (i) La RCP y/o la intubación serían una carga extraordinaria para el paciente, y un médico tratante determina, con la concurrencia independiente de otro médico, que, bajo un grado razonable de certeza médica, y de acuerdo con los estándares médicos aceptados,

- el paciente tiene una enfermedad o herida que puede causar la muerte dentro los seis meses, se brinde o no tratamiento; o
- el paciente está en estado de inconsciencia permanente.

- (ii) La provisión de la RCP y/o intubación involucraría tal dolor, sufrimiento u otra carga que sería razonablemente considerada inhumana o extraordinariamente agobiante bajo las circunstancias; y el paciente está en un estado irreversible o incurable, según lo determina un médico tratante con la concurrencia independiente de otro médico bajo un grado razonable de certeza médica, y de acuerdo con los estándares médicos aceptados.
- (iii) La determinación del médico concurrente se documenta en la historia clínica.

**Paso 12:** Para las órdenes médicas distintas a las DNR y DNI, asegurarse de contar y documentar “evidencia clara y convincente” de los deseos del paciente. (Si solo se ingresan las órdenes de DNR y/o DNI en el formulario, diríjase al Paso 13). *Marcar todas:*

- Existe evidencia clara y convincente (ver definición en el Glosario), de los deseos del paciente, la evidencia se ha documentado, y la documentación está en la historia clínica.
- El sucedáneo bajo la Ley de salud pública ha sido notificado y se le ha dado la oportunidad de presentar evidencia adicional.
- Tildar la sección “En base a la evidencia clara y convincente de los deseos del paciente” además de la de “Sucedáneo bajo la Ley de salud pública”, si se emite otra orden que no sea de DNR o DNI en base a la evidencia clara y convincente de los deseos del paciente.

**Paso 13:** Se satisfacen los requisitos de testigos. *Marcar uno:*

Siempre se recomiendan dos testigos. El médico que firma las órdenes puede ser uno de los testigos. Para documentar que el médico tratante fue testigo del consentimiento, el médico solo debe firmar la orden y escribir su nombre como testigo. Las firmas de los testigos no son necesarias, con sus nombres es suficiente.

- El sucedáneo consintió por escrito.
- El sucedáneo consintió verbalmente y el médico tratante presenció del consentimiento.

**Paso 14:** Si el sucedáneo es un amigo cercano, verificar la edad y relación con el paciente.

- El sucedáneo es mayor de 18 años y ha firmado una declaración donde afirma que es amigo cercano del paciente, o pariente del paciente (que no sea cónyuge, hijo/a adulto, padre, madre, hermano/a), y que ha mantenido tal contacto regular con el paciente que está familiarizado con sus actividades, salud, y creencias morales y religiosas. Una copia de esta declaración bajo firma se guarda en la historia clínica.

**Paso 15:** Firma del médico

- El médico tratante firmó el formulario MOLST.

---

Anexo D

**Poder Notarial**  
Formulario Breve  
Reglamentario de Nueva York



## **PODER NOTARIAL FORMULARIO BREVE REGLAMENTARIO DE NUEVA YORK**

**(a) ADVERTENCIA PARA EL PODERDANTE:** Su Poder notarial es un documento importante. Como “poderdante”, usted otorga a la persona que elige (su “apoderado”) la autoridad de gastar su dinero y vender o disponer de su propiedad mientras Usted viva sin comunicárselo. Usted no pierde su autoridad para actuar incluso si ha otorgado a su apoderado autoridad similar.

Cuando su apoderado ejerza esta autoridad, debe actuar de acuerdo con las instrucciones que usted le ha dado, o cuando no existan tales instrucciones, según su mejor interés. La sección “Información importante para el apoderado”, al final de este documento, describe las responsabilidades de su apoderado.

Su apoderado puede actuar en su nombre solo después de firmar el Poder notarial ante un escribano público.

Usted puede solicitar información a su apoderado en cualquier momento. Si está revocando un Poder notarial anterior, debe brindar aviso escrito de la revocación a su apoderado/s anterior y a toda tercera parte que podría haber actuado en virtud del poder, incluidas las instituciones financieras donde tiene sus cuentas.

Usted puede revocar o terminar su Poder notarial en cualquier momento por cualquier razón siempre que cuente con la capacidad mental de hacerlo. Si ya no está capacitado, un tribunal puede retirar a un apoderado por actuar de manera inadecuada.

Su apoderado no puede tomar decisiones médicas por usted. Usted puede ejecutar un “Poder notarial médico” para esto.

La ley que gobierna los Poderes notariales está contenida dentro de la Ley de obligaciones generales de Nueva York, Artículo 5, Título 15. Esta ley está disponible en una biblioteca de derecho o en línea a través de los sitios web del Senado o del Congreso del estado de Nueva York, <http://www.nysenate.gov/> o <http://www.assembly.if/>.

Si hay algo en este documento que no comprende, debe consultar a un abogado de su elección para obtener respuesta a sus preguntas.



**(b) DESIGNACIÓN DE APODERADO(S):**

Yo, \_\_\_\_\_  
(nombre del poderdante)

\_\_\_\_\_   
(domicilio del poderdante)

**designo a:**

\_\_\_\_\_   
(nombre del apoderado)

\_\_\_\_\_   
(domicilio del apoderado)

\_\_\_\_\_   
(nombre del segundo apoderado)

\_\_\_\_\_   
(domicilio del segundo apoderado)

**como mi(s) apoderado(s).**

Si Usted designa a más de un apoderado, deben actuar juntos a menos que firme la declaración a continuación.

(\_\_\_\_\_) Mis apoderados pueden actuar DE MANERA SEPARADA.

**(c) DESIGNACIÓN DE UN APODERADO(S) SUPLENTE(S): (OPCIONAL)**

Si alguno de mis apoderados no puede o no está dispuesto a actuar, designo como apoderado(s) suplente(s) a:

\_\_\_\_\_   
(nombre del apoderado suplente)

\_\_\_\_\_   
(domicilio del apoderado suplente)

\_\_\_\_\_   
(nombre del segundo apoderado suplente)

\_\_\_\_\_   
(domicilio del segundo apoderado suplente)

Los apoderados suplentes designados deben actuar juntos a menos que firme la declaración a continuación.

(\_\_\_\_\_) Mis apoderados suplentes pueden actuar DE MANERA SEPARADA.

Usted puede brindar reglas de suplencia específicas en esta sección. Agregue las disposiciones específicas a continuación:

**(d) Este PODER NOTARIAL no se verá afectado por mi incapacidad subsecuente a menos que lo establezca más adelante, bajo la sección “Modificaciones”.**



**(e) Este PODER NOTARIAL NO REVOCA ningún Poder notarial ejecutado previamente por mi a menos que lo establezca más adelante, bajo la sección “Modificaciones”.**

Si Usted NO pretende recovar sus Poderes notariales anteriores, y si ha otorgado la misma autoridad en este Poder notarial a otro apoderado en un Poder notarial anterior, cada apoderado podrá actuar de manera separada a menos que indique en la sección “Modificaciones” que los apoderados con la misma autoridad deberán actuar juntos.

**(f) OTORGAMIENTO DE AUTORIDAD:**

Para otorgar a su apoderado parte o toda la autoridad sobre las acciones mencionadas a continuación, o bien

(1) Ponga sus iniciales en el paréntesis de cada acción autorizada, o

(2) Escriba o imprima las letras de cada acción autorizada en la línea en blanco en (P), y ponga sus iniciales en el paréntesis en (P). Si pone sus iniciales en (P) no necesita hacerlo en las otras líneas.

(A) transacciones de bienes raíces;

(B) transacciones de bienes muebles e inmuebles;

(C) transacciones de bonos, acciones y commodities;

(D) transacciones bancarias;

(E) transacciones operativas de negocios;

(F) transacciones de seguros;

(G) transacciones públicas;

(H) reclamos y litigios;

(I) mantenimiento personal y familiar: su otorga a su apoderado esta autoridad, le permitirá realizar donaciones que usted haría a individuos, incluido el apoderado, y a organizaciones de caridad. El monto total de tales donaciones en un año calendario no puede exceder los quinientos dólares;

(J) beneficios de programas gubernamentales o civiles o servicio militar;

(K) asuntos de facturación y pago de cuidados médicos; registros, informes y declaraciones;

(L) transacciones de beneficios de retiro;

(M) asuntos impositivos;

(N) todos los otros asuntos;

(O) autoridad total y plena a mi apoderado(s) para delegar todas o cualquiera de los poderes mencionados a una persona o personas que mi apoderado(s) seleccione;

(P) TODOS los asuntos identificados con las siguientes letras:

---

Usted no necesita poner sus iniciales en las otras líneas si lo hace en (P).





**(g) MODIFICACIONES: (OPCIONAL)**

En esta sección, puede querer añadir disposiciones adicionales, incluido texto que limite o suplemente la autoridad otorgada a su apoderado. Sin embargo, no puede usar esta sección de Modificaciones para otorgar a su apoderado la autoridad de hacer donaciones o cambios a los intereses en su propiedad. Si desea otorgar a su apoderado tal autoridad, DEBE completar la Cláusula estatutaria adicional sobre donaciones.

**(h) CIERTAS TRANSACCIONES DE DONACIONES. CLÁUSULA ESTATUTARIA ADICIONAL SOBRE DONACIONES (OPCIONAL)**

A fin de autorizar a su agente a hacer donaciones que excedan el total anual de \$500 para todas las donaciones descritas en (I) de la sección de otorgamiento de autoridad de este documento, (bajo mantenimiento personal y familiar), debe marcar con sus iniciales la declaración a continuación y ejecutar una Cláusula estatutaria adicional sobre donaciones al mismo tiempo que este instrumento. Marcar con sus iniciales la declaración a continuación por si sola no autoriza a su apoderado a realizar donaciones. La preparación de la Cláusula estatutaria adicional sobre donaciones debe ser supervisada por un abogado.

() (CED) Otorgo a mi apoderado la autoridad para realizar donaciones de acuerdo con los términos y condiciones de la Cláusula estatutaria sobre donaciones que suplemente este Poder notarial estatutario.

**(i) DESIGNACIÓN DE AUDITOR(ES): (OPCIONAL)**

Si desea designar un auditor(es), marque con sus iniciales y complete la sección a continuación:

() Deseo designar a \_\_\_\_\_, domiciliado(s) en \_\_\_\_\_, como auditor(es). A pedido del auditor(es), apoderado deberá brindarle una copia del poder notarial y un registro de todas las transacciones hechas en mi nombre. Las terceras partes que tengan registros de esas transacciones deben proveer los registros al auditor(es) a su pedido.

**(j) COMPENSACIÓN DEL APODERADO(S): (OPCIONAL)**

Su apoderado tiene el derecho de recibir de sus bienes el reembolso de los gastos razonables en que haya incurrido en su nombre. Si usted TAMBIÉN desea que su apoderado(s) reciba compensación por los servicios prestados en su nombre, marque la declaración a continuación con sus iniciales. Si desea definir la “compensación razonable”, debe hacerlo en la sección “Modificaciones”.

() Mi apoderado(s) tendrá derecho a recibir compensación razonable por los servicios prestados.









**PODER NOTARIAL**  
**CLÁUSULA ESTATUTARIA SOBRE DONACIONES DE NUEVA YORK**  
**AUTORIZACIÓN PARA DETERMINADAS TRANSACCIONES DE DONACIONES**

**ADVERTENCIA PARA EL PODERDANTE:** Esta cláusula **OPCIONAL** le permite autorizar a su apoderado a realizar donaciones que excedan un total anual de \$500 para todas las donaciones descritas en (I) de la sección de Otorgamiento de autoridad del formulario breve estatutario del Poder notarial (bajo mantenimiento personal o familiar), u otras transacciones de donaciones durante su vida. Usted no debe ejecutar esta cláusula si solo desea que su apoderado realice las donaciones descritas en (I) de la sección de Otorgamiento de autoridad del formulario estatutario breve del Poder notarial y marcó con sus iniciales “(I)” en esa sección del formulario. Otorgar cualquiera de las autorizaciones siguientes a su apoderado le dará la autoridad de llevar a cabo acciones que podrían reducir significativamente su patrimonio o cambiar la forma en que su propiedad se distribuya a su muerte. “Ciertas transacciones de donaciones” se describen en la sección 5-1514 de la Ley general de obligaciones. Esta Cláusula de donaciones no requiere que su apoderado ejerza la autoridad otorgada, pero cuando ejerza tal autoridad, deberá actuar según las instrucciones que usted le brinde, o en su defecto según su mejor interés.

Esta cláusula de donaciones y el poder notarial que suplemente deben leerse juntos como instrumento único.

Antes de firmar este documento autorizando a su apoderado a hacer donaciones, debe buscar consejo legal para asegurarse de que sus intenciones están clara y adecuadamente expresadas.

**(a) OTORGAMIENTO DE AUTORIDAD LIMITADA PARA HACER DONACIONES**

Otorgar la autoridad para hacer donaciones a su apoderado le brinda la autoridad de llevar a cabo acciones que podrían reducir significativamente su patrimonio.

Si usted desea que su apoderado realice donaciones para sí mismo, debe otorgar la autorización de manera separada en la subdivisión (c) a continuación.

Para otorgar a su apoderado la autoridad para realizar donaciones que aparece a continuación, ponga su inicial en el paréntesis a la izquierda de la autorización.

(\_\_\_\_\_) Autorizo a mi apoderado a realizar donaciones a mi cónyuge, hijos y descendientes más remotos, y padres, sin exceder, en cada donación, el monto de exclusión impositivo federal anual de las donaciones en virtud del Código de ganancias interno. En el caso de las donaciones a mis hijos y descendientes más remotos, y padres, el monto máximo de cada donación no debe exceder el doble del monto de exclusión impositivo de las donaciones, si mi cónyuge está de acuerdo con dividir el tratamiento de las donaciones en virtud del Código interno de ganancias. Esta autoridad debe ejercerse en virtud de mis instrucciones, o a los fines que el apoderado considere razonablemente de mi mejor interés.





**(f) FIRMAS DE TESTIGOS:**

Al firmar como testigo, reconozco que el poderdante firmó esta cláusula estatutaria en mi presencia y en la presencia del otro testigo, o que el poderdante reconoció ante mí que la firma del poderdante fue añadida por él o bajo sus instrucciones. También reconozco que el poderdante ha declarado que esta cláusula de donaciones refleja sus deseos y que la ha firmado de manera voluntaria. No se me nombre aquí como receptor permisible de donaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal

**(g) Este documento fue preparado por:**

\_\_\_\_\_



## Modificaciones sugeridas a la cláusula estatutaria sobre donaciones de Nueva York

**Por favor, revise esta sección cuidadosamente para asegurarse de que estas modificaciones son aplicables/ deseadas por el Poderdante.**

### Modificaciones de exclusión de las donaciones

(b) a realizar donaciones a mi cónyuge, hijos y descendientes más remotos, y padres, sin exceder, en cada donación, el monto de exclusión impositivo federal anual de las donaciones en virtud del Código de ganancias interno. El monto máximo de cada donación no debe exceder el doble del monto de exclusión impositivo de las donaciones, si mi cónyuge está de acuerdo con dividir el tratamiento de las donaciones en virtud del Código interno de ganancias.

(d) mi apoderado(s), \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, puede realizarse donaciones a sí mismo, según el caso, que no excedan, en cada donación, el monto de exclusión impositivo federal anual de las donaciones en virtud del Código de ganancias interno. El monto máximo de cada donación no debe exceder el doble del monto de exclusión impositivo de las donaciones, si mi cónyuge está de acuerdo con dividir el tratamiento de las donaciones en virtud del Código interno de ganancias.

---

### Modificaciones completas a las donaciones

#### (b) Modificaciones

1) transferir, donar o transmitir cualquier patrimonio que pudiera poseer como podría hacer en cualquier circunstancia a efectos de la planificación de donaciones, patrimonio o impuestos, planificación de Medicaid o a los fines que mi agente(s) estime conveniente.

2) hacer o cambiar todas las designaciones de beneficiarios, retiros, transferencias, traspasos, elecciones y renunciaciones bajo la ley concerniente a los contratos de seguros de vida, contratos de rentas vitalicias, planes calificados, planes de beneficios para empleados y cuentas individuales de jubilación, ya sea como participante del plan, como beneficiario, propietario del IRA o como cónyuge de un participante, incluida, sin limitación, la renuncia conjunta calificada y pensión de sobreviviente y los beneficios de pensión de prejubilación calificados del sobreviviente según lo dispuesto en el IRC § 417; autorizar cualquier distribución, cesión o traspaso de todos los planes calificados y cuentas IRA.

3) crear fideicomisos, ya sea revocables o irrevocables, en mi nombre; financiar dichos fideicomisos en mi nombre o hacer transferencias y adiciones a los fideicomisos que ya existen; retirar ingresos o capital en mi nombre del fideicomiso; ejercer cualquier poder de fideicomiso o elecciones que yo pueda ejercer; abrir, modificar o cancelar las cuentas de depósito y cualquier otra cuenta conjunta, en mi nombre y el nombre de otro copropietario, cuentas bancarias en fideicomiso y transferencia de las cuentas a la muerte, y designar o cambiar el beneficiario(s) de dichas cuentas.

(c) *Mi apoderado(s)* \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, *podrá(n):*

1) transferir, donar o transmitir cualquier patrimonio que pudiera poseer como podría hacer en cualquier circunstancia a efectos de la planificación de donaciones, patrimonio o impuestos, planificación de Medicaid o a los fines que mi agente(s) estime conveniente. Este otorgamiento de autoridad incluirá la capacidad de mi apoderado(s) de transferir, donar o transmitir cualquier patrimonio a si mismo.

