

**SUPLEMENTO DE PARTICIPACIÓN EN MEDICAID PARA TRABAJADORES CON DISCAPACIDADES
(MEDICAID BUY-IN FOR WORKERS WITH DISABILITIES/MBIWD por sus siglas en inglés)**

MBIWD es un programa de Medicaid de Ohio que proporciona cobertura de atención médica a trabajadores de Ohio con discapacidades. El MBIWD fue creado para permitirle a los residentes de Ohio con discapacidades trabajar y mantener su cobertura de atención médica, de acuerdo con la norma 5101:1-41-30.

¿Tengo derecho a esto?

1. Usted debe ser un ciudadano estadounidense o un extranjero que reúna los requisitos.
2. Usted debe ser residente de Ohio.
3. Usted debe tener por lo menos 16 años pero menos de 65 años.
4. La Administración del Seguro Social o Medicaid de Ohio deben haber determinado que usted está discapacitado.
Se le puede requerir que presente documentación sobre su discapacidad.
5. Usted debe cumplir ciertos criterios financieros.
6. Usted debe estar empleado en un trabajo remunerado y sujeto a impuestos.
7. Usted debe pagar una prima (si corresponde).

Primas

Se pueden requerir primas mensuales para solicitantes elegibles con ingresos anuales brutos mayores que 150% del nivel federal de pobreza. A cada participante se le enviará un extracto mensual con la cantidad de la prima mensual, la cual se debe pagar con un cheque o giro postal. La cantidad total de la prima se debe recibir antes de la fecha de vencimiento o se considerará como un pago no realizado. Los pagos retrasados se aplicarán al mes más moroso. Los participantes que no pagan su prima por dos meses consecutivos estarán sujetos a suspensión y cobro.

¿Cómo lo solicito?

1. Complete la solicitud de *Efectivo, Cupones de Alimento y Asistencia Médica* (ODM 07200) y el suplemento de MBIWD adjunto (ODM 07211). **No se requiere una entrevista cara a cara para MBIWD.** Si usted necesita ayuda para responder las preguntas, llame a la Línea Directa de Medicaid para los Consumidores al 1-800-324-8680 o Teléfono de Texto/TTY al 1-800-292-3572.
2. Adjunte prueba de su ciudadanía, ingresos, recursos y gastos de trabajo relacionados con su discapacidad.
3. Firme y devuelva una copia del formulario ODM 07236 *Derechos y Responsabilidades* con su solicitud.
4. Envíe la solicitud, suplemento de MBIWD y verificaciones por correo a su departamento local de trabajo y servicios a la familia del condado. Un trabajador de casos se pondrá en contacto con usted si se necesita información adicional. Ellos determinarán si usted es elegible para MBIWD, le informarán de la decisión y le dirán si tiene una prima.

Prueba de Ciudadanía

Muchos documentos satisfacen el requisito de prueba de ciudadanía estadounidense. Debajo hay una lista parcial de los documentos aceptables. Para una lista completa de los documentos que satisfacen el requisito de prueba de ciudadanía estadounidense, visite: <http://www.cms.hhs.gov/smdl/downloads/SMD06012.pdf>. Para cumplir con la ley federal, los trabajadores de casos deben ver los **documentos originales** y hacer fotocopias para mantenerlas en el expediente. Si el documento original no está disponible, se aceptará una copia certificada por el organismo que lo emitió. Los documentos de *Ciudadanía* solos satisfacen el requisito de ciudadanía estadounidense. Si usted no puede obtener los documentos de la categoría de *Ciudadanía*, debe proporcionar tanto un documento de *Nacimiento* como un documento de *Identidad* para satisfacer este requisito. **Los individuos que actualmente reciben Medicare, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) están exentos de la verificación de su ciudadanía. La ciudadanía sólo necesita verificarse una vez.**

Documentos de Ciudadanía:	Documentos de Nacimiento:	Documentos de Identidad:
<ul style="list-style-type: none"> • Pasaporte Estadounidense • Certificado de Naturalización • Certificado de Ciudadanía Estadounidense 	<ul style="list-style-type: none"> • Partida de Nacimiento Estadounidense • Certificado de Nacimiento en el Exterior • Tarjeta de Identificación de Ciudadano Estadounidense • Documento Tribal de Indígena Norteamericano • Orden Final de Adopción 	<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de Conducir o Identificación Estatal • Identificación Emitida por un Departamento Gubernamental Federal, Estatal o Local • Tarjeta o Expediente de Reclutamiento de las Fuerzas Armadas Estadounidenses • Tarjeta de Identificación de la Escuela
<p>Usted debe tener uno de estos documentos O un documento de nacimiento Y un documento de identidad para satisfacer el requisito.</p>		

Sólo para Uso del Departamento	Case Name	Case Number	Date Mailed / Picked Up	Date Returned to CDJFS	Unique ID
--------------------------------	-----------	-------------	-------------------------	------------------------	-----------

Participación en Medicaid para Trabajadores con Discapacidades (MBIWD)

- Esta no es una solicitud de asistencia en efectivo, Medicaid normal, cupones de alimento o exenciones. Si usted desea solicitar otro tipo de asistencia, por favor llame a su departamento local de trabajo y servicios a la familia del condado.
- **Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la Línea Directa de Medicaid para los Consumidores al 1-800-324-8680 o Teléfono de Texto/TTY al 1-800-292-3572.**

Por favor escriba con letra de molde sus respuestas a las siguientes preguntas. Puede usar hojas en blanco para espacio adicional.

