

CNS Paragraph Form

Date: 09.15.08

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	E0001	
Version Number	00005	
Effective Date	2009	(YYMMDD)
Title	Explanation of the Effect of Transfer of Assets on Medicaid Eligibility	
Comment		
Reason Code		

**EXPLANATION OF THE EFFECT OF TRANSFER OF ASSET(S)
ON MEDICAID ELIGIBILITY**

This explains how a transfer of assets may affect your eligibility for Medicaid. Assets include all of your and your spouse's income and resources, including any income or resources which you or your spouse are entitled to receive but do not receive because of any action or inaction by you or your spouse. A transfer is when property or assets are given or sold from one person to another. For Medicaid purposes, a prohibited transfer is the voluntary giving or sale of your property or assets to another person without receiving something of equal value in return, in order to qualify for:

- Services provided in a nursing home, including hospice and managed long-term care, or intermediate care facility; or
- Nursing home care provided in a hospital

The Medicaid Program will not pay for any of the services listed above if a prohibited transfer of countable assets (the total value of property, income, and resources that are in excess of the allowable Medicaid resource standard) for less than fair market value is made within the 36 months before your application for Medicaid coverage of nursing facility services, or at any time after you apply for Medicaid to pay for the nursing facility services listed above. In the case of trusts, we will look back for a period of 60 months.

For transfers made on or after February 8, 2006, if the transfer is made within the 60 months before your application for Medicaid coverage of nursing facility services, or at any time after you apply for Medicaid to pay for nursing facility services, and you meet all other eligibility requirements, your Medicaid coverage may be limited for a period of time.

What does limited coverage mean?

Limited coverage means that for a period of time you will not be able to receive Medicaid coverage for the following types of care and services:

- Services provided in a nursing home, including hospice and managed long-term care, or intermediate care facility; or

- Nursing home care provided in a hospital

How is the limited coverage period determined?

When you or your spouse make a transfer of assets for less than they are worth, you cannot get Medicaid for the services listed above for a period of time, depending upon the amount of transferred assets. We determine the number of months you are ineligible for these services by dividing the uncompensated value of the assets transferred by the average monthly rate for nursing facility services in the region where you live. For transfers made prior to February 8, 2006, the penalty period would begin on the first day of the month following the month in which the transfer was made. For transfers made on or after February 8, 2006, the penalty period would begin on the first day of the month following the month in which assets have been transferred, or the month in which you are institutionalized and would otherwise be eligible for Medicaid payment of institutional level care, whichever is later, and which does not occur during any other period of ineligibility.

How do we determine the uncompensated value of the transferred asset(s)?

We take the fair market value of the asset at the time it was transferred. We deduct any outstanding loans, mortgages or other legal encumbrances on the asset and the amount of compensation received in exchange for the asset. In addition, certain resource or income disregards may be deducted, if applicable.

What transfers do not affect your eligibility for Medicaid?

There are exceptions to the transfer rules. Your Medicaid coverage is not limited when a transfer has been made if:

1. The asset(s) was transferred to (or to another for the sole benefit of) your spouse, or from your spouse to you; or
2. The asset(s) was transferred from your spouse to another person for the sole benefit of your spouse; or
3. The asset(s) was transferred to your child of any age who is certified blind, or certified disabled, or to a trust established solely for the benefit of that child; or
4. The asset(s) was transferred to a trust established solely for the benefit of an individual less than 65 years of age who is certified disabled; or
5. The asset(s) transferred was your homestead (for example: a house or an apartment that you own), and the homestead was transferred to:
 - a. Your spouse; or
 - b. Your minor child under age 21, or your child of any age who is certified blind or certified permanently and totally disabled; or
 - c. Your brother or sister who also has an equity interest in the home and who lived in the home for at least one year immediately before you became institutionalized; or
 - d. Your child (other than a child who is under 21 or who is certified blind/disabled) who was living in your home for at least two years

immediately before you became institutionalized and who provided care which permitted you to reside at home rather than in an institution or nursing facility.

NOTE: Although the Department does not treat a life estate possessed by you as a countable resource for purposes of determining your Medicaid eligibility, a life estate has value and you may be subject to a transfer penalty if you transfer your life estate interest to another person.

What other transfers do not affect your eligibility for Medicaid?

If you or your spouse transferred assets for less than fair market value, you can still get Medicaid coverage of nursing facility services if you can prove that:

1. You or your spouse intended to dispose of the asset(s) at fair market value or to receive other valuable consideration in exchange for the asset(s); or
2. The asset(s) was transferred exclusively for a purpose other than to qualify for Medicaid coverage of nursing care and related services as described on the front page; or
3. All of the transferred assets have been returned.