2) hacer o cambiar todas las designaciones de beneficiarios, retiros, transferencias, traspasos, elecciones y renunciaciones bajo la ley concerniente a los contratos de seguros de vida, contratos de rentas vitalicias, planes calificados, planes de beneficios para empleados y cuentas individuales de jubilación, ya sea como participante del plan, como beneficiario, propietario del IRA o como cónyuge de un participante, incluida, sin limitación, la renuncia conjunta calificada y pensión de sobreviviente y los beneficios de pensión de prejubilación calificados del sobreviviente según lo dispuesto en el IRC § 417; autorizar cualquier distribución, cesión o traspaso de todos los planes calificados y cuentas IRA. Este otorgamiento de autoridad incluirá la capacidad de mi apoderado(s) de hacer o cambiar todas las designaciones de beneficiarios, retiros, transferencias, traspasos, elecciones y renunciaciones a su nombre, como beneficiario.

3) crear fideicomisos, ya sea revocables o irrevocables, en mi nombre; financiar dichos fideicomisos en mi nombre o hacer transferencias y adiciones a los fideicomisos que ya existen; retirar ingresos o capital en mi nombre del fideicomiso; ejercer cualquier poder de fideicomiso o elecciones que yo pueda ejercer; abrir, modificar o cancelar las cuentas de depósito y cualquier otra cuenta conjunta, en mi nombre y el nombre de otro copropietario, cuentas bancarias en fideicomiso y transferencia de las cuentas a la muerte, y designar o cambiar el beneficiario(s) de dichas cuentas. Este otorgamiento de autoridad incluirá la capacidad de mi apoderado(s) de crear fideicomisos o cuentas a su nombre, como beneficiario o copropietario de esos fideicomisos o cuentas.

---

### **Otras modificaciones posibles**

(Por favor, revise esta sección cuidadosamente para asegurarse de que estas modificaciones son aplicables/ deseadas por el Poderdante. Algunas de las modificaciones son mutuamente excluyentes. Pueden realizarse las modificaciones del párrafo (b) y/o (c) como se indica a continuación.

#### **Párrafo (b)**

1. Cualquier donación de mi patrimonio puede ser transferida en efectivo o en especie, y puede pasar directamente al destinatario o puede ser transferida a un custodio bajo la Ley de Transferencia Uniforme a Menores, que puede establecer mi apoderado.

2. Cualquier donación de mi patrimonio puede ser transferida a un fideicomiso en beneficio de los destinatarios. Tal fideicomiso puede ser uno existente o un ser creado por mi apoderado para el beneficio del receptor.

3. Al hacer donaciones de mi patrimonio, mi “mejor interés” incluirá donaciones que podrían causar una reducción de mi impuesto patrimonial o que podrían llevar adelante un plan para proteger mi patrimonio frente a los costos de los hogares de cuidados médicos en el futuro.

4. Mi agente estará autorizado para hacer donaciones a instituciones de beneficencia o particulares, siempre y cuando tales donaciones sean consistente con el patrón de donaciones que establecí previamente. Por ejemplo, las promesas de caridad, donaciones regulares a mi iglesia u otras organizaciones de caridad pueden llevarse a cabo o continuar en los niveles que ya he establecido.

**Párrafo (b y c)**

5. Mi esposa / esposo tendrá derecho a darse a si mismo cualquier cantidad de mi patrimonio. También tendrá derecho a dar cualquier cantidad de mi patrimonio a cualquier descendiente mío sin tener en cuenta la igualdad o proporcionalidad.

6. Cuando un hijo mío actúe como apoderado, el apoderado/hijo no podrá realizar donaciones para si mismo que excedan el monto mínimo que se dona a un hermano/a del apoderado o a los descendientes de un hermano fallecido.

7. Cualquier apoderado que no sea mi cónyuge o descendiente no tendrá derecho a recibir ninguna donación de mi patrimonio.

---

Anexo E

# Cómo Obtener Medicaid a Pesar de Tener un Ingreso Superior

Agradecemos a New York Legal Assistance Group (NYLAG) por proporcionar los útiles ejemplos y explicaciones.

Revisado el 6 de febrero de 2018

CÓMO UTILIZAR UN FIDEICOMISO DE INGRESOS COMBINADOS PARA OBTENER MEDICAID SIN UN "EXCESO DE INGRESOS" O SPEND-DOWN (PAGOS PARA LA DEDUCCIÓN DE GASTOS MÉDICOS)

Uso de un Fideicomiso para Complementar Necesidades para eliminar el "spend-down" para personas mayores (+65), ciegas o discapacitadas

**El problema:** Medicaid atiende a personas con ingresos limitados, incluidas personas mayores, ciegas y con discapacidades. Los niveles de Medicaid son \$842 para solteros y \$1233 para parejas (2018).<sup>1</sup> El monto de sus ingresos que superen estos niveles, después de haber pagado para obtener Medicare Parte B y otras primas de un seguro de salud, recibe el nombre de "spend-down"[prima de la cual debe hacerse económicamente responsable el paciente] . Para poder reunir las condiciones de Medicaid, primero deben incurrir todos los meses en gastos médicos por un monto que sea equivalente al "spend-down". Algunos pueden alcanzar el monto de su "spend-down" al utilizar otras facturas, en lugar de sus facturas médicas mensuales actuales.<sup>2</sup>

Dado que el costo de vida en Nueva York es tan elevado, nadie vive dentro de los niveles establecidos por Medicaid. Es por eso que el "spend-down" es una carga muy pesada que imposibilita que muchas personas tengan acceso a Medicaid.

**¿Por qué necesito Medicaid?** Para muchos clientes, Medicaid brinda acceso a la atención en el hogar, que no paga Medicare, y que es muy costosa cuando se paga del propio bolsillo. Además, cualquier beneficiario de Medicaid puede obtener la **Ayuda Extra** (Extra Help), el subsidio para personas de bajos ingresos que se encuentran en el programa de medicamentos de Medicare, Parte D. Este subsidio reduce en una gran proporción el costo de la Parte D: paga la prima mensual, elimina el deducible anual y las brechas de cobertura, y reduce los copagos.

<sup>1</sup> Además Medicaid concede una exclusión de \$20/mes por hogar de ingresos no salariales para solicitantes con discapacidades, ancianos y ciegos. También hay una exclusión disponible para el ingreso salarial, que está más allá del alcance de esta hoja informativa.

<sup>2</sup> Para llegar al "spend-down" pueden utilizar:

- Recibos médicos *pendientes de pago* y no reembolsados que aún deben y recibos *pagados* de atención médica recibida dentro de los últimos 3 meses anteriores a su solicitud de Medicaid
- Medicamentos de venta libre u otros gastos médicos que no sean cubiertos ni por Medicaid ni por Medicare, si un médico afirma por escrito que son médicamente necesarios.
- Los montos abonados por EPIC o ADAP para medicamentos recetados por lo menos tres meses antes de solicitar su inscripción a Medicaid, además de los copagos que el cliente paga por estos programas.



**La solución:** las personas con discapacidad de cualquier edad se pueden inscribir en un "Fideicomiso para Complementar Necesidades" agrupado, patrocinado por una organización sin fines de lucro. Actualmente, el estado de Nueva York cuenta con muchos fideicomisos agrupados. Esta hoja de datos utiliza un fideicomiso, el fideicomiso agrupado del Centro para los Derechos de los Discapacitados (Center for Disability Rights, CDR) como ejemplo.<sup>3</sup> El fideicomiso está abierto a cualquier persona "discapacitada" según se define en las leyes del Seguro Social. Cuando el cliente se une a este Fideicomiso, acuerda depositar en este el monto de su "spend-down" todos los meses. Una vez que los documentos del Fideicomiso se hayan firmado y el programa local de Medicaid apruebe la inscripción del cliente en el fondo, Medicaid modificará el presupuesto para que el cliente no tenga NINGÚN "SPEND-DOWN". El cliente solicita que el Fideicomiso pague ciertas facturas, como el alquiler, la hipoteca, la electricidad, etc. con el dinero que el cliente envía todos los meses. Esto se explica en mayor profundidad a continuación.

**EJEMPLO:**

Sally tiene 67 años. Su Seguro Social bruto es de \$1875 y su prima de Medicare Parte B de \$134 se debita de su cheque, por lo que recibe \$1741. Además paga una póliza de Medigap AARP de \$261/mes.

El cálculo del "spend-down" de Sally es:

<u>Ingreso total</u>	\$1875.00	Ingreso bruto
	- <u>134</u> Prima de Medicare Parte B	
	- 20 Monto despreciable para mayores, discapacitados (estándar)	
	- <u>261</u>	<u>Prima de Medigap, AARP (Plan F)</u>
	<u>-415</u>	TOTAL DE DEDUCCIONES
	1460	Ingreso neto contable
	- <u>842</u>	Nivel de Medicaid para UNO (2014)
	<b>\$618</b>	<b>"Spend-down" o excedente de ingresos</b>

Gastos mensuales

Alquiler	\$850
Con Ed	40 (promedio)
Teléfono	60 (promedio)
AARP Medigap	261 (se dedujo del presupuesto de Medicaid)
Alimentos	280
Transporte	80
Cable	70
Vestimenta, hogar, ocio, etc.	<u>234</u>
<u>TOTAL</u>	<b>\$1875</b>

---

<sup>3</sup> En el estado de Nueva York hay varias organizaciones no gubernamentales que ofrecen Fideicomisos para Complementar Necesidades agrupados. Visite <http://wnylc.com/health/entry/4/> para ver la lista no oficial. Han surgido organizaciones nuevas en estos meses.

## QUÉ CONTIENE

Explicación de los pasos para inscribirse en un fideicomiso combinado, cómo averiguar cuánto depositar en el fideicomiso, y cómo solicitarle a Medicaid que elimine su spend-down .....páginas 3-10

En “Preguntas frecuentes” se explican los gastos que puede pagar el fideicomiso, cómo se deja un fideicomiso combinado y enlaces para obtener más información.....páginas 10-13

### PASOS PARA INSCRIBIRSE EN UN FIDEICOMISO COMBINADO

Hay cinco pasos para inscribirse en un fideicomiso combinado, cada uno de los cuales se explica a continuación. Cualquier formulario requerido está disponible aquí: <http://www.wnylc.com/health/entry/44/>. Los cinco pasos son:

- Solicite Medicaid con un Spend-Down
- Inscribese en el Fideicomiso combinado de necesidades suplementarias
- Decida cuánto depositar en el Fideicomiso
- Alerta a Medicaid al SNT. Solicite que se vuelva a realizar un presupuesto para eliminar el Spend-down
- De seguimiento y asegúrese de que el nuevo presupuesto de Medicaid se haga correctamente

#### ✓ PASO uno: solicitar la inscripción a Medicaid con un “spend-down”

El primer paso es solicitar la inscripción en Medicaid con un “spend-down”. Si debe comenzar a recibir atención domiciliaria u otros servicios de Medicaid muy pronto, lo mejor es primero solicitar la inscripción a Medicaid SIN ingresar al fideicomiso agrupado y después ingresar al fideicomiso agrupado una vez que su solicitud de inscripción a Medicaid se haya presentado. Medicaid se aprueba con mayor rapidez si aún no está inscrito en el fideicomiso agrupado. Si solicita primero la inscripción en Medicaid, antes de inscribirse en el fondo, la persona puede comenzar a recibir servicios de atención domiciliaria mientras se trabaja en los pasos siguientes.

Una vez que esté aprobado para recibir cobertura de Medicaid con un “spend-down”, si comienza a recibir atención domiciliaria de un plan de atención administrada a largo plazo (Managed Long-Term Care, MLTC), una agencia de atención domiciliaria autorizada u otra agencia de atención domiciliaria, se espera que usted pague todos los meses el “spend-down” al plan o la agencia. Es probable que no pueda hacerlo, ya que estará enviando dinero al SNT. Puede explicar al plan o a la agencia que su “spend-down” disminuirá retroactivamente a cero



en un tiempo y que luego podrán facturar a Medicaid el monto del “spend-down”. Algunos planes le solicitarán un comprobante de que ha presentado su inscripción de SNT a Medicaid para su aprobación.

**Los solicitantes de Medicaid que deseen inscribirse en MLTC deben dejar en claro al momento de la solicitud que, en definitiva, desean inscribirse en un plan de MLTC.**

### ✓ PASO dos: inscribirse en el Fideicomiso para Complementar Necesidades Agrupado

El segundo paso es **inscribirse en el SNT agrupado**. La mayoría de los SNT cuentan con una lista de documentos en sus sitios web que incluyen Preguntas frecuentes y Procedimientos que debe leer antes de inscribirse. Hay varios SNT agrupados en Nueva York...disponible en <http://www.wnylc.com/health/entry/4/>. A continuación se indica qué debe enviar al Centro de Derechos de las Personas con Discapacidad (Center for Disability Rights, CDR) para inscribirse, utilizando el SNT del CDR como ejemplo. Todos los formularios pueden descargarse: consulte el enlace en la entrada del CDR en la lista de fideicomisos que se encuentra en <http://www.wnylc.com/health/entry/4/>. Las tarifas y formas de inscripción de todos los fideicomisos son diferentes.

- Perfil del beneficiario y Acuerdo de adhesión: completado y firmado ante un escribano público.
- Formulario de desembolso/extracción: debe presentar un formulario para cada uno de los gastos que usted desea que el CDR pague por usted y adjuntar un comprobante del monto adeudado (por ej. una copia de su contrato de alquiler, las facturas mensuales de servicios, resumen de su tarjeta de crédito). Lea con atención las normas del SNT para asegurarse de que el fideicomiso pague este tipo de gastos. Recuerde que el gasto tiene que estar a su nombre y no de otra persona o ser una donación para cualquier otra persona y que el SNT nunca le pagará de forma directa.
- Formulario de solicitud de ACH: si desea que el CDR realice extracciones automáticas de su cuenta bancaria todos los meses por el monto de su aporte mensual al SNT, puede especificar el día del mes en que prefiere que se haga la extracción.
- TARIFA, fondos de inscripción (cheque u orden de pago): pagadera al CDR (el depósito mínimo inicial es de \$240. Lea a continuación los consejos sobre qué monto le conviene enviar como su aportación mensual completa). Cada fideicomiso tiene tarifas diferentes. Siga este enlace para ver el Régimen tarifario de NYSARC: - [http://www.nysarc.org/files/8813/1076/2571/Community\\_Trust\\_II\\_-\\_Régimen\\_tarifario.pdf](http://www.nysarc.org/files/8813/1076/2571/Community_Trust_II_-_Régimen_tarifario.pdf), lea sobre otros fideicomisos en <http://www.wnylc.com/health/entry/4/>.

EL CDR y otras organizaciones de fideicomisos se demoran alrededor de 2 semanas en procesar las solicitudes y, si está inscripto en su SNT, le enviarán una Carta de aceptación. Consérvela, ya que la necesitará para el tercer paso.

### ✓ PASO 3: Decidir cuánto depositar en el Fideicomiso

A continuación le ofrecemos algunos consejos para que decida qué monto depositará en el fideicomiso todos los meses. Para ayudarlo a determinar el monto adecuado a depositar todos los meses con el objetivo de eliminar el “spend-down”, obtener el Programa de Ahorro de Medicare y asegurarse de que se paguen todas las tarifas del SNT y sus facturas, puede utilizar [esta hoja de cálculos de Excel](http://www.wnylc.com/health/download/316/) en <http://www.wnylc.com/health/download/316/>.

**El mínimo: el monto real del “spend-down”.** Como mínimo, deposite su “spend-down” real. Por ejemplo, si Sally (el ejemplo de la página 2) deposita \$618 todos los meses en el Fideicomiso, una vez que Medicaid lo autorice, NO tendrá “spend-down”. Con esta opción, el CDR retiene \$20 en calidad de tarifa mensual y le quedan \$598 disponibles para pagar sus gastos.

**Consejo estratégico n.º 1. Lo suficiente para pagar el alquiler completo:** ¿Cuánto debería depositar mensualmente en el Fideicomiso si desea que el Fideicomiso pague su alquiler? Si deposita el monto exacto del “spend-down” de \$618 en el Fideicomiso de manera que resten \$598 para pagar sus facturas, podría hacer que el fideicomiso pague \$598 del alquiler y ella pagaría el saldo al propietario. Otra posibilidad sería que pueda depositar \$870 en el Fideicomiso que incluiría la tarifa de \$20 y el alquiler de \$850. Algunos fideicomisos, como el NYSARC, cobran una tarifa mensual más alta si el depósito en el fideicomiso es más alto. La comodidad de que el fondo pague el alquiler completo puede valer la pena.

**Consejo estratégico n.º 2. Beneficio adicional del Fideicomiso, el Programa de Ahorro de Medicare (MSP):** si se reduce su ingreso “contable”, también reunirá los requisitos para uno de los Programas de Ahorro de Medicare. Este programa paga la prima de Medicare Parte B que es de \$134 en 2014. Ese ahorro contrarresta ampliamente la tarifa mensual. Para consultar los límites sobre ingresos y más información visite el sitio web del estado en <http://tinyurl.com/W393P> y el artículo de defensoría en <http://wnylc.com/health/entry/99>. Una vez que Medicaid comience a pagar su prima de la Parte B a través del MSP, su cheque del Seguro Social aumentará en \$134. Como resultado, su “spend-down” también aumentará a \$134. Si Sally desea estar en el MSP y no tener “spend-down”, debe aumentar su depósito mensual al fideicomiso por \$134. Para ayudarlo a determinar el monto adecuado a depositar todos los meses con el objetivo de eliminar su “spend-down”, obtener el Programa de Ahorro de Medicare y asegurarse de que se paguen todas las tarifas del SNT y sus facturas, puede usar [esta hoja de cálculos de Excel](http://www.wnylc.com/health/download/316/) en <http://www.wnylc.com/health/download/316/>.

**\*\* CONSEJO SOBRE EL MSP:** si aporta los \$134 más al SNT, será inscrito de forma retroactiva al Programa de Ahorro de Medicare y recibirá un reembolso por las primas de la Parte B que pagó mientras aportó al SNT. Para que esto funcione, debe continuar aportando al SNT todos los meses.

