

Atención a largo plazo en un centro de enfermería: Lista de control para la solicitud

Use esta lista de control y lista de consejos cuando usted o su representante autorizado solicite beneficios de atención a largo plazo (LTC) de MassHealth. Los beneficios de LTC se otorgan a personas que buscan cobertura para convalecencia en un centro de enfermería especializada. Para obtener el beneficio de LTC, usted o la persona designada como su representante autorizado (ARD) debe completar al menos estos dos formularios:

- [Solicitud de cobertura de salud para personas de la tercera edad y personas que requieren servicios para atención a largo plazo y](#)
- [Atención a largo plazo y Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad \(Suplemento A\).](#)

Las solicitudes pueden presentarse antes de presentar las verificaciones necesarias. Trate de presentar todas las verificaciones que pueda junto con la solicitud.

Proceso para la solicitud de atención a largo plazo

Para personas mayores de 65 años que solicitan beneficios de atención a largo plazo

- Cuando MassHealth reciba su solicitud para beneficios de LTC, se la asignará a un asistente de admisiones de LTC de un Centro de Inscripción de MassHealth (MEC). Las solicitudes se revisarán en el orden en que se reciban.
- Una vez que el asistente de admisiones haya revisado su solicitud, MassHealth le enviará una carta donde le pedirá que presente más documentos para decidir si usted califica para recibir el beneficio. Para enviar los documentos, usted tendrá 30 días a partir de la fecha de la carta.

MassHealth tendrá hasta 45 días para decidir si el solicitante califica para recibir beneficios de LTC. Si usted solicita estos beneficios debido a una discapacidad y envía el formulario por discapacidad, el proceso de revisión puede llevar hasta 90 días. MassHealth les enviará por correo un aviso de la decisión al solicitante y a la persona designada como su representante autorizado.

Para personas menores de 65 años que solicitan beneficios de atención a largo plazo

MassHealth, la Administración del Seguro Social (SSA) o la Comisión para los No Videntes de Massachusetts debe identificar que la persona tiene una discapacidad antes de que MassHealth pueda brindarle servicios de atención a largo plazo.

Si ninguno de los organismos mencionados ha identificado una discapacidad del solicitante, por favor, haga lo siguiente:

1. complete el [Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth](#),
2. complete la [Autorización para divulgar información de salud protegida](#). Complete ambos lados de los formularios para cada proveedor de servicios médicos nombrado y
3. envíelos a los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth o a su asistente de casos de LTC. Para encontrar maneras de presentar la información, visite www.mass.gov/how-to/apply-for-masshealth-the-health-safety-net-or-the-childrens-medical-security-plan.

Revisar un *Suplemento de discapacidad* puede llevar hasta 90 días.

El [Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth](#) será procesado solo si el solicitante ya es afiliado de MassHealth o si se presenta una nueva solicitud de MassHealth.