In the absence of the evidence described in 1 or 2 above, we will not limit your Medicaid coverage if we determine that despite your best efforts, as determined by the social services district, you are unable to have the transferred asset(s) returned or to receive fair market value for the asset. We will also not limit your Medicaid coverage if we determine that such limitation will result in undue hardship for you. We will consider undue hardship to exist if you: (a) meet all other eligibility requirements, and (b) are unable to obtain appropriate medical care without which your health or life would be in danger or the application of the transfer penalty would deprive you of food, clothing, shelter or other necessities of life. You may request a consideration of undue hardship at any time during a period of limited coverage due to a transfer penalty. The (re)determination may include up to three months prior to your request for a review of undue hardship. You, your spouse, representative or the nursing facility, with your consent or the consent of your representative, may request a (re)determination of undue hardship.

How can you prove the transfer was not made to qualify for these medical services?

We will presume that any prohibited transfer of assets made within the applicable look-back period was made for the purpose of qualifying for Medicaid. If you disagree with this presumption, you should present evidence to your Medical Assistance eligibility examiner which proves the transfer was made for some other purpose. Some factors which may establish that a transfer was made for a purpose other than to obtain Medicaid eligibility are:

1. Sudden, unexpected onset of a serious illness or disability after the transfer occurred; or

2. Unexpected loss of other resources or income which would have made you ineligible for Medicaid, after the transfer occurred.

These are examples only. All of the circumstances of the transfer will be considered as well as factors such as age, health, and financial situation at the time the transfer was made. It is important to note that you have the burden of providing this agency with complete information regarding all assets and any other relevant factors which may affect your eligibility.

What appeal rights do you have?

You will receive a written notice if we determine that your Medicaid coverage is to be limited based on a transfer of assets for less than fair market value. If you are in a nursing facility or require the services listed under the "limited coverage" section at the time we make our decision, the notice will tell you how long you will have limited coverage. This period will be based on the amount of assets you or your spouse has transferred for less than fair market value, and the average rate for nursing facility services in the region in which you reside.

You have the right to appeal our decision to limit your coverage. Our written notice will provide you with information on how to request a conference with us to review our actions. Our notice will also provide you with information on your rights to a State Fair Hearing if you believe our action is wrong.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, CONTACT YOUR MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY EXAMINER

- S -

COMO EL TRASPASO DE BIENES AFECTA LA HABILITACION PARA RECIBIR BENEFICIOS DE MEDICAID

A continuacion explicamos como un traspaso de bienes puede afectar su habilitacion para recibir beneficios de Medicaid. Los bienes incluyen todos los ingresos y recursos de usted y de su conyuge, inclusive todo ingreso o recurso al que usted o su conyuge tenga derecho a recibir, pero que no recibe debido a una accion o inaccion de su parte o de la parte de su conyuge. Un traspaso se lleva a cabo cuando una propiedad o bien se cede o se vende de una persona a otra. En cuanto al programa de Medicaid se refiere, una transferencia prohibida se define como la venta o cesion voluntaria de su propiedad o bienes a otra persona, sin recibir algo de igual valor a cambio, y con el fin de reunir los requisitos para poder recibir:

- Servicios provistos en un hogar de convalencia (nursing home), inclusive un centro de servicios paliativos y cuidados administrados de servicios y atencion medica a largo plazo, o centros de atencion medica intermedia; o

- Atencion medica tipo hogar de convalecencia (nursing home) proporcionada en un hospital

El programa de Medicaid no pagara por ninguno de los servicios indicados arriba si se ha hecho un traspaso prohibido de bienes contables (cuyo valor total de la propiedad, los ingresos y recursos excedan el limite de recursos estandar establecido por el programa de Medicaid) por un valor inferior al valor equitativo de venta en el mercado, en los 36 meses previos a la fecha en que se somete la solicitud de cobertura de Medicaid y en la cual se solicita servicios de enfermeria en centros de atencion medica, o en algun momento despues de que usted solicita que el Programa de Medicaid pague por los servicios de enfermeria indicados en la lista anterior. En el caso de fideicomisos, se tomara en cuenta un periodo de 60 meses.

En los casos de transferencias hechas a la fecha del 8 de febrero del 2006, o de ahi en adelante, si la transferencia se hace en los 60 meses previos a la fecha en que usted somete la solicitud de Medicaid solicitando servicios de enfermeria, o despues de que usted solicita que Medicaid pague por servicios de enfermeria, y usted reúne el resto de los requisitos, es posible que la cobertura que usted reciba de Medicaid se limite a un periodo de tiempo.

Que quiere decir cobertura limitada?

Cobertura limitada significa que, por un periodo de tiempo, usted no podra recibir cobertura de Medicaid por los siguientes tipos de atencion y servicios:

- Servicios provistos en un hogar de convalecencia (*nursing home*), inclusive un centro de servicios paliativos y cuidados administrados de servicios y atencion medica a largo plazo, o centros de atencion medica intermedia; o
- Atencion medica tipo hogar de convalecencia (nursing home) proporcionada en un hospital

Manera en que se calcula el periodo de cobertura limitada?