**\*\* CONSEJO SOBRE LA SOLICITUD DEL MSP:** en la solicitud de Medicaid,



escriba en la parte superior de la primera página que el cliente desea solicitar su inscripción a Medicaid Y al Programa de Ahorro de Medicare. La oficina debe revisar si el cliente puede ingresar al MSP de todas formas, pero esto ayuda a recordárselos. Consulte GIS 05/MA033 en <http://tinyurl.com/L7AUSK>.

**Consejo estratégico n.º 3. ADVERTENCIA: deposite solo lo que pueda gastar regularmente todos los meses. ¡No deje que los depósitos se acumulen!** Si no gasta el dinero depositado todos los meses en el Fideicomiso y este se acumula, puede que se le niegue el pago de Medicaid para la atención en un hogar de ancianos si la necesitara en los próximos cinco años. Esto se debe a la Ley de reducción del déficit promulgada el 8 de febrero de 2006. La transferencia de activos de una persona de 65 años de edad o mayor, posterior a esa fecha, puede provocar una demora (penalizaciones por transferencias) para que Medicaid pague la atención en hogares de ancianos por cinco años. Esta demora para que se reúnan los requisitos para la atención en hogares de ancianos también puede ser provocada por las transferencias de ingresos a un fideicomiso de una persona de 65 años de edad o mayor si no se gastan dichos ingresos. Afortunadamente, la política del Departamento de Estado de Nueva York ha afirmado que colocar los ingresos en un fideicomiso agrupado no provocará penalizaciones por transferencias para la cobertura de Medicaid de atención en hogares de ancianos, siempre y cuando el saldo de la cuenta del fideicomiso agrupado se gaste y no se acumule. NYS Dept. of Health GIS 08 MA/020, Transfers to Pooled Trusts by Disabled Individuals Age 65 and Over (July 24, 2008), disponible en [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/publications/docs/gis/08ma020.pdf](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/publications/docs/gis/08ma020.pdf). Si la persona necesitara cobertura de Medicaid para la atención en un hogar de ancianos en el futuro, el monto de dinero restante en la cuenta del fideicomiso que no se ha gastado en alquiler y otros gastos se considerará una transferencia de activos y se impondrá una multa. Para más información sobre estas normas, consulte <http://wnylc.com/health/entry/38/>.

**Consejo estratégico n.º 4. Matrimonios:** si ambos cónyuges necesitan Medicaid, es posible que solo uno establezca una cuenta en el fondo, de acuerdo con sus respectivos ingresos. Esto puede ahorrarle a la pareja tarifas y trámites administrativos. El resto de sus ingresos combinados después de todas las deducciones y después del depósito en el Fideicomiso, debería ser el límite de ingresos por pareja de Medicaid (\$1233/mes en 2018).

#### EJEMPLO DEL MATRIMONIO:

Sally tiene los mismos ingresos y el mismo seguro que en el ejemplo anterior, pero está casada con John, cuyos ingresos son \$900. El posee la misma política de Medigap AARP. Su presupuesto sería el siguiente:

\$1875	Ingresos brutos de Sally
<u>900</u>	Ingresos brutos de John
2775	TOTAL DE INGRESOS BRUTOS
- 268	Prima x 2 de Medicare Parte B
- 20	Monto despreciable para mayores, discapacitados (solo \$20/pareja)
- 312.20	Prima de AARP Medigap (Plan A) (156.50 x 2)

- 600	TOTAL DE DEDUCCIONES
2175	Ingreso neto contable
-1233	Nivel de Medicaid para DOS (2014)
942	"Spend-down" como pareja
+ 268	Adicional a depositar para el Programa de Ahorro de Medicare
<b>\$1210</b>	<b>Total a depositar si desean MSP</b>

Si solicitan la inscripción como pareja, si se asume que ambos son discapacitados, es más conveniente que Sally ingrese a un fideicomiso, ya que los ingresos de John no alcanzan para depositar \$1210, que es "spend-down" total más el adicional de \$268 si desean inscribirse en un MSP y no tener "spend-down". Como John solo tiene \$900 de ingresos, puede que sea mejor que se quede con todo el monto y que Sally se inscriba en el fideicomiso y deposite \$1210.

Pero Nota: si Sally no fuera discapacitada, solo John podría inscribirse en el Fideicomiso.<sup>4</sup> En algunos casos ambos cónyuges deberán adherirse al Fideicomiso si los dos tienen ingresos más altos.

**Consejo estratégico n.º 5. Si no tiene Medicare, no reduzca su "spend-down" a CERO, mantenga un "spend-down" nominal. Incluso una pequeña cantidad de dólares:** ¿por qué? Para las personas que no tienen Medicare, puede ser mejor que mantengan un "spend-down" mínimo para evitar que se les exija inscribirse en el Plan de Atención Administrada de Medicaid. Actualmente, tener un "spend-down" implica que uno está exento del requisito de inscribirse en el Plan de Atención Administrada. Consulte <http://wnylc.com/health/entry/166/>. Precaución: estos programas cambian muy rápido por lo que recomendamos volver a verificar para ver si hay actualizaciones. (Si el cliente tiene Medicare y necesita atención prolongada, tener un "spend-down" no lo eximirá del requisito de inscribirse en un plan de Atención Administrada a Largo Plazo).

✓ **PASO 4** - Notificar a Medicaid que tiene una cuenta de fideicomiso agrupado (SNT).

El cuarto paso es notificar a Medicaid que tiene una cuenta de fideicomiso combinado (SNT). Para ello, demuestre al Departamento de Servicios Sociales de su localidad (en NYC es el programa NYC HRA Medicaid) que está inscrito en un SNT, que hace depósitos mensuales y que tiene una discapacidad. Es altamente recomendable incluir una carta de presentación con su solicitud a la oficina local de servicios sociales. Cada uno de estos se analiza en mayor detalle a continuación.

<sup>4</sup> Supongamos que John se inscribió en el Fideicomiso porque Sally no es discapacitada. Pero supongamos que sus ingresos son mucho más bajos que los de Sally (solo \$500 y los de ella, \$500 más que en el ejemplo). Una audiencia imparcial resolvió que él deposite los ingresos de su esposa en SU Fideicomiso para reducir el "spend-down" de él/ella. Consulte en la audiencia imparcial N.º 4576742M, Sobre la cuestión de J.T. (Nov. 16, 2006), disponible en la Base de datos de audiencias imparciales en <http://onlineresources.wnyc.net>



1. Prueba de que está inscripto en un SNT (obligatorio)
  - **Acuerdo marco del fideicomiso**, disponible en versión PDF para imprimir en el sitio web del SNT
  - **Perfil del beneficiario y Acuerdo de adhesión**, firmados por usted y el fideicomisario (CDR, por ejemplo). La versión que se le envió con su Carta de aceptación tendrá la firma del fideicomisario
  - Carta de aceptación
  - **Comprobantes de los depósitos**, si envía estos documentos después de más de un mes desde que se aceptara su ingreso al SNT, debe enviar un comprobante de que ha realizado depósitos mensuales. Puede llamar al SNT para pedir un estado de cuenta.
2. **Prueba de su discapacidad**, puede DESCARGAR los formularios que se enumeran a continuación en: <http://www.wnylc.com/health/entry/134/>
  - Si ha sido aprobado para beneficios SSDI o SSI por una discapacidad, lo único que debe enviar para comprobar que usted es discapacitado es una copia de su Carta de adjudicación de SSA o una Determinación de discapacidad de SSA (que se le entregó cuando recibió su primera aprobación de los beneficios). Si no, debe enviar los documentos que se enumeran a continuación y pedir al DSS una determinación de discapacidad - <http://www.wnylc.com/health/entry/134/>
  - [DSS-486T - Informe médico para la determinación de discapacidad \(Rev. 6/2012\)](http://www.wnylc.com/health/entry/134/) Este formulario debe estar completado por su/s médico/s. En enero de 2013, la HRA publicó una Alerta médica que afirma que se deben incluir los registros médicos de los 12 meses anteriores con cada formulario 486T - <http://www.wnylc.com/health/download/402/> Por lo tanto, si su médico de atención primaria completó un 486T, debe enviar 12 meses de registros de su consultorio. Si alguno de sus especialistas completó formularios 486T, también debe enviar 12 meses de registros de sus consultorios. Si puede conseguir los registros de cualquier internación en hospitales o asilos de los últimos 12 meses, envíelos también. Lo mejor es asegurarse de que la información médica que envía le permita a Medicaid hacerse una idea de su condición médica y psicológica sobre la que puedan establecer la determinación de discapacidad. Por lo tanto, si su principal discapacidad fue tratada por uno o varios especialistas, asegúrese de conseguir el 486T y los registros médicos de estos doctores.
    - **NOTA:** el formulario 486T revisado en junio de 2012 acortó el original de un formulario de 25 páginas a un formulario de una sola carilla, el cual es menos imponente para los médicos. El formulario anterior contenía varios adjuntos que recogían información sobre los diferentes sistemas corporales, como una deficiencia del sistema osteomuscular o cardíaco. Esos formularios adjuntos, aunque fueran onerosos, eran útiles para demostrar los criterios para "cumplir con los requisitos" para que se lo considere discapacitado (el tercer paso del [proceso de evaluación secuencial descrito en este artículo - http://wnylc.com/health/entry/134/](http://www.wnylc.com/health/entry/134/)). Aunque ya no es obligatorio, puede que algunos de estos formularios adjuntos resulten útiles

como guía que su médico utilice para dar información sobre ciertas afecciones. Haga clic aquí para ver el [486T anterior](#) - [http://www.wnyc.com/health/download/60/..](http://www.wnyc.com/health/download/60/)

- [DSS-1151 - Cuestionario de discapacidad \(rev. en 06/2012 para remplazar el Formulario de entrevista de discapacidad\)](#) - [http://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/publications/docs/gis/12ma027att2.pdf](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/publications/docs/gis/12ma027att2.pdf)  
Usted, un asistente social o un miembro de la familia pueden completar este formulario.
- [LDSS-1151.1 \(6/2012\) Hoja de continuación del Cuestionario de discapacidad](#)- puede usar este formulario si el espacio del DSS-1151 no es suficiente para enumerar sus proveedores médicos o internaciones.
- [Formulario oficial OCA 960 - Estado de NY HIPAA](#)  
Según estas Alertas de Medicaid, <http://www.wnyc.com/health/download/599/> y <http://www.wnyc.com/health/download/402/> , usted debe enviar cuatro copias originales de este formulario, firmado y fechado por el solicitante. En tres copias, deje la información del proveedor en blanco. Debe enviar la cuarta copia si desea que otra persona (por ejemplo, un trabajador social, familiar o abogado) pueda hablar con Medicaid sobre su caso y debe nombrar a esa persona en los dos lugares indicados en el formulario..

### 3. Carta de presentación

- Adjunte una carta de presentación con toda esta información para explicar qué está solicitando al DSS (volver a calcular su caso en Medicaid sin “spend-down”) y por qué (porque tiene un SNT y es discapacitado). Puede usar este [modelo de carta de presentación cover letter](#) (<http://www.wnyc.com/health/download/64/>) como punto de partida. Debe personalizarla para realizar la solicitud con respecto a sus afecciones médicas y psicológicas particulares e incluir la información de los formularios 486 y 1151.
  - Utilice el Manual de discapacidad de Medicaid NYS ([http://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/reference/mdm/](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/reference/mdm/)) como una guía sobre su/s discapacidad/es específica/s, que explica el "proceso de evaluación secuencial" para determinar la discapacidad , contiene la Lista de deficiencias y otra información.
- También debe solicitar que se lo inscriba en el **Programa de Ahorro de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)** para que Medicaid pague su prima de Medicare Parte B. Dado que el SNT ha reducido sus ingresos por debajo del límite de Medicaid, si contribuye \$134 más al SNT por encima de su “spend-down” de Medicaid, también reduce sus ingresos por debajo del límite para el MSP. Haga clic aquí para más información sobre este programa - <http://www.wnyc.com/health/entry/99/>.



## ✓ Paso 5: De seguimiento y asegúrese de que el nuevo presupuesto de Medicaid se haga correctamente

El último paso en este proceso es asegurarse de que el caso de Medicaid se vuelva a presupuestar correctamente. Una vez que presente los documentos del SNT y discapacidad a su DSS, estos demorarán por lo general varios meses en procesar la información. Más adelante, usted debería recibir una notificación por escrito que diga que su caso de Medicaid se ha vuelto a presupuestar sin “spend-down” (y que está inscrito en el MSP si así lo solicitó). Asegúrese de que la fecha de entrada en vigor sea la correcta; debe ser el mes en que comenzó a aportar el monto completo de su “spend-down” (+\$134 si deseaba el MSP) en el SNT. Si estuviera mal, es posible que deba solicitar una Audiencia imparcial para apelar la notificación para que se corrija la fecha (haga clic aquí para solicitar una audiencia: <http://otda.ny.gov/hearings/>).

Como puede observar, esta es una de las tareas más complicadas que le pueden tocar con respecto a Medicaid. Para muchas personas resulta ventajoso contratar un abogado privado especialista en la tercera edad ([www.naela.org](http://www.naela.org)) o un administrador de atención geriátrica ([www.caremanager.org](http://www.caremanager.org)) para que los ayude en el proceso. También puede haber servicios jurídicos gratuitos (<http://www.lawhelpny.org/>) disponibles para ayudarlo. Para obtener información más específica sobre los SNT, incluida información sobre como el SNT afecta sus condiciones para acceder a otros beneficios públicos, consulte nuestro Resumen de capacitación para abogados - <http://www.wnyc.com/health/download/9/>

## PREGUNTAS FRECUENTES

**¿QUÉ SUCEDE SI EL “SPEND-DOWN” CAMBIA DESPUÉS DE QUE EL CLIENTE SE HAYA INCORPORADO AL FIDEICOMISO?** Casi todos los años, el monto del Seguro Social de la mayoría de los jubilados aumenta y, por lo tanto, su “spend-down”.

El cliente debe aumentar la cantidad depositada en el fideicomiso cada mes. Además, algunos fideicomisos agrupados pueden solicitar algún tipo de “depósito de seguridad”, un monto equivalente al “spend-down” de un mes que permanezca depositado en todo momento. Si el Seguro Social u otro ingreso aumentan, puede que el cliente deba aumentar el depósito.

**¿QUÉ FACTURAS PODRÍA PAGAR EL FIDEICOMISO?**

**ADVERTENCIA:** estas normas se aplican a las personas que utilizan un fideicomiso agrupado para Medicaid únicamente, no para SSI. Si tiene SSI y desea usar un fideicomiso para un acuerdo extrajudicial u otra suma global, las reglas son diferentes.

El Fideicomiso puede pagar el alquiler, la hipoteca, el mantenimiento, las facturas de servicios, las facturas de la tarjeta de crédito del cliente, siempre y cuando realice los pagos de forma directa al propietario o a otro tercero. El Fideicomiso puede *no entregar dinero*



*directamente al cliente.* Los pagos de ese tipo no se consideran "ingresos" a los fines de Medicaid, independientemente de para qué sean los pagos.<sup>5</sup>

*Los pagos de alquiler o hipotecas* son el tipo de gasto ideal para pagos del fideicomiso, ya que la mayoría de los fideicomisos establecen un pago mensual automático. Algunos fideicomisos no automatizan los pagos de alquiler o hipoteca del cliente hasta que este no se haya inscrito y haya pagado su spend-down durante 3 meses. Por eso, el cliente debe realizar solicitudes individuales de desembolso durante los primeros tres meses para pagar su alquiler o hipoteca. Después de ese período, puede solicitar el pago automático.

Los fideicomisos difieren en cuanto a si aceptan el envío mensual de servicios u otras facturas para su pago o si las facturas de un plan presupuestario con pagos mensuales fijos pueden ser abonadas directamente por el fondo, como el alquiler.

Aunque el fideicomiso solo paga facturas a favor del beneficiario del fideicomiso (el cliente) y NO para los parientes o amigos del cliente, los pagos que por accidente beneficien a un tercero pueden estar permitidos, como el caso del alquiler en que el/la cónyuge del cliente recibe los beneficios del pago. El cliente debe estar autorizado por el fideicomiso para pagar los gastos que beneficien a terceros, como el pago de los gastos de un acompañante de viaje del beneficiario o los gastos para que un pariente cercano pueda visitar al beneficiario.

Algunos fideicomisos permiten que un pariente u otro individuo que haya pagado gastos del cliente, como el alquiler o vestimenta, reciba un reembolso si presentan los recibos. Sin embargo, deben comunicarse con el fideicomiso para pedir su autorización ANTES de realizar el gasto para asegurarse el reembolso. Nunca puede acreditársele un reembolso al cliente mismo.

*Tarjetas de crédito:* algunos fideicomisos pagan facturas de tarjetas de crédito, siempre que la factura esté a nombre del cliente y que no haya gastos anteriores pendientes. La factura mensual real se debe enviar al Fideicomiso para verificar que no se hayan realizado extracciones de efectivo. El Fideicomiso tiene derecho a averiguar si los gastos fueron para beneficio del beneficiario y no para otra persona.

Los fideicomisos pueden no abonar solicitudes para donaciones, ni se pueden hacer donaciones solidarias con los fondos del fideicomiso.

