

Cuidados de longo prazo em uma instituição de enfermagem - Lista de verificação do requerimento

Use esta lista de verificação e a lista de dicas quando você ou seu representante autorizado forem requerer os benefícios de cuidados de longo prazo (LTC) do MassHealth. Os benefícios de LTC destinam-se a pessoas que precisam da cobertura de uma instituição com serviços de enfermagem em uma instituição de enfermagem especializada. Para obter o benefício de LTC, você ou seu representante autorizado designado (ARD) devem preencher pelo menos estes dois formulários:

- [Requerimento de cobertura de saúde para idosos e pessoas que precisam de cuidados de longo prazo](#) e
- [Cuidados de longo prazo e Dispensa de Serviços de Atendimento Domiciliar e Comunitário \(Suplemento A\)](#).

Os requerimentos podem ser enviados antes do envio de todas as comprovações necessárias. Tente enviar o maior número possível de comprovações junto com o requerimento.

Processo para requerer cuidados de longo prazo

Pessoas com 65 anos ou mais, requerendo benefícios de cuidados de longo prazo

- Quando o MassHealth receber o requerimento de benefícios de cuidados de longo prazo (LTC), ele será atribuído a um assistente de triagem de LTC em um Centro de Inscrições (MEC) do MassHealth. Os requerimentos são analisados na ordem em que são recebidos.
- Assim que o assistente de triagem analisar o requerimento, o MassHealth poderá enviar uma carta solicitando mais documentos para decidir se você se qualifica. Você terá 30 dias de prazo, a partir da data indicada na carta, para enviar os documentos.
O MassHealth tem até 45 dias para decidir se uma pessoa se qualifica para benefícios de LTC. Se você requereu por motivo de deficiência usando e enviado o formulário de deficiência, o processo de análise poderá levar até 90 dias. O MassHealth enviará pelo correio um aviso de decisão ao requerente e ao representante autorizado designado.

Pessoas com menos de 65 anos, requerendo benefícios de cuidados de longo prazo

O MassHealth, a Administração da Previdência Social ou a Comissão de Massachusetts para Cegos devem identificar se a pessoa tem uma deficiência antes que o MassHealth possa prestar serviços de cuidados de longo prazo.

Se nenhuma das agências acima mencionadas identificarem uma deficiência para o(a) requerente, faça o seguinte:

1. Preencha o [Suplemento de Deficiência para Adultos do MassHealth](#),
2. Preencha a [Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas](#). Preencha os dois lados do formulário para cada provedor de atendimento médico mencionado, e
3. Envie os formulários para os Serviços de Avaliação de Deficiência do MassHealth ou para o seu assistente social de LTC. Informações sobre como enviar informações encontram-se em www.mass.gov/how-to/apply-for-masshealth-the-health-safety-net-or-the-childrens-medical-security-plan.

Pode demorar até 90 dias para que o suplemento de deficiência de uma pessoa seja analisado.

O [Suplemento de Deficiência para Adultos do MassHealth](#) somente será processado se o(a) requerente de LTC já for membro do MassHealth ou se um novo requerimento for enviado ao MassHealth.