1. ¿Usted está discapacitado? Sí No
2. ¿La Administración del Seguro Social ha determinado que usted está discapacitado? Sí No
3. ¿Usted está trabajando? Sí No

4. Nombre del Solicitante	5. Número de Teléfono	6. Número de Seguro Social	7. Número de Reclamo de Seguro Social
---------------------------	-----------------------	----------------------------	---------------------------------------

No ciudadanos: Por favor proporcione prueba de su situación como extranjero, como por ejemplo una tarjeta de registro como extranjero o permiso de reingreso.

Número de registro como extranjero: _____

8. ¿Usted necesita ayuda pagando cualquier gasto médico de los últimos tres meses? (La cobertura retroactiva de la atención médica a través de MBIWD no se estudiará antes del 1 de abril del 2008.) Sí No

Si respondió **Sí**, por favor complete ODM 07110, una solicitud para cobertura retroactiva, y adjunte verificación de sus ingresos, recursos y gastos médicos para cada uno de los tres meses pasados.

9. Durante los próximos 12 meses, ¿usted espera cambios en su hogar? Esto incluye las personas con las que vive, la cantidad de dinero que usted y/o su cónyuge reciben, un cambio en sus recursos u otros cambios de las circunstancias que usted describió en esta solicitud. Sí No

Si respondió **Sí**, ¿qué cambios espera?

10. **Usted debe proporcionar prueba de ingresos.** Incluya todos los ingresos de su hogar de todas las fuentes como Seguro Social, SSI, beneficios de la administración de veteranos, anualidades, pensión alimenticia, ingresos por arriendo de propiedad, empleo u otro(s) tipo(s) de ingresos como dinero recibido de manera regular de amigos y familia.

11. Anote todos los recursos que usted posee. Si usted es dueño del recurso junto con otra persona, asegúrese de indicar los otros dueños y el porcentaje que usted posee.

Debajo se encuentran ejemplos de recursos que usted puede poseer. (Necesitará proporcionar copias de los extractos de los últimos 30 días.)

- Cuentas de ahorro
- Anualidades
- Cuentas corrientes
- Cooperativa de crédito
- Pagarés
- Acciones/bonos
- Cuentas de refugio tributario
- Certificados de depósito
- Automóviles
- Planes 401K
- Fondos fiduciarios
- Clubes de ahorros
- Otros instrumentos
- Fondos del mercado de valores
- Seguro de vida
- Contratos de terreno
- Cuentas individuales de jubilación (IRA)
- Planes Keough
- Cuentas para entierro revocables
- Cuentas para entierro irrevocables
- Otros bienes (describalos)

Tipo de Recurso	No. de Cuenta	Cantidad Total	¿Disponible?	Fecha de Apertura de la Cuenta	Fecha de Cierre de la Cuenta	% Junto con
			<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			___%
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			___%
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			___%

12. ¿Usted es dueño parcial o total de cualquier propiedad de bienes raíces en la que **no** vive? Esto incluye casas, terrenos sin construir, tierras agrícolas, propiedades de arriendo y propiedades de negocio. Sí No

Si respondió **Sí**, por favor díganos acerca de la propiedad. **(No incluya la casa donde usted vive.)**

Dirección	Valor de la Propiedad \$
Dirección	Valor de la Propiedad \$

Si corresponde, usted debe proporcionar prueba del valor de la propiedad, préstamos, derechos de retención y gravámenes.

13. ¿Algún miembro de su hogar tiene otra cobertura de seguro médico? **Por favor proporcione una copia del frente y el dorso de la tarjeta del seguro médico.**

Nombre del Titular Primario	Nombre de la Compañía de Seguros / Plan	No. de Póliza	Cantidad de la Prima y Cada Cuánto se Paga	¿Quién se Encuentra Asegurado?

14. Si usted recibe un cheque del Seguro Social, ¿se deduce de este cheque la prima de Medicare Parte B?

Sí No

Fecha en que comenzó la deducción _____

15. Anote gastos relacionados con su discapacidad que no son pagados por otras fuentes (seguro, organizaciones comunitarias, etc.) y cada cuánto usted los paga (semanal, mensual, etc.). **Usted debe proporcionar verificación.**

Los gastos de trabajo relacionados con su discapacidad incluyen pero no se limitan a:

- Servicios de cuidado
- Equipo medico duradero
- Intérprete (en el trabajo)
- Entrenador laboral
- Dispositivos médicos
- Instrumentos de medir
- Equipo audio / visual modificado
- Marcapasos
- Fisioterapia
- Prótesis
- Ayudas para la lectura
- Respiradores
- Herramientas de trabajo especiales
- Ayudas para mecanografiar
- Sillas de ruedas
- Animales guía y costos relacionados
- Modificaciones del área de trabajo

Tipo de Gasto de Trabajo Relacionado con su Discapacidad	Cantidad del Gasto	¿Cada Cuánto se Paga?

16. Si usted es elegible para este programa y debe pagar una prima, ¿quiere que el extracto se envíe a su dirección?
 Sí No

Si quiere que su extracto se envíe por correo a otro lugar, por favor proporcione esa información debajo.

Nombre		Dirección	
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono

17. Usted puede nombrar a alguien como su representante autorizado. Esta persona debe tener por lo menos 18 años. Él/ella podrá actuar en su nombre en lo que respecta a su solicitud y todas las otras acciones que conciernen su caso. Esta persona puede ser un amigo, familiar, vecino o representante/entidad legal. Usted puede escoger un representante autorizado más adelante si no desea nombrar uno ahora. ¿Desea nombrar un representante autorizado en este momento? Sí No

Si respondió **Sí**, por favor proporcione información sobre su representante autorizado. **Por favor proporcione una copia de la identificación de su representante autorizado.**

Nombre		Edad	Dirección	
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono	

Use este espacio para información adicional.