*Gastos fúnebres:* los fondos de un fideicomiso se pueden usar para pagar un acuerdo de funeral *prepago* del cliente en *vida*. El cliente puede aceptar un plan de pagos de un acuerdo fúnebre de una casa funeraria y enviar al fideicomiso las facturas de los pagos mensuales para su pago. NINGÚN FIDEICOMISO AGRUPADO *abonará los gastos fúnebres del cliente después de su muerte.*

---

<sup>5</sup>

18 NYCRR § 360-4.3(e)

## ¿CÓMO SE DA DE BAJA EL CLIENTE/BENEFICIARIO DEL FIDEICOMISO?

*El cliente se da de baja del Fideicomiso cuando muere.* El dinero que quede en el Fideicomiso después de la muerte del cliente queda en el Fideicomiso para beneficio de otras personas discapacitadas. NO podrá ser heredado por los parientes o herederos del cliente. Además, después de la muerte del cliente, el Fideicomiso presenta varias restricciones sobre qué gastos puede pagar para el cliente. El Fideicomiso NO pagará los gastos fúnebres después de la muerte del cliente. El Fideicomiso NO pagará las deudas que se deban a terceros, como terminar de pagar una hipoteca, deudas contraídas con la tarjeta de crédito, etc. El Fideicomiso TAMPOCO pagará los impuestos después de su muerte, ni las tasas administrativas de la herencia. Sin embargo, el Fideicomiso PUEDE pagar los gastos actuales del cliente en el momento de su muerte, como el alquiler y las facturas actuales.

*El cliente se da de baja cuando ingresa a un hogar de ancianos.* El tipo de presupuesto de Medicaid utilizado en los hogares para ancianos no permite que el cliente deposite sus ingresos en un fideicomiso para eliminar el “spend-down”. Cuando el cliente ingrese a un hogar para ancianos, dejará de hacer depósitos. El cliente puede aun así presentar solicitudes de gastos al fideicomiso para utilizar cualquier remanente.

*El cliente puede darse de baja en cualquier momento dejando de hacer depósitos mensuales.* Pero, si el cliente hiciera eso, su “spend-down” aumentará. El “spend-down” se reduce solo durante el tiempo en que el cliente realice depósitos mensuales. En cada recertificación anual, Medicaid le solicitará documentos que prueben que se están realizando depósitos mensuales.

Se debe notificar al fideicomiso por escrito ante cualquier cambio en la participación en el Fideicomiso para liberar el depósito de seguridad remanente de un mes, si hubiera alguno.

**SOLUCIÓN DE PROBLEMAS:** Todas las oficinas locales de Medicaid pueden contar con equipos de contacto para solucionar problemas con el SNT.

**Para la ciudad de Nueva York,** se pueden usar los siguientes contactos sugeridos dentro del HRA. **PRECAUCIÓN:** hay un límite de tiempo para solicitar una audiencia imparcial, aunque esté intentado hacerlo de manera informal. ¡Esté atento a las fechas límite!

- **CASOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA:** cuando el cliente esté solicitando atención domiciliaria MLTC, CHHA o CASA, debe enviar la solicitud de Medicaid y los documentos del SNT al Departamento Central de Medicaid de HRA HCSP: HRA HCSP Central Medicaid Unit, 785 Atlantic Avenue, 7th Floor, Brooklyn, NY 11238
  - Persona de contacto: Yvette Poole-Brooks [poolebrooksy@hra.nyc.gov](mailto:poolebrooksy@hra.nyc.gov)  
Teléfono (929) 221-2493 Fax. (718) 636-7848



- **CASOS DE ATENCIÓN NO DOMICILIARIA:** la solicitud de Medicaid y los documentos del SNT se pueden presentar en oficinas "regulares" de Medicaid desde donde se enviarán de forma interna al Departamento de Gasto Reducido
  - Persona de contacto: Eileen Fraser-Smith [fraser-smithe@hra.nyc.gov](mailto:fraser-smithe@hra.nyc.gov)  
Teléfono (929) 221-0868/69 Fax. (718) 636-7847
  - Servicio de información sobre requisitos: Teléfono (929) 221-0865/66/67/68

---

#### ENLACES EN LÍNEA

<http://wnylc.com/health/14/>: Información general sobre fideicomisos para complementar necesidades

<http://www.wnyc.com/health/download/9/>: Resumen de capacitación sobre SNT publicado (actualizado en mayo de 2014) que explica el funcionamiento de los Fideicomisos para Complementar Necesidades (tanto individuales como agrupados). El Anexo incluye información sobre cómo se ven afectadas sus condiciones para obtener varios beneficios públicos.

<http://www.wnyc.com/health/entry/134/>: Formularios de prueba de discapacidad

<http://www.wnyc.com/health/entry/4/>, Lista de información de contacto de fideicomisos agrupados en el estado de Nueva York

Vea este [seminario grabado de David Silva, director asistente del Programa de Recursos Legales Evelyn Frank que explica el funcionamiento de los fideicomisos agrupados](https://www.youtube.com/watch?v=oRR7VM4HdJ4). (Julio 16, 2013) <https://www.youtube.com/watch?v=oRR7VM4HdJ4>

Visite el sitio del servicio de salud de Nueva York, NY Health Access en <http://nyhealthaccess.org>.

Grupo de Asesoramiento Legal de Nueva York (NYLAG) Programa de Recursos Legales Evelyn Frank 212.613.7310 eflrp@nylag.org Fax. 212.967.0725
--

---

Anexo F

Programas MLTC que Prestan  
Servicio a Hudson Valley  
Neuva York y la Ciudad  
de Nueva York

## Programas MLTC que Prestan Servicio a Hudson Valley Nueva York y la Ciudad de Nueva York

<b>Nombre</b>	<b>Condados Atendidos</b>	<b>Dirección Postal/Teléfono</b>
Aetna Better Health	Kings, New York (Manhattan), Queens, Nassau, Suffolk	55 West 125th St. Suite 1300 New York, NY 10027 (855) 456-9126
AgeWell New York	Bronx, Kings, New York, Queens, Nassau, Suffolk, Westchester	1991 Marcus Ave., Suite M201 Lake Success, NY 11042 (866) 586-8044
AgeWell New York FIDA	Bronx, Kings, New York, Queens, Nassau, Suffolk, Westchester	1991 Marcus Ave., Suite M201 Lake Success, NY 11042 (866) 586-8044
Empire BlueCross BlueShield	New York City (All boroughs)	9 Pine St., 14th Fl New York, NY 10005 (800) 950-7679
Empire BlueCross BlueShield	New York City (All boroughs)	9 Pine St., 14th Fl New York, NY 10005 (866) 805 - 4589
ArchCare Community Life	Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond, Putnam, Westchester	33 Irving Place, 11th Fl New York, NY 10003 (855) 467-9351
ArchCare Senior Life	Bronx, New York, Richmond, Westchester	1432 Fifth Ave New York, NY 10035 (866) 263-9083
Catholic Health-LIFE	Erie	55 Melroy Ave Lackawanna, NY 14218 (855) 671-3341
CenterLight Healthcare Select PACE	NYC (All boroughs), Nassau, Suffolk, Westchester	1250 Waters Place Tower 1, Suite 602 Bronx, NY 10461 (877) 226-8500
Centers for Healthy Living	NYC (All boroughs), Erie, Niagara, Nassau, Suffolk, Rockland, Westchester	75 Vanderbilt Ave. 7th Floor Staten Island, N.Y. 10304 (855) 270-1600
Centers Plan for FIDA Care Complete	NYC (All boroughs)	75 Vanderbilt Ave. 7th Floor Staten Island, N.Y. 10304 (800) 466-2745
Complete Senior Care	Niagara	1302 Main St Niagara Falls, NY 14301 (888) 303-4333
Eddy Senior Care	Parts of Albany and Schenectady counties	504 State St Schenectady, NY 12305 (518) 382-3290

<b>Nombre</b>	<b>Condados Atendidos</b>	<b>Dirección Postal/Teléfono</b>
Elderplan, Inc. MAP	NYC (All boroughs), Nassau, Westchester	6323 Seventh Ave Brooklyn, NY 11220 (866) 362-4265
HomeFirst, a product of Elderplan, Inc.	NYC (All boroughs) Dutchess, Nassau, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster, Westchester	6323 Seventh Ave Brooklyn, NY 11220 (866) 353-4681
Elderplan FIDA Total Care	NYC (All boroughs), Nassau,	6323 Seventh Ave Brooklyn, NY 11220 (866) 353-4681
Elderwood Health Plan	Erie, Genesee, Monroe, Niagara, Orleans, Wyoming	500 Seneca Street Buffalo, NY 14204
Evercare Choice	Dutchess, Orange, Rockland	31 Cerone Place Newburgh, NY 12550 (877) 255-3678
Extended MLTC, LLC	NYC (All boroughs), Suffolk, Nassau	360 West 31st St., Suite 304 New York, NY 10001 (855) 299-6492
Fallon Health Weinberg MLTC	Erie and Niagara	461 John James Audubon Pkwy Amherst, NY 14228 (866) 882-8185
Fidelis Care at Home	NYC (All boroughs), all Upstate counties	95-25 Queens Blvd Rego Park, NY 11374 (800) 688-7422 (Partial)
Fidelis Medicaid Advantage Plus	NYC (All boroughs), Albany, Montgomery, Rensselaer, Schenectady	95-25 Queens Blvd Rego Park, NY 11374 (877) 533-2404 (MAP)
Guildnet	NYC (All boroughs)	15 West 65th St., 4th Fl New York, NY 10023 (800) 932-4703
Guildnet Gold	Bronx, Kings, New York, Queens	15 West 65th St., 4th Fl New York, NY 10023 (800) 815-0000
Guildnet Gold Plus FIDA	NYC (All boroughs)	15 West 65 <sup>th</sup> St., 4 <sup>th</sup> Fl New York, NY 10023 (800) 815-0000
Hamaspik Choice, Inc.	Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster	58 Rt. 59, Suite 1 Monsey, New York 10952 (855) 552-4642
Healthfirst CompleteCare	NYC (All boroughs), Nassau	100 Church St., 18th Fl New York, NY 10007 (888) 260-1010
Healthfirst AbsoluteCare FIDA	Kings, Queens, Bronx, New York, Richmond, Nassau, Westchester	100 Church St., 18th Fl New York, NY 10007 (855) 675-7630



<b>Nombre</b>	<b>Condados Atendidos</b>	<b>Dirección Postal/Teléfono</b>
iCircle Care	Broome, Cayuga, Chemung, Chenango, Cortland, Genesee, Livingston, Madison, Monroe, Onondaga, Ontario, Orleans, Oswego, Otsego, Schuylar, Seneca, Steuben, Tioga, Tompkins, Wayne, Wyoming, Yates	860 Hard Rd Webster, NY 14580 (844) 424-7253
Independence Care System	Bronx, Kings, New York, Queens	257 Park Ave. South 2nd Fl New York, NY 10010 (212) 584-2500
Independent Living for Seniors d/b/a ElderONE	Monroe	2066 Hudson Ave Rochester, NY 14617 (585) 922-2800
Integra MLTC, Inc.	NYC (All boroughs), Nassau, Suffolk, Westchester	1981 Marcus Avenue, Suite 100 Lake Success, NY 11042 (855) 800-4683
MetroPlus MLTC	Bronx, Kings, New York, Queens	160 Water St New York, NY 10038 (855) 355-6582
MetroPlus FIDA	Bronx, Kings, New York, Queens	160 Water St New York, NY 10038 (855) 355-6582
Montefiore Diamond Care MLTC	Bronx and Westchester	200 Corporate Blvd. South Yonkers, New York 10701 (855) 556-6683
PACE CNY	Onondaga	100 Malta Ln North Syracuse, NY 13212 (888) 728-7223
Partners Health Plan	NYC (All Boroughs), Nassau, Suffolk, Rockland, Westchester	655 Third Avenue New York, NY 10017
Prime Health Choice LLC	Albany, Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Warren, Washington	3125 Emmons Ave Brooklyn, NY 11235 (855) 777-4630
RiverSpring at Home	NYC (All boroughs), Nassau, Suffolk, Westchester	94 West 225 <sup>th</sup> St., 2 <sup>nd</sup> Fl Bronx, NY 10463 (800) 370-3600
RiverSpring FIDA	NYC (All boroughs), Nassau, Westchester	94 West 225 <sup>th</sup> St., 2 <sup>nd</sup> Fl Bronx, NY 10463 (800) 950-9000
Senior Health Partners A Healthfirst Company	NYC (All boroughs), Nassau, Westchester	100 Church St., 18 <sup>th</sup> Fl New York, NY 10007 (866) 585-9280
Senior Network Health, LLC	Herkimer & Oneida	1650 Champlin Ave. Utica, NY 13502 (315) 624-4545
Senior Whole Health of New York MLTC	Bronx, Kings, New York, Queens	111 Broadway, Suite 1505 New York, NY 10006 (877) 353-0185

<b>Nombre</b>	<b>Condados Atendidos</b>	<b>Dirección Postal/Teléfono</b>
Senior Whole Health of New York MAP	Bronx, Kings, New York, Queens, Nassau, Westchester	111 Broadway, Suite 1505 New York, NY 10006 (877) 353-0185
Senior Whole Health FIDA	Bronx, Kings, New York, Queens	111 Broadway, Suite 1505 New York, NY 10006 (844) 861-3432
Total Senior Care, Inc.	Allegany, Cattaraugus, Chautauqua	519 North Union St Olean, NY 14760 (716) 379-8474
United Healthcare Personal Assist	NYC (All boroughs), Albany, Broome, Erie, Monroe, Oneida, Onondaga	77 Water St., 14th Fl New York, NY 10005 (877) 512-9354
VillageCareMAX	Bronx, Kings, New York, Queens	112 Charles St New York, NY 10014 (800) 469-6292
VillageCareMAX Full Advantage FIDA	Bronx, Kings, New York, Queens	112 Charles St New York, NY 10014 (800) 469-6292
VillageCare MAX Medicare Total Advantage	Bronx, Kings, New York, Queens	112 Charles St New York, NY 10014 (800) 469-6292
VNA Homecare Options, LLC	All upstate counties	1050 W. Genesee St. Syracuse, NY 13204 (315)477-9500
VNSNY CHOICE Managed Long Term Care	NYC (All boroughs), Albany, Columbia, Delaware, Dutchess, Erie, Fulton, Greene, Herkimer, Madison, Monroe, Montgomery, Nassau, Oneida, Onondaga, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Suffolk, Sullivan, Ulster, Warren, Washington, Westchester	1250 Broadway, 11th Fl New York, NY 10001 (866) 783-1444
VNSNY CHOICE Total	NYC (All boroughs), Nassau, Suffolk, Westchester	1250 Broadway, 11th Fl New York, NY 10001 (866) 783-1444
VNSNY CHOICE FIDA Complete	NYC (All boroughs), Nassau Approved in Suffolk & Westchester but not yet live	1250 Broadway, 11th Fl New York, NY 10001 (866) 783-1444
Wellcare Advocate MLTC	NYC (All boroughs), Albany, Erie, Orange, Nassau, Rockland, Suffolk, Ulster, Westchester	One New York Plaza, 15th Floor New York, NY 10004 (866) 661-1232

---

**Anexo G**  
Documentos Requeridos para la  
**Solicitud de Medicaid**

## DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA SOLICITUD DE MEDICAID

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **A. Prueba de identidad y relación de Familia - Requisito para el solicitante y cónyuge**

\_\_\_\_\_ Tarjeta de sindicato

\_\_\_\_\_ Tarjeta de Seguro Social

\_\_\_\_\_ Tarjeta de Medicare

\_\_\_\_\_ Uno de los siguientes:

Acta de nacimiento o registros de censos o certificado de bautismo o certificado de naturalización o pasaporte o visa o licencia de conducir o tarjeta de identificación para no conductores

\_\_\_\_\_ Papeles de baja militar

\_\_\_\_\_ Certificado de matrimonio o documentos de divorcio/separación

\_\_\_\_\_ Certificado de Defunción del cónyuge

\_\_\_\_\_ Tarjeta de seguro de salud privado y recibo de prima mensual

\_\_\_\_\_ Tarjetas C o D de Medicare y/o y las facturas mensuales de las primas (si corresponde)

\_\_\_\_\_ Otros

\_\_\_\_\_ **B. Residencia y vivienda - Requisito para el solicitante y cónyuge**

\_\_\_\_\_ Recibo de alquiler

\_\_\_\_\_ Facturas de servicios públicos, o de teléfono más actuales

\_\_\_\_\_ Escritura de residencia o certificados de acciones cooperativas

\_\_\_\_\_ Otros

\_\_\_\_\_ **C. Ingresos - Requisito para el solicitante y cónyuge**

\_\_\_\_\_ Talones de pensiones o de pago

\_\_\_\_\_ Pagos de distribución IRA mínimos mensuales obligatorios

\_\_\_\_\_ Pagos de manutención - papeles de divorcio o separación

\_\_\_\_\_ Carta de otorgamiento de los siguientes beneficios:

( ) Seguridad social (llame al 1-800-772-1213) para Beneficiarios de ingresos

( ) Pensiones de Veteranos o Militares

( ) Pensiones

( ) Retiro Ferroviario

( ) Dotación de Seguros

( ) Anualidad

( ) Discapacidad del Estado de Nueva York

( ) Compensación de trabajadores

- \_\_\_\_\_ Registros de la empresa, si trabaja por cuenta propia
- \_\_\_\_\_ Últimos cinco (5) años de declaraciones de impuestos sobre la renta, con Formularios 1099 (según disponibilidad)  
(Solo la ganancia más actual es necesaria para una solicitud de cuidados domiciliarios)
- \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **D. Recursos - Requerido para cuentas / acciones / bonos / pólizas que llevan el nombre del solicitante y cónyuge**

- \_\_\_\_\_ Todos los estados de cuenta bancarios, estados de cuentas IRA, fondos mutuos de inversión y los estados de cuenta de los últimos 60 meses (si la solicitud es para un hogar de ancianos) o los últimos 3 meses (si la solicitud es de atención domiciliaria), incluyendo las cuentas cerradas \*
- \_\_\_\_\_ Todas las libretas de cuentas bancarias de los últimos 60 meses (si la solicitud es para un hogar de ancianos) o los últimos 3 meses (si la solicitud es de atención domiciliaria), incluyendo las cuentas cerradas
- \_\_\_\_\_ Toda declaración de cuenta corriente de los últimos 60 meses (si la solicitud es para un hogar de ancianos) o los últimos 3 meses (si la solicitud es de atención domiciliaria), incluyendo las cuentas cerradas con todos los cheques (frente y dorso) por un monto de \$ 2.000 y más \*.
- \_\_\_\_\_ Pólizas de seguros de vida y el valor monetario actual
- \_\_\_\_\_ Certificados de acciones y bonos
- \_\_\_\_\_ Escrituras de bienes raíces o acciones de cooperativa
- \_\_\_\_\_ Cierre de documentos sobre ventas de propiedades
- \_\_\_\_\_ Información acerca de juicios pendientes
- \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**\*Toda la documentación financiera debe ir acompañada de una explicación de los depósitos y retiros de más de \$ 2.000. Por ejemplo, si se cierra una cuenta, debe proporcionar el nombre del banco y número de cuenta donde los fondos fueron transferidos, prueba de su recepción en esa cuenta, y una carta con el membrete de cuenta cerrada banco.**

---

## Anexo H

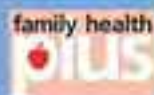
# Acceso a Cuidados Médicos en Nueva York Solicitud de Medicaid





access  
**NY**  
 health care

para Niños,  
 Adultos y  
 Familias



Presione aquí para regresar a la tabla de contenido

# INSTRUCCIONES

**DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD** Toda la información que usted proporcione en esta solicitud permanecerá confidencial. Las únicas personas que tendrán acceso a esta información son los Facilitadores de Inscripción, las agencias locales o estatales y los planes de asistencia médica que deban saberla para determinar si usted (el solicitante) y los miembros de su familia reúnen las condiciones. La persona que le ayuda a llenar esta solicitud no puede revelar esta información a nadie, excepto a su supervisor o a las agencias locales o estatales o a planes médicos que la necesiten.