Lista de verificação

	Requerente	Cônjuge	Não se aplica
No Requerimento de cobertura de saúde para idosos e pessoas que precisam de cuidados de longo prazo , selecione "Cuidados de longo prazo" na primeira página do requerimento, e preencha o nome do(a) requerente e nome do cônjuge do(a) requerente na linha abaixo chamada Cônjuge, se houver. <i>Pessoa 1 é a pessoa que está requerendo os benefícios de LTC. Pessoa 2 é o cônjuge, se houver.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responda todas as perguntas com "sim" ou "não" para o(a) requerente e cônjuge. (Se casados, a seção Pessoa 2 deve ser preenchida mesmo se o cônjuge não estiver requerendo.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assine e date o requerimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preencha, assine e date a Dispensa de Serviços de Atendimento Domiciliar e Comunitário (Suplemento A) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se estiver requerendo em nome do requerente, como representante autorizado designado (ARD), verifique se o Formulário de designação de representante autorizado foi preenchido e enviado junto com o requerimento. Se a seção 3 do formulário ARD foi preenchida, anexe os documentos legais para demonstrar a autoridade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Requerente	Cônjuge	Não se aplica
Envie o formulário de Mudança de status (SC-1) (normalmente enviado pela equipe da instituição de enfermagem). O formulário SC-1 fornece informações sobre a admissão do(a) requerente à instituição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envie o formulário Nível de Cuidado (LOC) que mostra a qualificação clínica (normalmente enviado pela equipe da instituição de enfermagem).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envie os demonstrativos de pagamento particular e da Conta de Subsídio para Necessidades Pessoais (PNA) da instalação (geralmente enviados pela equipe da instituição de enfermagem).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para pessoas com menos de 65 anos que não foram identificadas como pessoa com deficiência pelo MassHealth, pela Administração da Previdência Social ou pela Comissão de Massachusetts para Cegos: Preencha os formulários Suplemento de Deficiência para Adultos do MassHealth e Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas . Envie-os diretamente para o assistente social de LTC ou para os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES). As instruções fazem parte do Suplemento de Deficiência. Inclua toda documentação legal juntamente com o formulário ARD, se aplicável. Você poderá obter uma resposta mais rápida se enviar os formulários ao seu(a) assistente social de (LTC). Se você enviar o Suplemento de Deficiência diretamente para o DES, inclua comprovante de envio ao MassHealth.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Requerente	Cônjuge	Não se aplica
Cidadania/status de imigração Envie comprovante de cidadania ou de status de imigração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renda Envie comprovante de toda a renda mensal proveniente de todas as fontes, antes dos impostos (valor bruto). As fontes de renda podem incluir remuneração por trabalho, benefícios de aposentadoria, pensões, dividendos ou renda de aluguel. Revise extratos bancários para identificar eventuais fontes de renda não informadas. Envie também comprovantes de todo valor ou renda que você ou seu cônjuge tenham doado ou transferido a outra pessoa nos últimos 60 meses (5 anos), antes de requerer. Estão incluídos fluxos de renda que você tenha transferido ao seu cônjuge ou que seu cônjuge tenha transferido a você. Forneça comprovante do valor que foi recebido por último, quando e por que ele foi interrompido, ou para quem o fluxo de renda foi transferido e quando a transferência ocorreu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bens			
Contas bancárias Cópias dos extratos bancários ou cadernetas dos últimos 60 meses anteriores à data do requerimento até o presente. Isso se aplica a todas as contas abertas e encerradas. (Não são aceitas cópias impressas de transações bancárias; o nome do banco, os titulares e os números das contas devem constar nos extratos.) Seu assistente social poderá solicitar mais documentos, se necessário. Isso pode variar conforme o caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imóvel: Escrituras, imposto predial, usufrutos vitalícios Cópia das escrituras assinadas e registradas, cobranças de imposto mais recentes e comprovante do valor devido (dívida, linha de crédito ou hipoteca) de todos os imóveis possuídos atualmente ou nos últimos 60 meses, incluindo direitos de usufruto vitalício.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferências de bens Prova de quaisquer bens (contas bancárias, veículos, ações, títulos, etc.) que o(a) requerente ou seu cônjuge tenha vendido, trocado, doado ou adicionado outros nomes de titularidade nos últimos 60 meses. Isso inclui bens transferidos do(a) requerente para o cônjuge e vice-versa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro de vida Comprovante mais recente da companhia de seguros de todas as apólices de seguro de vida possuídas atualmente ou nos últimos 60 meses, incluindo AARP e outras apólices de grupo. Os comprovantes devem mostrar o valor de face original e o valor atual de resgate em dinheiro. Se a apólice for temporária (termo) ou apólice de grupo patrocinada pelo empregador, ou se não incluir valor de resgate em dinheiro, o extrato deve indicar essa informação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Títulos mobiliários Declarações mais recentes que comprovem o valor atual e o número de cotas possuídas de todos títulos mobiliários, como ações e obrigações (inclua cópia do original), títulos de poupança (inclua cópia do original), fundos mútuos, títulos, bens mantidos em cofres de segurança, dinheiro fora de bancos, opções ou contratos futuros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*A [Lista de verificações aceitáveis](#) do MassHealth pode ser útil para identificar documentos adicionais.

	Requerente	Cônjuge	Não se aplica
<p>Contratos de anuidades</p> <p>Uma cópia de todos os contratos de anuidade de propriedade atual ou nos últimos 60 meses. Inclua todas as páginas, sumário, alterações e aditivos, e a lista de beneficiários. O MassHealth pode solicitar uma cópia do cheque emitido para a companhia de anuidade, o requerimento ou documentos adicionais</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Veículos</p> <p>Uma cópia do registro ou título de todos os veículos de propriedade atual ou nos últimos 60 meses, com comprovante do valor atual. Isso pode incluir carros, vans, caminhões, veículos recreativos, casas móveis ou barcos. Se arrendados ou alugados nos últimos 60 meses, fornecer uma cópia do contrato de arrendamento ou da nota de venda mostrando quaisquer valores de entrada pagos</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Planos pré-pagos de sepultamento</p> <p>Comprovação de todos planos, contas ou fundos fiduciários pré-pagos de sepultamento. Inclua contrato com a casa funerária e detalhamento de bens e serviços e/ou extratos bancários da conta de sepultamento, desde a abertura até o momento atual.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Fundos fiduciários</p> <p>Toda a documentação de fideicomisso dos últimos 60 meses referente a qualquer fideicomisso em que o requerente seja doador/criador, administrador ou beneficiário (incluindo o(s) fideicomisso(s) completo(s), a lista de beneficiários, todas escrituras registradas e extratos bancários ou financeiros mantidos pelo fideicomisso).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprovante de depósito feito em uma unidade de saúde ou instalação de moradia assistida, se aplicável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprovante de todas despesas relacionadas à manutenção da moradia para um cônjuge que resida no domicílio. Isso inclui (sem se limitar a): contas mais recentes de aquecimento, eletricidade, imposto predial, prêmio de seguro residencial, taxas de associação de condomínio (HOA) e demonstrativo de hipoteca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprovante de todas as apólices de seguro de cuidados de longo prazo, incluindo o contrato, o período de carência, o valor do pagamento e os benefícios remanescentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Seguro de saúde</p> <p>Cópia atual dos cartões de seguro de saúde e demonstrativos atuais de prêmios.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observação: você pode enviar o formulário de requerimento antes de enviar os comprovantes. Não é preciso esperar para enviar todos juntos.

Envie pelo correio o requerimento preenchido e todos os comprovantes para

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

Envie por fax o requerimento preenchido e todos comprovantes para

(617) 887-8799

Envie pelo correio [Suplemento de Deficiência para Adultos do MassHealth](#) e [Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas](#) para

LTC case worker

EDMC

P.O. Box 4450

Taunton, MA 02780

Fax: 857-323-8300

ou

Serviços de Avaliação de Deficiência

UMASS Medical DES

P.O. Box 2796

Worcester, MA 01613-2796

*A [Lista de verificações aceitáveis](#) do MassHealth pode ser útil para identificar documentos adicionais.