Lista de control

	Solicitante	Cónyuge	No corresponde
En la primera página de la Solicitud de cobertura de salud para personas de la tercera edad y personas que requieren servicios para atención a largo plazo , seleccione "Atención a largo plazo" y escriba el nombre del solicitante, y, en el renglón siguiente, rotulado "Cónyuge", el nombre de su cónyuge, si tuviera. <i>La Persona 1 es la que solicita los beneficios de LTC. La Persona 2 es su cónyuge, si tuviera.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responda todas las preguntas para el solicitante y para su cónyuge con "Sí" o "No". (Si están casados, la sección de la Persona 2 debe completarse, aunque el cónyuge no sea quien hace la solicitud.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firme la solicitud y escriba la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complete, firme y feche el formulario Atención a largo plazo y Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Suplemento A) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si presenta la solicitud en nombre del solicitante como la persona designada para ser su representante autorizado (ARD), asegúrese de completar y de enviar junto con la solicitud el Formulario de designación del representante autorizado (ARD) . Si la sección 3 del Formulario de ARD está completada, por favor, adjunte los documentos legales que demuestran su autoridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Solicitante	Cónyuge	No corresponde
Presente el formulario Cambio de estado (SC-1), que generalmente envía el personal del centro de enfermería. El formulario SC-1 proporciona información sobre la admisión del solicitante en el centro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presente el formulario Nivel de atención (LOC) que muestra la elegibilidad clínica, que generalmente envía el personal del centro de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presente el comprobante de pago privado y de estado de la cuenta de necesidades personales (PNA) del centro, que generalmente envía el personal del centro de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para personas menores de 65 años a quienes MassHealth, la Administración del Seguro Social (SSA) o la Comisión para los No Videntes de Massachusetts <i>no</i> haya identificado como personas con una discapacidad: Complete los formularios Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth y Autorización para divulgar información de salud protegida . Envíelos directamente al asistente de casos de LTC o a los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES). Las instrucciones están en el Suplemento de discapacidad. Incluya todos los documentos legales junto con el Formulario de ARD si corresponde. Si envía los formularios a su asistente de casos de LTC, tendrá una respuesta más rápida. Si envía el <i>Suplemento de discapacidad</i> directamente a los DES, por favor, proporcione una prueba de la presentación a MassHealth.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Solicitante	Cónyuge	No corresponde
Estado de ciudadanía e inmigratorio Envíe prueba del estado de ciudadanía o inmigratorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingresos Envíe prueba de todos los ingresos mensuales de todas las fuentes antes de descontar impuestos (cantidad bruta). Entre las fuentes de ingresos, está la remuneración laboral, los beneficios por retiro o jubilación, las pensiones, los dividendos y los ingresos por alquiler. Repase los estados de cuenta bancarios para verificar si hay fuentes de ingresos no informadas. Además, envíe prueba de todo dinero o ingreso que usted o su cónyuge le haya dado o transferido a alguien en los 60 meses (5 años) anteriores a su solicitud. Esto incluye los flujos de dinero que usted le haya transferido a su cónyuge o su cónyuge le haya transferido a usted. Proporcione prueba de la cantidad que recibió la última vez, de cuándo y por qué dejó de recibirla, o de a quién le transfirió el flujo de dinero y cuándo lo hizo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bienes			
Cuentas bancarias Copia de los estados de cuentas bancarias o libretas de ahorros desde los 60 meses anteriores a la fecha de la solicitud hasta el presente. Esto se aplica a todas las cuentas, tanto las abiertas como las cerradas. (No se aceptan las impresiones de transacciones de cuentas bancarias; el nombre del banco, los titulares y el número de cuenta deben constar en los estados de cuenta). Su asistente de casos puede requerirle más documentación si fuera necesario. Esto puede variar según el caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bienes inmuebles: Escrituras, facturas de impuestos, usufructos vitalicios Copia de las escrituras firmadas y registradas, de las facturas de impuestos más recientes y prueba de la cantidad adeudada (deuda, línea de crédito o hipoteca) de todas las propiedades que posee actualmente o poseyó en los 60 últimos meses, incluidos los usufructos vitalicios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferencias de bienes Copia de todo bien (cuentas bancarias, vehículos, acciones, bonos, etc.) que el solicitante o su cónyuge vendió, comerció, donó o al cual agregó otros nombres de propietarios en los 60 últimos meses. Esto incluye los bienes que el solicitante dio a su cónyuge y viceversa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro de vida Estado de cuenta más reciente de la compañía de seguros para todas las pólizas de seguro de vida que tiene o tuvo en los 60 últimos días, incluidas las de AARP u otras grupales. Los estados de cuenta deben mostrar el valor nominal original y el valor de rescate en efectivo actual. Si la póliza es temporal o grupal patrocinada por el empleador, o no tiene valor de rescate en efectivo, el estado de cuenta debe mencionarlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valores Estados de cuenta más recientes que muestren el valor actual y la cantidad de participaciones que posee de todos los valores, como acciones, bonos (incluida copia del original), bonos de ahorros (incluida copia del original), fondos mutuos de inversión, valores, bienes guardados en cajas de seguridad, dinero en efectivo que no está en el banco, opciones o contratos futuros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*La [Lista de verificaciones aceptables](#) de MassHealth puede ser de ayuda con los documentos adicionales.

	Solicitante	Cónyuge	No corresponde
Contratos de anualidad Copia de todos los contratos de anualidad que posee ahora o poseyó en los 60 últimos meses. Incluye todas las páginas, el resumen, las enmiendas y las cláusulas, y la lista de beneficiarios. MassHealth puede requerir una copia del cheque emitido a la compañía de anualidades, de la solicitud o de documentos adicionales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vehículos Copia del registro o del título de todos los vehículos que posee o poseyó en los 60 últimos meses con prueba del valor actual. Esto podría incluir autos, camionetas, camiones, vehículos recreativos, casas móviles o barcos. Si fueron alquilados o adquiridos por préstamos en los 60 últimos meses, presente copia del contrato de alquiler o de compraventa que muestre todo depósito pagado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planes para sepultura prepagos Prueba de todo plan, cuenta o fideicomiso para sepultura prepagos. Incluye contrato de la funeraria y detalle de los bienes y servicios, o estado de cuenta bancaria para sepultura, desde su apertura hasta la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fideicomisos Toda la documentación de fideicomisos de los 60 últimos meses para todo fideicomiso del cual el solicitante es otorgante o creador, fideicomisario o donatario (incluidos los fideicomisos completos, el anexo de beneficiarios, cualquier escritura registrada y los estados de cuentas bancarias o financieras mantenidas por los fideicomisos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba del depósito dado a un centro de atención de salud o de vida cotidiana asistida si corresponde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de todo gasto para necesidades de mantenimiento del hogar para el cónyuge con quien convive. Esto incluiría (aunque no únicamente) la mayoría de las facturas recientes por calefacción, electricidad, impuesto sobre los bienes inmuebles, prima de seguro del hogar, costos de HOA y estado de cuenta de la hipoteca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de toda póliza de seguro para atención a largo plazo, incluso el contrato, el período de carencia, la cantidad del pago y los beneficios restantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro de salud Copia de todas las tarjetas de seguro de salud actuales y los estados de cuenta de la prima actuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Puede presentar el formulario de solicitud antes de presentar las pruebas. No es necesario que espere hasta presentar todo junto.

Envíe la solicitud completada y todas las pruebas por correo a

Central Processing Unit (CPU)
P.O. Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214

Envíe la solicitud completada y todas las pruebas por fax al

(617) 887-8799

Envíe los formularios [Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth](#) **y** [Autorización para divulgar información de salud protegida](#) **por correo a**

LTC case worker
EDMC
P.O. Box 4450
Taunton, MA 02780
Fax: 857-323-8300

o

Disability Evaluation Services
UMASS Medical DES
P.O. Box 2796
Worcester, MA 01613-2796

*La [Lista de verificaciones aceptables](#) de MassHealth puede ser de ayuda con los documentos adicionales.