**OBJETIVO DE ESTA SOLICITUD** Llene esta solicitud si desea que el seguro médico cubra sus gastos de salud. Esta solicitud puede utilizarse para solicitar Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, el Programa de Beneficios de Planificación Familiar o asistencia para pagar sus primas de seguros médicos. Usted puede presentar la solicitud para usted y/o sus familiares cercanos que vivan con usted.

SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD DEBIDO A UNA DISCAPACIDAD, LLAME AL DEPARTAMENTO LOCAL DE SERVICIOS SOCIALES. ELLOS HARÁN TODO LO POSIBLE PARA PROPORCIONAR LOS RECURSOS RAZONABLES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES.

**LEA** todo el folleto de solicitud antes de comenzar a llenarla. Si usted presenta la solicitud SÓLO para niños o si está embarazada y presenta la solicitud para usted sola, debe llenar sólo las Secciones de la A a la G y las Secciones I y J. Otros solicitantes deben llenar todas las secciones.

Si usted tiene 65 años o más, tiene un certificado que indica que está ciego o discapacitado o se encuentra internado en una institución y solicita cobertura para un hogar de ancianos, deberá llenar también el Suplemento A. El suplemento tiene preguntas sobre sus recursos, como el dinero que tiene en el banco o las propiedades que posee.

Cuando lea **ENVÍE COMPROBANTES** en la solicitud, consulte la sección "Documentación necesaria para solicitar seguro médico para obtener una lista de documentos probatorios admisibles.

**CÓMO OBTENER AYUDA** Cuando solicita un seguro médico público, usted **NO** tiene que ir al Departamento de Servicios Sociales local ni tener una entrevista con el Facilitador de Inscripción, pero **PUEDA** visitar a un Facilitador de Inscripción o comunicarse con él para que lo ayude a llenar esta solicitud. Puede obtener una lista de Facilitadores de Inscripción en donde recibió esta solicitud o llamando al 1-800-698-4543. **TODA AYUDA ES GRATUITA. (1-877-898-5849 línea TTY para personas con problemas auditivos)**

## SECCIÓN A Información del solicitante

Debemos poder comunicarnos con las personas que solicitan seguro de salud. La dirección particular es donde viven las personas que solicitan el seguro médico. La dirección postal, si fuera diferente, es donde usted desea que le enviemos las tarjetas del seguro de salud y las notificaciones sobre su caso. También puede informarnos si desea que otra persona obtenga información sobre su caso y/o hable sobre éste.

## SECCIÓN B Información sobre el núcleo familiar

Incluya información para todas las personas que vivan con usted aunque no soliciten el seguro médico. Es importante que incluya a todos los que viven con usted para que podamos tomar una decisión correcta sobre la aptitud para acceder al seguro. Indique el nombre de soltera (nombre legal antes del matrimonio), si corresponde. También indique la ciudad, el estado y el país de nacimiento. Si la persona nació fuera de los Estados Unidos, sólo escriba el país de nacimiento. También necesitamos, en el caso de cada solicitante, el nombre completo (nombre y apellido) de soltera de su madre. Esta información podrá ser utilizada para obtener una prueba de la fecha de nacimiento del solicitante ante ciertas circunstancias.

- **¿Está embarazada esta persona?** De ser así, ¿cuándo es la fecha estimada de parto? Esta información nos ayuda a determinar el tamaño de su familia. Una mujer embarazada cuenta como dos personas.
- **Parentesco con la persona anotada en la Línea 1.** Explique el parentesco de cada uno con la persona anotada en la Línea 1 (por ejemplo, cónyuge, hijo/a, hijastro/a, hermano/a, sobrino/a, etc.)

- **Cobertura de Salud Pública.** Si usted o alguna persona que viva con usted ya está o estuvo antes inscrito en Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, el Programa de Beneficios de Planificación Familiar o en cualquier otro tipo de asistencia pública, como Cupones para alimentos, debemos saberlo. Además, infórmenos el número de identificación que figura en la Tarjeta de Identificación de Beneficios del estado de Nueva York o en la tarjeta de identificación del plan de Child Health Plus.
- **Número de Seguro Social.** Se debe suministrar un Número del Seguro Social para todos los solicitantes, si la persona tiene uno. Si la persona no tiene un Número de Seguridad Social, deje la casilla en blanco.
- **Condición de ciudadanía y de inmigración.** Se requiere esta información solamente de las personas que solicitan seguro médico. No es necesario que las mujeres embarazadas respondan esta pregunta. Para tener derecho a recibir seguro médico, las personas de 19 años de edad o mayores, deben ser ciudadanos de los EE. UU. o pertenecer a una categoría de inmigrante que otorgue tal derecho. Debe traer o mostrar la documentación original de identidad o ciudadanía de los EE. UU o copias certificadas de dichos documentos. Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su zona o llame al 1-800-698-4543 para informarse a dónde puede enviar estos documentos. Tenga en cuenta que si usted está inscrita en Medicare o recibe el Beneficio de discapacidad del Seguro Social, pero todavía no tiene derecho a Medicare, no es necesario documentar su ciudadanía o identidad.

A partir del 1 de julio de 2010, los niños ciudadanos que tengan un Número de Seguridad Social no deberán entregar documentación de identidad o ciudadanía si reúnen las condiciones para Child Health Plus.

Los niños residentes del estado de Nueva York que no tengan otro seguro médico tienen derecho a éste, sin importar su condición de inmigración.



## DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La Oficina de Inmigración y Servicios de Ciudadanía (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) ha determinado que el estar inscrito en Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus o el Programa de Beneficios de Planificación Familiar NO PUEDE influir en la capacidad de una persona para obtener una tarjeta de inmigrante (green card), convertirse en ciudadano, costear los gastos de un familiar o viajar por el país y al exterior. Esto no es así si Medicaid está pagando por atención a largo plazo en lugares como una residencia de ancianos u hospital psiquiátrico.

**El Estado no informará al USCIS ninguna información contenida en esta solicitud.**

- **Raza o grupo étnico.** Esta información es opcional y nos ayudará a asegurarnos de que todas las personas tengan acceso a los programas. Si responde a esta pregunta, utilice el código que aparece en la solicitud que mejor describe la raza u origen étnico de cada persona. Puede elegir más de una alternativa.

## SECCIÓN C Ingresos familiares (dinero recibido)

- En esta sección, anote todo tipo de ingresos (dinero recibido) y las cantidades recibidas por las personas que anotó en la Sección B.
- Infórmenos cuánto gana antes de la deducción de impuestos.
- Si la familia no tiene ingresos, explique cómo paga sus gastos, como por ejemplo alimentación y vivienda.
- Debemos saber si usted cambió de empleo o si es estudiante.
- También debemos saber si usted le paga a otra persona o institución, como una guardería, para que cuide a sus niños o a un cónyuge o padre incapacitado mientras usted trabaja o asiste a la escuela. De ser así, debemos saber cuánto paga. Podríamos deducir una parte del monto que usted paga por estos gastos del monto que contamos como sus ingresos.

## SECCIÓN D Seguro médico

Es importante que nos diga si algún solicitante está cubierto, o podría estarlo, por el seguro médico de otra persona. Esta información puede influir en su aptitud para recibir cobertura; en el caso de algunos solicitantes, podemos deducir el monto que usted pague por seguro médico del monto que contamos como sus ingresos; o podríamos pagar el costo de su prima de seguro médico si determinamos que es eficiente en función de los costos.

Algunos niños que hayan estado cubiertos por un seguro médico patrocinado por el empleador en los últimos seis meses pueden estar sujetos a un período de espera antes de poder inscribirse en Child Health Plus. Esto dependerá de los ingresos de su familia y del motivo por



el cual sus hijos perdieron la cobertura patrocinada por el empleador.

NOTA: Los planes estatales de beneficios médicos brindan cobertura de seguro médico por medio del Programa de Seguro de Salud del Estado de Nueva York (NYSHIP). La cobertura se ofrece a los empleados o jubilados del gobierno del estado de Nueva York, la legislatura del estado (State Legislature) y el sistema unificado de tribunales (Unified Court System). Algunas agencias locales del gobierno, y distritos escolares también eligen participar en NYSHIP. Si no está seguro, verifique esto con su empleador. Si su hijo goza de los beneficios de un seguro médico del estado por medio del NYSHIP, él/ella no tendrá derecho a la cobertura de Child Health Plus.

Podríamos ayudarle a pagar las primas de su seguro médico si usted tiene o puede obtener seguro por medio de su empleo. Deberemos recopilar más información sobre el seguro y le enviaremos por correo un cuestionario del seguro.



## SECCIÓN E Gastos de la vivienda

Ingrese sus costos mensuales de vivienda. Esto incluye el alquiler, pago mensual de la hipoteca u otro pago relativo a la vivienda. Si usted paga una hipoteca, incluya la suma de impuestos a la propiedad que nos indique. Si usted comparte sus gastos de vivienda o su alquiler está subsidiado, infórmenos cuánto paga USTED por su alquiler o hipoteca. Si usted paga los servicios de agua que recibe, infórmenos el monto y la frecuencia de pago.

## SECCIÓN F Ciego, incapacitado, enfermo crónico o residente de un hogar de ancianos

Estas preguntas nos ayudan a determinar qué programa es el mejor para cada solicitante y qué servicios se podrían necesitar. Una persona con una discapacidad, enfermedad grave o elevadas facturas por servicios médicos podría obtener más servicios de salud. Usted puede tener una discapacidad si sus actividades diarias se ven limitadas por una enfermedad o condición que ha durado o se espera que dure por lo menos 12 meses. Si usted es ciego, discapacitado, enfermo crónico o necesita atención en un hogar de ancianos, debe llenar el Suplemento A. Si ni usted ni ninguno de los solicitantes es ciego, incapacitado, enfermo crónico ni reside en un hogar de ancianos, continúe en la Sección G.

## SECCIÓN G Preguntas adicionales sobre la salud

Si usted tiene facturas por servicios médicos de los últimos tres meses, ya sea que las haya pagado o no, Medicaid podría pagar esos costos. Infórmenos para quiénes son estas facturas y en qué meses se generaron. Adjunte copias de sus facturas médicas con esta solicitud. Nota: El período de tres meses comienza cuando el departamento de servicios sociales local recibe su solicitud o cuando usted se encuentra con un Facilitador de Inscripción. Usted debe informarnos cuáles fueron sus ingresos durante los meses anteriores en los que tuvo facturas por servicios médicos para que podamos evaluar si usted reúne las condiciones durante dicho período. También se le pregunta dónde residió en los últimos tres meses, ya que ello puede influir en nuestros recursos para pagar las facturas anteriores. Se le pregunta sobre algún juicio pendiente o problemas de salud causados por otra persona, para saber si alguien más debería pagar alguna parte de sus gastos de atención médica.

## SECCIÓN H

### Padre o cónyuge que no vive con el núcleo familiar o fallecido

- Si el cónyuge o padre/madre de alguno de los solicitantes está ausente, usted deberá llenar esta sección para que podamos verificar si se dispone de asistencia médica para usted o su hijo.
- Las mujeres embarazadas no tienen que responder estas preguntas mientras no hayan pasado 60 días desde el nacimiento de su hijo. Para tener derecho al seguro médico, los demás solicitantes de 21 años de edad o mayores deben estar dispuestos a suministrar información sobre los padres de un solicitante menor de edad o de un cónyuge que no viven en el hogar, a menos que hubiera una causa justificada. Ejemplo de “causa justificada” es el temor de sufrir usted o un miembro de su familia lesiones físicas o emocionales. La pregunta 2 se refiere al **PADRE/MADRE** de cualquier niño solicitante menor de 21 años. La pregunta 3 se refiere al **CÓNYUGE** de cualquier solicitante.
- Los padres tal vez no desean proporcionar esta información, pero el niño solicitante aún así puede reunir las condiciones para inscribirse en Medicaid o Child Health Plus.

## SECCIÓN I

### Selección del plan médico

**¿Qué es un Plan de Salud?** La solicitud de inscripción en programas por medio de Access NY Health Care puede implicar que usted obtenga su cobertura de atención médica mediante un plan de atención médica administrada. Cuando se afilia a un plan, usted elige un médico (proveedor de atención primaria o PCP) de ese plan para que le brinde atención primaria de salud. Si desea continuar con su médico, debe seleccionar el plan en el que ese médico esté inscrito. La atención de los planes de atención médica administrada está centrada en el cuidado preventivo para que los problemas pequeños no terminen siendo graves. Si necesita un especialista, su PCP lo derivará a uno.

**¿Quién debe elegir un Plan de Salud?** Las personas que reúnan las condiciones para inscribirse en Family Health Plus y Child Health Plus **DEBEN** elegir un plan de salud para recibir atención médica. **LA MAYORÍA** de las personas que reúnen las condiciones para inscribirse en Medicaid

**DEBEN** elegir un plan de salud para recibir la mayor parte de sus beneficios de Medicaid. Siga leyendo para averiguar cómo obtener más información sobre este tema.

#### ¿Cómo sé qué Plan de Salud elegir y si me puedo inscribir en él?

En el caso de Medicaid y Family Health Plus, si usted desea saber más sobre cómo funcionan los planes de atención médica administrada, si debe afiliarse y cómo elegir el plan, llame a **Medicaid CHOICE** al **1-800-505-5678**, o llame o vaya al Departamento de Servicios Sociales local. Solicite un Paquete educativo sobre planes de atención médica administrada. También puede obtener información sobre los planes de salud en el sitio Web del NYSDOH en [www.nyhealth.gov](http://www.nyhealth.gov). También puede inscribirse por teléfono, llamando al **1-800-505-5678**.

**NOTA:** Si se determina que usted o un miembro de su familia reúne las condiciones para Medicaid y vive en un condado en donde no se exige que las personas inscritas en Medicaid se afilien a un plan médico, se lo inscribirá de todos modos en el plan de salud que usted elija si éste ofrece Medicaid, a menos que marque la casilla en la solicitud que indica que usted no desea que lo inscriban o llama o escribe al Departamento de Servicios Sociales de su zona para informarnos que no desea ser inscrito.

### En el caso de Child Health Plus:

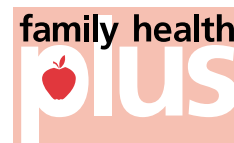
Para obtener información sobre los planes de Child Health Plus, llame al **1-800-698-4543**.

### Prima para Child Health Plus

No se pagan primas para Medicaid ni Family Health Plus. Puede haber una prima mensual para Child Health Plus. Use la tabla adjunta para determinar si usted debe pagar una prima según sus ingresos mensuales. Deberá incluir la prima del primer mes en la solicitud que llene o no se inscribirá a su hijo.

## SECCIÓN J Firma

Lea atentamente esta sección y la sección **Condiciones, derechos y responsabilidades**. Luego debe firmar y fechar la solicitud.



# ACCESS NY HEALTH CARE Medicaid / Family Health Plus / Child Health Plus

Antes de llenarla, **LEA** toda la solicitud y las **INSTRUCCIONES**. Escriba con claridad en letra de imprenta con tinta azul o negra. Las solicitudes incompletas no se pueden tramitar y demorarán la decisión sobre su cobertura.

## Sección A Información del solicitante

Indique quién es usted y cómo podemos comunicarnos con usted.

Nombre legal		Inicial del segundo nombre		Apellido legal	
N° de teléfono principal		Otro número		¿Qué idioma habla?	
<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro
<b>DIRECCIÓN PARTICULAR</b>		<b>ENVIÉ COMPROBANTES</b>		Apartamento#	
de las personas que solicitan seguro médico				Código postal	Condado
<input type="checkbox"/> Marque aquí si es una persona sin hogar				Apartamento#	
<b>DIRECCIÓN POSTAL</b>				Estado	Código postal
de las personas que solicitan seguro médico si es diferente a la anterior:				Estado	
<b>OPCIONAL:</b> Si hay otra persona que usted desea que reciba su correspondencia de Medicaid, indique la información de contacto de esa persona. Deseo que esta persona de contacto:				Código postal	
<input type="checkbox"/> Solicite o renueve Medicaid por mí				N° de teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Trate mi solicitud Medicaid o mi caso, si fuera necesario					
<input type="checkbox"/> Reciba avisos y correspondencia					

## Sección B

### Información sobre el núcleo familiar

Si usted reside en el hogar, empiece por usted. De lo contrario, comience con los adultos que residen en el hogar. Anote los nombres legales completos de las personas que solicitan o reciben Medicaid, Family Health Plus o Child Health Plus e incluya el Número de identificación de su Tarjeta de beneficios o de la tarjeta de su plan de salud. Usted debe proveer información de los miembros que residen en el hogar, como: padres, padres adoptivos y cónyuges. Usted también puede proveer información de otros miembros que residen en el hogar (por ej., un hijo a su cargo menor de 21 años). Si anota a otros miembros de la familia, puede permitirnos otorgarle un nivel de aptitud más alto para acceder al seguro. Las embarazadas y los menores de 19 años pueden tener derecho al seguro médico independientemente de su condición de inmigración.

Nombre, segundo nombre y apellido legales	Fecha de nacimiento	¿Esta persona está solicitando el seguro médico?	¿Esta persona está embarazada?	¿Esta persona padre/madre de un niño solicitante?	¿Cuál es el parentesco con la persona de la casilla 1?	Si la persona tiene o tuvo cobertura de salud en el pasado, marque la casilla que corresponda.	Número de Seguro Social (SI lo tiene)	Marque la casilla que indique su actual Condición de ciudadanía o de inmigración. No es necesario para embarazadas	*Raza/grupo étnico
01	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USTED	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/ Tarjeta del plan, si lo sabe:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración Mes / Día / Año <input type="checkbox"/> No inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores	
02	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/ Tarjeta del plan, si lo conoce:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración Mes / Día / Año <input type="checkbox"/> No inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores	

A partir de 07/01/10, los niños ciudadanos que tengan un número del seguro social no tienen que entregar documentación de identidad o ciudadanía si reúnen las condiciones para Child Health Plus.

**ENVIÉ COMPROBANTES** Consulte "Documentos necesarios para solicitar seguro médico" en las instrucciones de las páginas 1 a 3, "Lista de verificación de documentos para seguro médico", para obtener una lista de los documentos que demuestren su identidad, condición de ciudadanía o de inmigración.

\*Códigos de raza/grupo étnico (opcional): A-Asiático, B-Negro o afroamericano, I-Indígena americano o nativo de Alaska, P-Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico, W-Blanco, U-Desconocido. También indique si es usted hispano o latino - H DOH-4220 es 2/10 (página 1 de 9) NYS DOH (Continúa en la página 2)

**Sección B**

**Información sobre el núcleo familiar** (Viene de la página anterior)

Nombre, segundo nombre y apellido legales	Fecha de nacimiento <small>ENVÍE COMPROBANTES</small>	¿Esta persona está solicitando el seguro médico?	¿Esta persona está embarazada? <small>ENVÍE COMPROBANTES</small>	¿Esta persona es padre/madre de un niño solicitante?	¿Cuál es el parentesco con la persona de la casilla 1?	Si la persona tiene o tuvo cobertura de salud en el pasado, marque la casilla que corresponda.	Número de Seguro Social (Si lo tiene)	Marque la casilla que indique su actual Condición de ciudadanía o de inmigración. No es necesario para embarazadas <small>ENVÍE COMPROBANTES</small>	*Raza/grupo étnico
03 Nombre completo de soltera (nombre de la persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento      Estado de nacimiento      País de nacimiento Nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/Tarjeta del plan, si lo conoce:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración Mes / Día / Año <input type="checkbox"/> No Inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores		
04 Nombre completo de soltera (nombre de la persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento      Estado de nacimiento      País de nacimiento Nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/Tarjeta del plan, si lo conoce:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración Mes / Día / Año <input type="checkbox"/> No Inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores		
05 Nombre completo de soltera (nombre de la persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento      Estado de nacimiento      País de nacimiento Nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/Tarjeta del plan, si lo conoce:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración Mes / Día / Año <input type="checkbox"/> No Inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores		
06 Nombre completo de soltera (nombre de la persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento      Estado de nacimiento      País de nacimiento Nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/Tarjeta del plan, si lo conoce:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración Mes / Día / Año <input type="checkbox"/> No Inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores		
07 Nombre completo de soltera (nombre de la persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento      Estado de nacimiento      País de nacimiento Nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/Tarjeta del plan, si lo conoce:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración Mes / Día / Año <input type="checkbox"/> No Inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores		

¿Alguien en su hogar es veterano de guerra?  Sí  No si la respuesta es "sí", indique: \_\_\_\_\_

A partir de 07/01/10. Los niños ciudadanos que tengan un número del seguro social no tienen que entregar documentación de identidad o ciudadanía si reúnen las condiciones para Child Health Plus.

**ENVÍE COMPROBANTES** Consulte "Documentos necesarios para solicitar seguro médico" en las instrucciones de documentos para seguro médico, para obtener una lista de los documentos que demuestren su identidad, condición de ciudadanía o de inmigración.

\*Códigos de raza/grupo étnico (opcional): A-Asiático, B-Negro o afroamericano, I-Indígena americano o nativo de Alaska, P-Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico, W-Blanco, U-Desconocido. También indique si usted es hispano o latino-**H** NYS DOH DOH-4220 es 2/10 (página 2 de 9)



## Sección C Ingresos familiares

Anote la clase de ingresos y las cantidades recibidas por todas las personas en la lista de la Sección B y

ENVÍE COMPROBANTES

Ingresos por su empleo: Incluye sueldos, salarios, comisiones, propinas, pago por tiempo extra, empleo por cuenta propia. Si usted trabaja por cuenta propia, marque aquí:  Marque aquí si no tiene ingresos por su empleo:

Nombre de la persona	Clase de ingreso/Nombre del empleador	¿Cuanto? (antes de impuestos)	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, mensual)

Ingresos aparte de su empleo: Incluye Beneficios del Seguro Social, pagos por discapacidad, pagos del seguro de desempleo, intereses y dividendos, beneficios para veteranos de guerra, Compensación a los trabajadores, pagos por manutención de niños/pensión alimenticia, ingresos por renta, pensión, rentas vitales e ingresos de fondos de inversiones. Marque aquí si no recibe ingresos aparte de su empleo:

Nombre de la persona	Clase de ingreso/Origen	¿Cuanto? (antes de impuestos)	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, mensual)

Contribuciones: Dinero de parientes o amigos, pensionistas o inquilinos (incluya el dinero que reciba cada mes para ayudarle a cubrir sus gastos). Marque aquí si no recibe contribuciones:

Nombre de la persona	Clase de ingreso/Origen	¿Cuanto? (antes de impuestos)	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, mensual)

Asistencia temporal (en efectivo), ingresos suplementarios del seguro social (SSI), subvenciones para estudiantes o préstamos. Marque aquí si ninguna de las opciones le corresponde:

Nombre de la persona	Clase de ingreso/Origen	¿Cuanto? (antes de impuestos)	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, mensual)

1. Usted o la persona adulta que lo solicita en la Sección B, ¿carecen de ingresos?  No  Sí ¿Quien? \_\_\_\_\_

2. Si no ha declarado ingresos, explique cómo vive:  
(Por ej., si vive con amigos o familiares)

3. Usted o la persona que lo solicita, ¿han cambiado de trabajo o dejado de trabajar en los últimos tres meses?  No  Sí

Si responde "Sí": Su último trabajo fue: Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre del empleador:

4. Usted o la persona que lo solicita, ¿es estudiante de un programa de formación profesional, universitario o de posgrado?  No  Sí

Si responde "Sí":  Tiempo completo  Medio tiempo  Estudiante universitario  Nombre del estudiante:

5. ¿Tiene usted que pagar por el cuidado de los niños (o el cuidado de un adulto incapacitado) para poder trabajar o asistir a una institución docente?  No  Sí

Nombre del niño o adulto:	¿Cuanto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)
Nombre del niño o adulto:	¿Cuanto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)
Nombre del niño o adulto:	¿Cuanto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)

6. Si usted no reúne las condiciones para la cobertura de Medicaid o de Family Health Plus, de todos modos tal vez pueda acceder al Programa de Beneficios de Planificación Familiar. ¿Le interesa recibir sólo cobertura para los Servicios de Planificación Familiar?  No  Sí

## Sección D Seguro médico

Usted y su familia podrían reunir las condiciones aunque tengan otro seguro médico.

**ENVÍE COMPROBANTES**

1. ¿Alguno de los solicitantes tiene Medicare?  No  Sí

Si la respuesta es "sí", incluya una copia de su tarjeta (tarjeta roja, blanca y azul), para cada beneficiario de Medicare. Llene el resto de la solicitud y llene el Suplemento A.

2. ¿Alguno de los solicitantes tiene otro seguro médico comercial, incluso un seguro de atención médica a largo plazo?  No  Sí Si la respuesta es "sí", debe enviar una copia del anverso y reverso de la tarjeta del seguro junto con esta aplicación.

Nombre del asegurado (principal) \_\_\_\_\_ Personas cubiertas \_\_\_\_\_ Costo de la póliza \_\_\_\_\_ **ENVÍE COMPROBANTES**

Fecha cuando caduca la cobertura, si caducase dentro de poco \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nota: Si está solicitando sólo el Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), continúe en la Sección G. NO debe llenar el Suplemento A.

Mes Día Año

3. ¿Los padres o padres adoptivos de cualquiera de los niños solicitantes son empleados públicos que pueden obtener cobertura para la familia por medio de un plan de beneficios? (ver las instrucciones)  No  Sí

Si la respuesta es "sí", ¿paga la agencia pública donde trabaja esa persona una parte o la totalidad de este plan médico?  No  Sí

4. En los últimos 6 meses, ¿alguna de las personas de la solicitud ha perdido o cancelado algún tipo de seguro médico, proporcionado por un empleador?  No  Sí (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 5) Si la respuesta es "sí", ¿en qué fecha perdió la cobertura? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a comprender los motivos por los cuales las personas cambian sus seguros médicos. ¿Por qué ya no tienen seguro médico? (Marque una sola respuesta)

- 1. La persona que tenía el seguro ya no trabaja para el empleador que proporcionaba el seguro.
- 2. El empleador dejó de ofrecer el seguro médico.
- 3. El empleador dejó de ofrecer seguro médico para hijos o dejó de pagar el seguro médico para hijos, pero continuó pagando la cobertura para los padres empleados.
- 4. El costo del seguro médico subió y ya no entraba en el presupuesto.
- 5. Los programas Child Health Plus o Family Health Plus cuestan menos que el seguro que tenían antes.
- 6. Los programas Child Health Plus o Family Health Plus ofrecen mejores beneficios que el seguro que tenían antes.

5. ¿Su trabajo actual ofrece seguro médico? Quizás podamos ayudar a pagarlo.  No  Sí

Si la respuesta es "sí", se le enviará el formulario "Solicitud de Información - Seguro médico patrocinado por el empleador".

## Sección E Gastos de la vivienda

1. Pago mensual por la vivienda, como alquiler o hipoteca, incluso los impuestos a la propiedad (sólo su parte). \$ \_\_\_\_\_

2. Si usted paga el agua por separado, ¿cuánto paga? \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia paga?  cada mes  2 veces al año  trimestralmente (4 veces al año)  una vez al año

**ENVÍE COMPROBANTES**

3. ¿Recibe vivienda sin cargo como parte de pago?  No  Sí

## Sección F

### Ciego, incapacitado, enfermo crónico o residente de un hogar de ancianos

Estas preguntas nos ayudan a determinar cuál es el mejor programa para los solicitantes.

Si ninguno de los solicitantes es ciego, incapacitado, padece de una enfermedad crónica o reside en un hogar de ancianos, **DETÉNGASE AQUÍ** continúe en la Sección G.

1. ¿Está usted, o alguna persona que viva con usted y sea solicitante, en un centro de tratamiento residencial o recibe atención para ancianos en un hospital, hogar para ancianos u otra institución médica?  No  Sí

2. ¿Es usted o alguna persona que viva con usted ciego, incapacitado o enfermo crónico?  No  Sí Si la respuesta es "sí", termine de llenar esta solicitud Y llene el Suplemento A.

Nota: Si está solicitando sólo el Programa de ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), continúe en la Sección G. No debe llenar el Suplemento A.

## Sección G Preguntas adicionales sobre la salud

1. ¿Tiene alguno de los solicitantes facturas por servicios médicos o recetas pagas o sin pagar de este mes o de los 3 meses anteriores a éste? Medicaid podría pagar estas facturas o reembolsárselas.

No  Sí Si responde "sí": Nombre: \_\_\_\_\_ ¿De cuál/es de los tres meses anteriores a éste tiene facturas por servicios médicos?

**ENVÍE COMPROBANTES de sus ingresos de cualquier mes del período de tres meses en el que tenga facturas. Si tiene facturas por servicios médicos por las que solicita un reembolso, debe enviar copias y comprobantes de pago.**

2. ¿Tiene usted, o cualquier solicitante, facturas sin pagar por servicios médicos o recetas anteriores a ese período de tres meses?  No  Sí

3. ¿Usted, o cualquier solicitante que viva con usted, se ha mudado a este condado desde otro estado o del condado del estado de Nueva York en los últimos tres meses?  No  Sí

Si la respuesta es "sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿De qué estado? \_\_\_\_\_ ¿De qué condado? \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene alguno de los solicitantes un juicio pendiente debido a una lesión?  No  Sí Si la respuesta es "sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene alguno de los solicitantes una acción de Compensación a los trabajadores, lesión, enfermedad o discapacidad causada por otra persona (que pudiera ser cubierta por un seguro)?  No  Sí

Si la respuesta es "sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

## Sección H

### Padre o cónyuge que no vive con el núcleo familiar o que falleció

Las familias que solicitan la inscripción en Medicaid para sus hijos y las mujeres embarazadas **NO** deben llenar esta sección. Para tener derecho al seguro médico, los demás solicitantes de 21 años de edad o mayores deben estar dispuestos a suministrar información sobre los padres de un solicitante menor de edad o de un cónyuge que no viven en el hogar, a menos que hubiera una causa justificada. Los niños pueden ser elegibles aunque los padres no suministren esta información. Si usted teme sufrir daño físico o emocional por haber proporcionado información sobre un padre o cónyuge que no reside en el hogar, puede eximirse de proporcionar esta información. Esto se conoce como "Causa justificada". Tal vez se le pida demostrar que tiene un buen motivo por el cual temer.

1. ¿Falleció el cónyuge o el padre/madre de algún solicitante?  No  Sí

Si la respuesta es "sí", indique el nombre del solicitante cuyo cónyuge o padre/madre ha fallecido: \_\_\_\_\_ (Si el cónyuge o el padre/madre ha fallecido, pase a la pregunta 3).

2. ¿Vive en otra parte uno de los padres de alguno de los hijos solicitantes? (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 3)  No  Sí

Si usted teme sufrir daño físico o emocional si proporciona información sobre un padre que no reside más en el hogar, marque esta casilla

<b>Nombre del niño:</b>	<b>Nombre del padre que no reside en el hogar</b>	<b>Domicilio actual o último domicilio Conocido:</b>
	Fecha de nacimiento (si la sabe): ____/____/____	Calle: _____ Ciudad/Estado _____
	<b>Nombre del padre que no reside en el hogar</b>	<b>Domicilio actual o último domicilio Conocido:</b>
	Fecha de nacimiento (si la sabe): ____/____/____	Calle: _____ Ciudad/Estado _____
		SSN (si lo sabe): _____

3. ¿Hay algún solicitante que siga casado con alguien que no reside en el hogar?  No  Sí Si la respuesta es "sí", indique el nombre del solicitante que todavía esté casado: \_\_\_\_\_

Si usted teme sufrir daño físico o emocional si proporciona información sobre un cónyuge que no reside más en el hogar, marque esta casilla

<b>Nombre legal del cónyuge que no reside en el hogar:</b>	<b>Fecha de nacimiento (si la sabe):</b>	<b>Domicilio actual o último domicilio conocido:</b>
	____/____/____	Calle: _____ Ciudad/Estado: _____
		SSN (si lo sabe): _____

## Sección I Selección del plan médico

**Si usted recibe Medicare, DETÉNGASE AQUÍ no llene esta sección.**

**IMPORTANTE:** Las personas que cuenten con Family Health Plus y Child Health Plus **deben** elegir un plan médico para recibir sus servicios de salud. La mayoría de las personas inscritas en Medicaid **deben** elegir un plan médico; si usted no lo hace, podrá ser inscrito automáticamente en uno, salvo que se determine que usted está exento. **Para Medicaid y Family Health Plus:** Si necesita información sobre qué planes se encuentran disponibles en su condado, en qué plan está su médico y si debe afiliarse, llame a **New York Medicaid CHOICE** al 1-800-505-5678. También puede llamar o visitar el Departamento de Servicios Sociales de su zona. Para obtener información sobre los planes de Child Health Plus, llame al 1-800-698-4543. Si usted ya sabe qué plan desea, utilice esta sección para elegir un plan.

**NOTA:** Si se decide que usted o un miembro de la familia reúne las condiciones para Medicaid, lo inscribiremos en el plan médico que elija si ofrece Medicaid. Si usted vive en un condado donde no se exige que las personas inscritas en Medicaid se afilien a un plan médico, puede informarnos que no desea adherirse a un plan médico, llamando o escribiendo al Departamento de Servicios Sociales de su zona o marcando esta casilla

Apellido legal	Nombre legal	Fecha de nacimiento	Nº de Seguro Social	Nombre del plan de salud en el que se inscribe	Médico o centro de salud preferido (opcional) Marque la casilla si es su proveedor actual	Ginecólogo/Obstetra (opcional)
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	

## Sección J Firma

Estoy de acuerdo con la información contenida en esta solicitud y en la renovación anual sea compartida solamente entre Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, los planes de salud indicados en la Sección I, el distrito local de servicios sociales y la organización que proporciona ayuda con la solicitud. También consiento en compartir esta información con los centros de salud en las escuelas que proporcionan servicios a los solicitantes. Entiendo que dicha información se comparte para determinar si las personas que solicitan planes de Medicaid, Family Health Plus y Child Health reúnen las condiciones para tal fin o para evaluar el éxito de estos programas. Cada adulto solicitante debe firmar esta solicitud en el espacio que se indica a continuación. Firmo esta solicitud con el entendimiento de que cada persona que solicita Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus quedará inscrita en el programa apropiado, si reúne las condiciones. **También he leído y comprendo las Condiciones, Derechos y Responsabilidades incluidas en la página siguiente de este folleto de solicitud.** Certifico bajo pena de perjurio que todo lo que aparece en esta solicitud es cierto, a mi leal saber y entender.

Fecha

Firma del adulto solicitante o del representante autorizado para el solicitante

Fecha

Firma del adulto solicitante o del representante autorizado para el solicitante

## CONDICIONES, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Por medio de esta solicitud llena y firmada, solicito inscripción en Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus.

Entiendo que esta solicitud, las notificaciones y otra información adicional serán enviadas a los programas en los que solicito inscripción. Estoy de acuerdo con que se divulgue la información personal y financiera contenida en esta solicitud y cualquier otra información necesaria para determinar si se reúnen condiciones para estos programas. Entiendo que se me podría solicitar más información. Estoy de acuerdo con informar de inmediato cualquier cambio en la información que aparece en esta solicitud.

- Entiendo que debo proporcionar la información necesaria para comprobar que reúno las condiciones para cada programa. Si no me fuera posible obtener la información para Medicaid o Family Health Plus, se lo informaré al distrito de servicios sociales. En el distrito de servicios sociales podrían ayudarme a obtener dicha información.

- Si he presentado la solicitud en otro lugar que no sea el Departamento de Servicios Sociales local y se determina que mis niños no reúnen las condiciones para acceder a Medicaid en base a esta solicitud, puedo comunicarme con el Departamento de Servicios Sociales local para averiguar si mis hijos pueden obtener Medicaid en base a algo distinto.

- Entiendo que los trabajadores de los programas para los cuales mi familia o yo hemos presentado una solicitud, pueden verificar la información que he suministrado en esta solicitud. Las agencias que administran estos programas mantendrán esta información confidencial de acuerdo con la sección 1396a (a) (7) del Título 42 del Código de los EE. UU. y las secciones 431.300-431.307 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), y toda ley o regulación federal o estatal.

- Al presentar la solicitud para Child Health Plus, estoy de acuerdo con pagar la contribución de prima correspondiente que no pague el Estado de Nueva York.

- Entiendo que Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus no pagarán los gastos médicos que se supone deben pagar el seguro u otras personas, y que, si estoy presentando una solicitud para Medicaid o Family Health Plus, cedo a la agencia

todos mis derechos de intentar obtener y recibir apoyo médico de mi cónyuge o padres de personas menores de 21 años, y mi derecho de intentar obtener y recibir pagos de terceros durante todo el tiempo que reciba beneficios.

- Presentaré reclamaciones por beneficios de seguro médico o de accidente o de cualquier otro recurso al que tengo derecho. Entiendo que tengo derecho a alegar causa justificada

para no cooperar en el uso del seguro médico si tal uso pudiera causar daños a mi salud o seguridad o a la salud y seguridad de alguna persona de la que soy legalmente responsable.

- Entiendo que mi elegibilidad para estos programas no será afectada por mi raza, color o país de origen. También entiendo que, según los requisitos de estos programas individuales, mi edad, sexo, discapacidad o condición de ciudadanía podría ser una factor para determinar si reúno las condiciones.

- Entiendo que si mi niño es beneficiario de Medicaid o Family Health Plus, él o ella puede obtener atención primaria integral y atención médica preventiva, como el tratamiento necesario por medio del programa Child/Teen Health Program para niños y adolescentes. Puedo obtener más información sobre este programa en el Departamento de Servicios Sociales local.

- Entiendo que si alguien miente o esconde la verdad a sabiendas para poder recibir servicios bajo estos programas, está cometiendo un delito sujeto a multas federales y estatales y es posible que deba reembolsar el monto de los beneficios recibidos y pagar multas civiles. El Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York tiene derecho a revisar la información de este formulario referente a ingresos.

### NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

Child Health Plus: no es necesario el número de seguro social para inscribirse en Child Health Plus. De tenerlo, suministraré el número de seguro social de los niños para quienes solicito Child Health Plus. Medicaid, o Family Health Plus: Es necesario el número de seguro social de todos los solicitantes, a menos que la persona esté embarazada o sea un extranjero no calificado. No es necesario el número de seguro social de los miembros de mi núcleo familiar que no estén solicitando beneficios. Entiendo

que esto lo exige la ley federal en 42 U.S.C. 1320b-7 (a) y las regulaciones de Medicaid en 42 CFR 435.910. Los números del seguro social se utilizan de muchas maneras, tanto en el Departamento de Servicios Sociales (DSS) como entre éste y las agencias federales, estatales y locales en Nueva York y en otras jurisdicciones. Entre los usos del número de seguro social están: verificar la identidad, identificar y verificar ingresos por empleos y por motivos aparte del empleo, verificar si los padres sin la custodia de los hijos pueden tener cobertura de seguro médico para los solicitantes, averiguar si los solicitantes pueden recibir asistencia médica, y averiguar si los solicitantes pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Los SSN también se usan como identificación del beneficiario en y entre las agencias gubernamentales centrales de Medicaid para asegurar que los servicios adecuados estén a disposición del beneficiario. Además, si presento solicitudes para otros programas en esta solicitud conjunta, dichos programas tendrán acceso a mi número del seguro social y podrán usarlo en la administración del programa.

### SOLO PARA SOLICITANTES DE MEDICAID

#### • Divulgación de registros educacionales

Autorizo al Departamento de Servicios Sociales local y al estado de Nueva York para que obtengan toda la información necesaria relacionada con los registros educacionales de mis hijos aquí nombrados que fuera necesaria para pedir reembolsos por parte de Medicaid por servicios educativos relacionados con la salud y para brindar acceso a esta información a las agencias correspondientes del gobierno federal, solamente para fines de auditoría.

#### • Programa de Intervención Temprana

Si se evalúa a mis hijos o si participan en el Programa de Intervención Temprana del estado de Nueva York, autorizo al Departamento de Servicios Sociales local y al estado de Nueva York para que compartan con el Programa de Intervención Temprana de mi condado, la información de la aptitud de mis hijos para acceder a Medicaid para fines de facturar a Medicaid.



- **Reembolso de gastos médicos**

Entiendo que como parte de mi solicitud a Medicaid tengo derecho ahora, o más adelante, a solicitar la devolución de gastos que he pagado por cuidados médicos, servicios y suministros recibidos durante el período de tres meses anteriores al mes de mi solicitud. Después de la fecha de mi solicitud, el reembolso por atención médica, los servicios y suministros cubiertos sólo podrán obtenerse de proveedores registrados ante Medicaid.

## FAMILY HEALTH PLUS Y PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA DE MEDICAID

Sé que para recibir beneficios de Family Health Plus, debo afiliarme en un plan de atención médica administrada. También sé que en algunos condados se exige estar afiliado a un plan médico para recibir Medicaid. He leído cómo averiguar si mi condado exige que los inscritos en Medicaid se afilien a un plan médico y cómo averiguar qué planes están disponibles para mí en Family Health Plus y en el plan de atención médica administrada de Medicaid. Entiendo que si se me encuentra elegible para Family Health Plus, se me inscribirá en el plan de Family Health Plus que yo he seleccionado. También entiendo que si se me encuentra elegible para Medicaid en vez de Family Health Plus, y estoy o estamos en un condado donde se exige que las personas tengan un plan de atención médica administrada, quedará inscrito en el plan médico que seleccioné, a menos que ese plan no participe en el plan de atención médica administrada de Medicaid. Si yo/nosotros estoy/estamos en un condado en que no se exige a los inscritos estar en un plan de atención médica administrada de Medicaid, igualmente me/nos inscribirán en el plan que

seleccioné, a menos que notifique/mos por escrito al Departamento de Servicios Sociales local o marque/mos la casilla de la Sección I, que no deseo/deseamos participar en ese plan.

He leído cómo averiguar los derechos y beneficios que tendré como miembro de un plan de atención médica administrada y sus limitaciones.

Comprendo que tanto en Family Health Plus como en el plan de atención médica administrada de Medicaid, debo escoger un proveedor de atención primaria (PCP) y que podré escoger entre tres PCP de mi plan médico. Entiendo que una vez inscrito en un plan, tendré que recibir servicios de mi PCP y otros proveedores de mi plan médico, excepto en ciertas circunstancias especiales.

Entiendo que si tengo un bebé mientras soy miembro de un plan de atención médica administrada de Medicaid, mi bebé quedará inscrito en el mismo plan en que estoy yo. Entiendo que si tengo un bebé mientras soy miembro de un plan Family Health Plus que también participa en el plan de atención médica administrada de Medicaid, mi bebé quedará inscrito en el mismo plan en que estoy yo.

- **Divulgación de información médica**

Accedo a la divulgación de toda información médica mía y de todos miembros de mi familia por quienes yo pueda dar consentimiento:

- De parte de mi proveedor de atención primaria (PCP), cualquier otro proveedor de atención médica o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH) a mi plan médico o a cualquier proveedor de atención médica relacionado con mi cuidado y el de mi familia, según sea razonablemente necesario para que mi plan médico o mis proveedores realicen el

tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico. Esto puede incluir información sobre reclamaciones de farmacia y otras reclamaciones médicas necesarias para administrar mi atención médica;

- De parte de mi plan de salud o cualquier proveedor de cuidado médico al NYSDOH o a otras agencias federales, estatales y locales autorizadas para fines administrativos de los programas de Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus; y
- De parte de mi plan médico a otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario para que mi plan de salud realice el tratamiento, el pago o las operaciones de cuidado médico.

También accedo a que la información divulgada para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico pueda ser información sobre VIH, salud mental o alcoholismo y drogadicción relativa a mí o a miembros de mi familia, según lo permita la ley, hasta cuando yo cancele este consentimiento.

Si más de un adulto en mi familia se está afiliando a un plan de salud de Family Health Plus o Medicaid, se necesita la firma de cada adulto solicitante para permitir la divulgación de la información.

- **Reembolso de gastos médicos**

Entiendo que si se decide que reúno las condiciones para el Family Health Plus, mi inscripción tendrá vigencia, antes de los 90 días a partir de la fecha en que presente una solicitud llena. En caso de que haya un error o demora en mi inscripción, Medicaid podría reembolsarme dinero por los gastos médicos razonables que yo pague como resultado de dicho error o dicha demora. Medicaid puede pagar a mi proveedor cualquier gasto pendiente solamente si ese proveedor está inscrito en Medicaid.



## SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Debe llenarlo la persona que ayuda a hacer la solicitud

Firma de la persona que obtuvo la información sobre elegibilidad:

X \_\_\_\_\_

Empleado por: (marque uno)

- Agencia comunitaria de inscripción facilitada  Plan de salud  Distrito de Servicios Sociales  Agencia proveedora  
 Entidades habilitadas

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Lo debe llenar la persona que ayuda con la inscripción

Nombre de quien ayuda con la inscripción:

Agencia principal/Nombre del plan:

Identificación de la organización principal y del plan:  
 Ingrese el código del niño solicitante:

Fecha de inicio de la solicitud:

Nº de orden de la solicitud:

Fecha en que se llenó la solicitud:

Medicaid \_\_\_\_\_ CHPlus \_\_\_\_\_

Para uso del Distrito de Servicios Sociales local

Elegibilidad determinada por:

Fecha:

Elegibilidad aprobada por:

Fecha:

Oficina del centro:

Fecha de solicitud:

Número de identificación de la unidad:

Número de identificación del trabajador:

Nombre del caso:

Distrito:

Tipo de caso:

Nº de caso:

Fecha de vigencia:

Código MA del motivo de la disposición:

Apoderado:

Nº de registro:

Versión:

Para uso de los planes Child Health Plus

Disposición de CHPlus:

Código de denegación:

Fecha de vigencia:

Nº de niños inscritos (CHPlus):

- Aprobada  Denegada



**■ Seguro médico**

El seguro médico se ofrece a la mayoría de los niños no asegurados menores de 19 años, que viven en el estado de Nueva York por medio de uno de dos programas: Medicaid o Child Health Plus. Casi todos los niños son elegibles, sin

tener en cuenta cuánto gana su familia o cuál es la condición de inmigración de su niño.

El seguro médico está disponible a través de Medicaid y Family Health Plus para la mayoría de las personas de entre 19 y 64 años de edad que tienen ingresos limitados y son ciudadanos o corresponden a una de muchas categorías inmigratorias. Asimismo, para las personas de 65 o más años, las personas ciegas certificadas o discapacitadas certificadas con ingresos y recursos limitados, y que son ciudadanos o corresponden a una de muchas categorías inmigratorias, el seguro médico se ofrece a través de Medicaid.

**■ ¿Para qué programas soy elegible?**

Se utiliza una sola solicitud para los siguientes programas: Child Health Plus, Family Health Plus, Medicaid y el Programa de Beneficios de Planificación Familiar. Según la información que nos proporcione, le diremos cuál es el programa para el cual usted y/o sus niños podrían ser elegibles.

**■ ¿Cuáles son los servicios cubiertos?**

Se cubren servicios importantes, como controles médicos periódicos, medicamentos recetados, atención hospitalaria, exámenes de la vista, anteojos, servicios de salud mental, y muchos más. Los programas Medicaid y Family Health Plus ofrecen una garantía adicional para las personas menores de 21 años que cubre todos los tratamientos necesarios por medio de Child/Teen Health Program. No hay deducibles ni copagos en el seguro médico para niños.

El cuadro que sigue muestra la cantidad de ingresos (antes de impuestos) con los que puede obtener seguro de salud gratis o subsidiado. Para niños menores de 19 años, si su ingreso supera estos montos, su hijo puede obtener seguro de salud por un costo mayor.

FAMILIA TAMAÑO	LÍMITES DE INGRESOS MENSUALES			LÍMITES DE RECURSOS
	NIÑOS MENORES DE 19 AÑOS	MUJERES EMBARAZADAS	PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS SÓLO CIEGOS CERTIFICADOS O DISCAPACITADOS CERTIFICADOS	
1	\$903	\$3,610	*	\$13,800
2	\$1,822	\$4,857	\$2,429	\$20,100
3	\$2,289	\$6,104	\$3,052	\$23,115
4	\$2,757	\$7,350	\$3,675	\$26,130
5	\$3,224	\$8,597	\$4,299	\$29,145
6	\$3,692	\$9,844	\$4,922	\$32,160
7	\$4,159	\$11,090	\$5,545	\$35,175
8	\$4,627	\$12,337	\$6,169	\$38,190

Nota: Vigente a partir del 1 de enero de 2009. Los niveles de ingresos cambian cada año. Esta es solamente una guía. Los adultos sin niños pueden tener niveles de ingreso más bajos. \*Las mujeres embarazadas cuentan como como dos para determinar el tamaño de la familia.

Familia Tamaño	PRIMAS PARA CHILD HEALTH PLUS						
	Gratis	\$9 por niño por mes (máx. \$27)	\$15 por niño por mes (máx. \$45)	\$30 por niño por mes (máx. \$90)*	\$45 por niño por mes (máx. \$135)*	\$60 por niño por mes (máx. \$180)*	Prima total por niño
1	\$1,443	\$2,004	\$2,257	\$2,708	\$3,159	\$3,610	MÁS DE \$3,610
2	\$1,942	\$2,696	\$3,036	\$3,643	\$4,250	\$4,857	MÁS DE \$4,857
3	\$2,441	\$3,388	\$3,815	\$4,578	\$5,341	\$6,104	MÁS DE \$6,104
4	\$2,939	\$4,080	\$4,594	\$5,513	\$6,432	\$7,350	MÁS DE \$7,350
5	\$3,438	\$4,772	\$5,373	\$6,448	\$7,523	\$8,597	MÁS DE \$8,597
Por cada persona adicional Agregar:	\$499	\$692	\$780	\$935	\$1091	\$1247	

\*Vigente a partir del 1 de julio de 2009. Los niveles de ingresos cambian cada año. Tenga en cuenta que la cobertura de niños menores de un año es gratis a niveles de ingresos superiores.

**■ ¿Cuánto debo pagar para participar?**

El costo que usted debe pagar depende de sus ingresos familiares. Para la mayoría de las familias, el seguro médico es gratuito. Otras familias deben pagar una pequeña suma.

**■ ¿Cómo recibiré los servicios médicos?**

Las personas elegibles para Family Health Plus y Child Health Plus recibirán la atención médica a través de planes de seguro médico con sus propios grupos de médicos y hospitales. Antes de unirse a un plan, asegúrese de que sus médicos pertenezcan al plan.

La mayoría de las personas elegibles para Medicaid DEBEN, además, elegir un plan médico. Recibirán su atención médica a través del plan médico. En algunas zonas del estado, es posible que no haya planes médicos. En estas zonas, las personas pueden acudir a cualquier médico que acepte Medicaid. Debe hablar con su médico para averiguar qué tipo de seguro acepta.

**■ ¿Qué debo hacer para inscribirme?**

La solicitud para seguro médico es ahora más fácil que nunca. Hay muchos lugares en su vecindario donde puede obtener ayuda. Estos lugares cuentan con personal amable y experimentado que está disponible los fines de semana y por las tardes para responder a todas sus preguntas y ayudarle con su solicitud.

Ya no es necesario tener una entrevista personal para inscribirse en Family Health Plus o Medicaid. Puede enviar su solicitud completa por correo o entregarla personalmente en el departamento de servicios sociales de su localidad. Si solicita únicamente Child Health Plus, puede enviar su solicitud llena por correo directamente al plan médico Child Health Plus.

**■ ¿Qué programas están disponibles para las mujeres embarazadas?**

El Estado de Nueva York ofrece seguro médico gratuito a través de Medicaid para muchas mujeres embarazadas con ingresos limitados, independientemente de su condición de inmigración. Las mujeres embarazadas que participan en Medicaid pueden recibir una variedad de servicios diseñados para asegurar un embarazo sano, como visitas prenatales, educación sobre la salud y cuidado médico especializado. Los servicios continúan hasta dos meses después del fin del embarazo. Los servicios de planificación familiar están disponibles hasta 24 meses después de que termine el embarazo. Una vez que nazca el bebé, él o ella automáticamente recibirá seguro médico por un año.

**■ ¿Qué es el Programa de beneficios de planificación familiar?**

Este programa cubre servicios de salud, medicamentos y suministros para mantener la salud reproductiva. Hombres y mujeres en edad fértil pueden ser elegibles.

**■ Llame si necesita ayuda:**

Para averiguar la sede más cercana donde se presta asistencia con la solicitud en su zona, llame:

**Para adultos: 1-877-9FHPLUS**  
**Para niños: 1-800-698-4543**

# Complemento A

(Complemento de la solicitud de Access NY Health Care DOH-4220)

## Este complemento debe completarse si quien presenta 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 un hogar de ancianos.  
Esto incluye atención hospitalaria que sea equivalente a la atención en un hogar de ancianos.

**Nota:** Si está presentando su solicitud solo para el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP), no es necesario completar este complemento.

### INSTRUCCIONES:

- Debe completar las Secciones de la A a la E y firmar este complemento.
- Si usted o alguien en su grupo familiar solicita cobertura de atención en un hogar de ancianos, también debe completar también las Secciones de la F a la G.

## A. Información del solicitante y del cónyuge

### 1. Solicitantes para quienes se llena este Complemento:

Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Estado civil	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Si ya falleció, coloque la fecha de fallecimiento
					/ /	/ /
					/ /	/ /

### ¿Alguna de las personas antes mencionadas:

- tiene una enfermedad crónica?  Sí  No  
*(Ejemplos de enfermos crónicos son las personas que no pueden trabajar al menos por 12 meses debido a una enfermedad o lesión, o debido a que tienen una enfermedad o discapacidad que haya durado o se espere que dure 12 meses).*
- tiene una ceguera certificada por la Comisión como ceguera y discapacidad visual?  Sí  No  
**(Si la respuesta es sí, envíe un comprobante).**
- está interesado en presentar una solicitud para el Programa MBI-WPD?  Sí  No  
*El programa de Compra de Medicaid para personas con discapacidades que trabajan (Medicaid Buy-In 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 que aún no tienen 65 años de edad. El programa permite niveles de ingresos más altos que el programa regular de Medicaid, de manera que las personas con discapacidad que trabajen puedan ganar más y mantener su cobertura de Medicaid.*

**Si el solicitante vive en un hogar de ancianos o en un centro de atención de largo plazo, hogar para adultos o en un hogar de vida asistida, proporcione la siguiente información.**

Nombre del solicitante que se encuentra en el centro	Nombre del centro	Fecha de admisión / /	Número de teléfono ( ) -
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección anterior del solicitante	Ciudad	Estado	Código Postal

**Si la dirección anterior que se indicó anteriormente también era del centro o del hogar de ancianos, coloque la dirección que tenía antes de su admisión.**

La penúltima dirección del solicitante	Ciudad	Estado	Código Postal
--	--------	--------	---------------

**2. Cónyuge del solicitante: (si no se mencionó anteriormente)**

Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	
Nombre de soltero(a) u otro nombre que use:	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento / /	
Dirección (si está en un centro, coloque la dirección del cónyuge antes de que se admitiera en el centro)			
Ciudad		Estado	Código Postal

**¿Vive el solicitante en un hogar de ancianos o en un centro de atención a largo plazo?**

Sí  No

Si la respuesta es **sí**, proporcione la siguiente información:

Nombre del centro	Fecha de admisión / /	Número de teléfono ( ) -	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

**¿Falleció ya el cónyuge del solicitante?**

Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿cuál es la fecha de fallecimiento? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## B. ¿Qué servicios o atención está solicitando? (marque la casilla que corresponda)

- 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 en este momento. Si los datos en la computadora muestran diferencias con lo que usted reportó, es posible que le pidan que presente los comprobantes en una fecha posterior.

Esta cobertura no incluye atención en un hogar de ancianos, atención en el hogar ni ningún otro servicio de atención a largo plazo comunitario que se enumera posteriormente.\*

- Usted solicita la cobertura de los servicios comunitarios de atención de largo plazo.** Debe enviar la documentación del monto **actual** de sus recursos. Sin embargo, en este momento solo debe enviar la documentación de ciertos recursos. Consulte a continuación los “Requisitos de documentación” para ver la lista de estos recursos.

Esta cobertura incluye los siguientes servicios:\*

- Atención médica de día para adultos
- Atención domiciliaria autorizada limitada
- Servicios de enfermería privada
- Centro de Cuidados Paliativos en la Comunidad
- Programa de Residencia en Centro para Cuidados Paliativos
- Programa de Hogar de Vida Asistida
- Programa de Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor
- Servicios certificados de la agencia de atención médica en el hogar
- Atención en un Centro de Tratamiento Residencial
- Servicios personales de respuesta en caso de emergencias
- Servicios de atención personal
- Atención administrada de largo plazo en la comunidad
- Exención y otros servicios proporcionados a través de un hogar o de un programa de desistimientos comunitario

**Nota: Entre los programas basados en la comunidad y el hogar que proporcionan exenciones y otros servicios están: el Programa de Lesiones Cerebrales Traumáticas y el Programa de Transición y Desviación a un Hogar de Ancianos.**

- Está hospitalizado y solicita la cobertura de atención en un hogar de ancianos.** Se requiere documentación de sus recursos de los **últimos 60 meses**. Sin embargo, en este momento solo debe enviar la documentación de ciertos recursos. Consulte a continuación los “Requisitos de documentación” para ver la lista de estos recursos.

\*Usted podría ser elegible para obtener 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 un hogar de ancianos o atención médica certificada en el hogar.

## REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN

Si está solicitando cobertura para **servicios comunitarios de atención de largo plazo** o **atención en un hogar de ancianos**, proporcione documentación del período antes mencionado para los siguientes recursos, si corresponde.

- Póliza de seguro de vida;
- Títulos de valor, acciones, bonos y fondos mutuos;
- Pensiones anuales;
- Contrato o fondos funerarios;
- Documentos de fideicomisos y cuentas.

**No tiene que enviar comprobantes de ningún otro recurso en este momento.** Esto se debe a que se pueden verificar los otros recursos a través de las coincidencias en la computadora. Si los recursos que reporta no coinciden con nuestros registros o si no se pueden verificar por medio de nuestros registros, podríamos solicitarle más adelante que nos envíe el comprobante de esos otros recursos.

## C. Recursos/Bienes

### INSTRUCCIONES PARA LAS SECCIONES 1 A 8:

- Enumere todos los recursos que usted o su cónyuge o padres poseen actualmente, incluidas las cuentas de custodia.
- Marque la casilla “NINGUNO” si usted, su cónyuge o uno de sus padres posee cualquiera de esos recursos.
- Si solicita cobertura de atención en un hogar de ancianos, también enumere cualquier cuenta CANCELADA en los últimos 60 meses; incluya el saldo en la cancelación y proporcione una explicación de dónde se transfirió el saldo o cómo lo gastó. En otra hoja, proporcione una explicación de cada transacción de \$2,000 o más.  
Nota: Medicaid se reserva el derecho de revisar todas las transacciones realizadas durante el período retroactivo de transferencia.

### 1. Cuenta monetaria, de ahorros, cuentas de cooperativas de crédito, certificados de depósitos (CD): NINGUNO

Nombre del banco	Número de cuenta	Nombre de los propietarios	Saldo actual de la cuenta	Cuentas canceladas	
				Fecha de cancelación	Saldo en la cancelación
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$

### 2. Cuentas de jubilación (Compensación diferida, IRA o Keogh): NINGUNO

Nombre de la organización	Número de cuenta	Nombre de los propietarios	Pago	Saldo actual de la cuenta	Cuentas canceladas	
					Fecha de cancelación	Saldo en la cancelación
			<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. Pensiones anuales, acciones, bonos, fondos mutuos: NINGUNO

Nombre de la organización/compañía	Número de cuenta	Nombre de los propietarios	Fecha en que realizó la compra	Valor actual	Cuentas canceladas	
					Fecha de cancelación o venta	Valor en la cancelación
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$



**4. Pólizas de seguro de vida:**

NINGUNO

Compañía de seguros	Número de póliza	Nombre de los propietarios	Valor comercial actual	Valor nominal actual	Pólizas canceladas	
					Fecha de cancelación	Valor monetario
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$

**5. Activos funerarios , contratos funerarios: (incluya copias):**

NINGUNO

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

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

c. ¿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 de los propietarios	Valor
		\$
		\$
		\$

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

Si la respuesta es **sí**, ¿cuáles son sus números de póliza? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es **sí**, ¿se usará todo el valor monetario para sus gastos funerarios?  Sí  No

e. ¿Tiene su cónyuge un seguro de vida para usarlo como fondo funerario?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿cuáles son los números de póliza? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es **sí**, ¿se usará todo el valor monetario para los gastos funerarios?  Sí  No

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

NINGUNO

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

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

NINGUNO

Nombre de los propietarios	Año, marca, modelo	Valor justo de mercado	Cantidad adeudada	¿Está en uso?	Fecha de venta
			\$	<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. Enumere cualquier otro recurso:**

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

**D. Patrimonio**

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

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

¿Quién vive en la casa? \_\_\_\_\_

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

Si usted o el hijo de su cónyuge (de cualquier edad) viven 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. **Envíe el comprobante del impedimento legal.**

3. Valor comercial de la casa:  
Si es propietario de su casa, ¿cuál es el valor comercial de su casa? \$ \_\_\_\_\_

**Nota:** El valor comercial es el valor justo del mercado menos los gravámenes, hipotecas, etc.

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

¿Poseen usted o su cónyuge una propiedad o un interés legal en cualquier otro bien inmueble?  Sí  No  
(marque la opción que corresponda)

- Inmuebles en alquiler    
  Propiedades para vacacionar    
  Tiempo compartido    
  Terrenos baldíos    
  Otros derechos de propiedad (dentro o fuera del estado de Nueva York)

Si la respuesta es **sí**, proporcione la siguiente información:

Nombre y dirección de los propietarios	Dirección de la propiedad	Tipo de propiedad (marque una)	Valor neto
		<input type="checkbox"/> Persona individual <input type="checkbox"/> Copropiedad <input type="checkbox"/> Usufructo vitalicio	\$
		<input type="checkbox"/> Persona individual <input type="checkbox"/> Copropiedad <input type="checkbox"/> Usufructo vitalicio	\$
		<input type="checkbox"/> Persona individual <input type="checkbox"/> Copropiedad <input type="checkbox"/> Usufructo vitalicio	\$
		<input type="checkbox"/> Persona individual <input type="checkbox"/> Copropiedad <input type="checkbox"/> Usufructo vitalicio	\$

**DETÉNGASE AQUÍ** excepto si usted o alguien en su grupo familiar esté hospitalizado y solicite cobertura para recibir atención en un hogar de ancianos. Sin embargo, la Sección I de este documento **DEBE** estar firmada.

## F. Transferencias de activos

### 1. Transferencias

- a. En los últimos 60 meses, ¿transfirió usted, su cónyuge o alguien más en su nombre, transfirió una propiedad, cedió o vendió cualquier activo, incluido su casa u otro bien inmueble?  Sí  No
- b. En los últimos 60 meses, ¿ha creado o transferido usted o su cónyuge cualquier activo dentro o fuera de un fideicomiso?  Sí  No

**Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas anteriores, explique las transferencias siguientes. Adjunte hojas adicionales, si es necesario.**

Descripción de los activos (incluso los ingresos)	Fecha de la transferencia	Transferencia hecha a	Cantidad de la transferencia
			\$
			\$
			\$
			\$

- c. ¿Está en proceso de venta de la propiedad?  Sí  No
- d. En los últimos 60 meses, ¿cambió usted, su cónyuge o alguien más en su nombre, el acta o la titularidad de cualquier bien inmueble, incluida la creación de un usufructo vitalicio?  Sí  No  
Si su respuesta es sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_
- e. Si adquirió un usufructo vitalicio sobre la casa de otra persona, ¿vivió en la casa al menos un año después de haber comprado el usufructo vitalicio?  Sí  No
- f. En los últimos 60 meses, ¿obtuvo usted, su cónyuge o alguien en su nombre una hipoteca, un préstamo o un pagaré?  Sí  No  
Si su respuesta es sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_
- g. En los últimos 60 meses, ¿cambió u obtuvo usted, su cónyuge o alguien en su nombre una pensión vitalicia?  Sí  No  
Si su respuesta es sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha realizado usted, su cónyuge o alguien que actúe en su nombre un depósito a cualquier centro de atención médica o centro residencial, tal como un hogar de ancianos, centro de vida asistida, comunidad de retiro de atención continua o comunidad de atención vitalicia?  Sí  No

**Si su respuesta es sí, envíe la copia del contrato.**

## G. Devoluciones de impuestos

- ¿Han presentado usted o su cónyuge declaraciones de impuestos en EE.UU. en los últimos cuatro años?  Sí  No

**Si la respuesta es sí, envíe las copias completas de estas devoluciones, incluidas todas las programaciones y anexos.**

## H. Información importante

### ■ Gravámenes en bienes raíces

Al recibir Medicaid, se podría presentar un embargo y es posible que se solicite la recuperación de sus bienes inmuebles bajo determinadas circunstancias si usted está en una institución médica y no se espera que regrese a casa. Los pagos que efectuó Medicaid en su nombre se podrían recuperar de las personas que tenían la responsabilidad legal de su manutención en el momento en que se obtuvieron los servicios médicos. Medicaid también puede recuperar el costo de servicios y primas pagadas de forma incorrecta.

### ■ Transferencia de bienes

Las leyes federales y estatales establecen que una persona podría no cumplir con los criterios para recibir servicios en un hogar de ancianos por cierto período, si la persona o el cónyuge de la persona transfiere un bien por una cantidad menor que el valor justo de mercado dentro del período previo. Por período previo se entiende que son los 60 meses previos a la fecha en que la persona fue internada y solicitó Medicaid.

### ■ Pensiones anuales

Como condición de la cobertura de Medicaid para los servicios en los hogares de ancianos, 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 para una renta vitalicia por parte del solicitante o el cónyuge del solicitante dentro del período previo, pueden 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 lo 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 recibir la cobertura servicios en centros de servicios en un hogar de ancianos.

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.

## I. Certificación y autorización

Certifico bajo pena de falso testimonio 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.

Si la elegibilidad depende del monto de los recursos míos y de mi cónyuge, al firmar esta solicitud autorizo la verificación de otros recursos con instituciones financieras con el fin de determinar la elegibilidad. Ambos cónyuges deben firmar a continuación. Esta autorización terminará si mi solicitud para Medicaid es rechazada o si ya no soy elegible para recibir Medicaid, o si revoco/revocamos esta autorización en una declaración por escrito ante mi Departamento local de Servicios Sociales.

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE

X \_\_\_\_\_  
FECHA DE LA FIRMA

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

X \_\_\_\_\_  
FECHA DE LA FIRMA

## 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 inglés), 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

Senior Law Day  
Programa Sobre Leyes  
para Personas Mayores



# OPCIONES DE PATROCINIO

# PROGRAMA SOBRE LEYES PARA PERSONAS MAJORES





**Patrocinio Publicitario: \$1,500**

- ♦ Lista de prioridad en todos los anuncios impresos y digitales (Enumerado primero y en negrita en el Programa y en cualquier otra lista alfabética de patrocinadores (sin diferenciación en la página del Logotipo del patrocinador)
- ♦ Reconocimiento de logotipo/nombre en el evento y en el sitio web del evento
- ♦ Distribución de los propios materiales publicitarios impresos de su organización en el evento en nuestras tablas de información

**Patrocinio de miembros del comité: \$1,000**

- ♦ Lista en todos los anuncios impresos y digitales
- ♦ Reconocimiento de logotipo/nombre en el evento y en el sitio web del evento
- ♦ Distribución de los materiales publicitarios propios de la organización en el evento

**Día de los Amigos de las leyes para la tercera edad (Friends of Senior Law Day): \$350**

- ♦ Lista de nombres individuales en el programa impreso bajo Día de los Amigos de las leyes para la tercera edad

Nombre del Patrocinador \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto (si difiere del anterior) \_\_\_\_\_

Nombre Comercial/de la Organización \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono / Fax \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Monto autorizado: \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Adjunto se encuentra un cheque a la orden de: Westchester Public/Private Partnership for Aging Services o

\_\_\_\_ Cárguese \$ \_\_\_\_\_ a mi: Visa \_\_\_\_\_ MasterCard \_\_\_\_\_

Fecha de Caducidad \_\_\_\_\_ N.º de Tarjeta \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_

Nombre impreso tal cual figura en la tarjeta \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Envíe este formulario de registro por correo, correo electrónico o fax.**

Ms. Martha Marzano, c/o DSPS 10th Fl., 9 South First Avenue, Mount Vernon, New York 10550

**Teléfono:** (914) 813-6435 **Fax:** (914) 813-6296 **Correo electrónico:** [mmm0@westchestergov.com](mailto:mmm0@westchestergov.com)

*Los programas diurnos de Derecho para la Tercera Edad están amparados bajo el estatus 501(c)(3) de Westchester Public/Private Membership Fund for Aging Services Inc. (Identificación fiscal #:13-3631718).*



George LaGina, Ejecutivo del Condado de Westchester  
Mesa Corporativa, Comisariado  
Desarrollo de Programas y Servicios Para Personas Mayores