Cuando usted, o su conyuge, traspasan bienes por un valor menor al valor que corresponde, usted no puede recibir Medicaid por los servicios indicados arriba por un cierto periodo de tiempo, dependiendo del valor de los bienes traspasados. La manera en que se calculan los meses durante los cuales usted no puede recibir cobertura por estos servicios es, dividiendo el valor no compensado del bien traspasado por el promedio mensual de la tarifa regional de servicios de enfermeria en centros de atencion medica que se cobra en la zona donde usted reside. En el caso de transferencias hechas antes del 8 de febrero del 2006, el periodo de sancion comenzaria el primer dia del mes posterior al mes en que se realizo la transferencia. En el caso de transferencias hechas el 8 de febrero del 2006, o de ahi en adelante, el periodo de sancion comenzaria el primer dia del mes posterior al mes en que se transfieren los bienes, o el mes en que la persona es ingresada en una institucion y, por lo tanto, reúne los requisitos para que Medicaid pague por atencion y cuidados institucionalizados, cualesquiera de las acciones que

ocurra de ultimo, siempre y cuando no ocurran durante el periodo en el que la persona no tiene derecho a recibir beneficios.

Manera en que se determina el valor no compensado de los bienes traspasados?

Se toma el valor equitativo de venta en el mercado del bien traspasado, a la fecha en que se hace el traspaso. A esa cantidad se le resta todo prestamo, hipoteca o cargas legales pendientes sobre el bien y la cantidad de compensacion recibida a cambio del bien. Ademias, si aplica, es posible que se sustraigan ciertas deducciones estandar de recursos o ingresos.

Que tipo de traspasos no afectan su habilitacion para recibir Medicaid?

Hay excepciones a las reglas de traspaso. Su cobertura de Medicaid no es limitada cuando se ha hecho una transferencia si:

1. El bien o los bienes fueron traspasados a su conyuge (o a un tercero a beneficio unico de su conyuge) o de su conyuge a usted; o
2. El bien o los bienes fueron traspasados de su conyuge a otra persona a beneficio unico de su conyuge; o
3. El bien o los bienes fueron traspasados a su hijo, sin importar la edad, y dicho hijo ha sido declarado ciego o incapacitado; o si el traspaso se hizo a un fideicomiso establecido a beneficio unico de ese nino; o
4. El bien o los bienes fueron traspasados a un fideicomiso establecido a beneficio unico de una persona menor de 65 anos de edad quien a la vez ha sido declarada incapacitada; o
5. El bien traspasado era su propiedad (por ejemplo, una casa o apartamento propiedad suya) y la propiedad fue transferida a:
 - a. Su conyuge; o
 - b. Su hijo menor de 21 anos, o al hijo, sin importar la edad, que ha sido declarado ciego o con una incapacidad parcial o total.
 - c. Su hermano(a) quien tambien tiene derecho sobre el valor liquido de la casa y quien vivio en la casa por lo menos un ano justo antes de que usted ingresara en una institucion; o
 - d. Su nino (aparte del nino menor de 21 anos de edad que esta oficialmente ciego/incapacitado) que vivio en la casa por lo menos por dos anos justo antes de que usted ingresara en una institucion y de quien usted recibia atencion y cuidados que le permitieron permanecer en casa, en vez de ingresar en una institucion o centro de enfermeria.

NOTA: A pesar de que el Departamento no cuenta el dominio vitalicio que usted posea como un recurso contable con el proposito de determinar si usted puede recibir Medicaid, un dominio vitalicio tiene valor, y, por lo tanto, es posible que se le imponga una sancion de traspaso si usted transfiere el derecho sobre el dominio vitalicio a otra persona.

Que otros tipos de traspasos no afectan su habilitacion para recibir Medicaid?

Si usted o su conyuge traspasan bienes por un valor inferior al valor equitativo de venta en el mercado, puede recibir cobertura de Medicaid de servicios de enfermería en centros de atención médica si comprueba que:

1. Usted o su conyuge tenía intenciones de vender el bien o los bienes por el valor equitativo de venta en el mercado; o tenía intenciones de recibir otra compensación valorable a cambio del bien o bienes; o
2. El bien o los bienes fueron traspasados exclusivamente con otro propósito que no haya sido el de reunir los requisitos para recibir cobertura de Medicaid de servicios de enfermería y otro tipo de servicios de atención y cuidados tal como los descritos en la primera página; o
3. Todos los bienes traspasados han sido devueltos.

En ausencia de los comprobantes descritos anteriormente en el punto 1 y 2, no limitaremos la cobertura de Medicaid que usted reciba, si determinamos que, a pesar de su mayor esfuerzo, según lo estima el distrito de servicios sociales, a usted no se le pueden devolver los bienes traspasados o usted no puede recibir un precio equitativo de venta en el mercado de dichos bienes. Tampoco limitaremos su cobertura de Medicaid si concluimos que dicha limitación le ocasionaría una privación injusta. Concluiremos que existe una privación injusta si: (a) usted reúne el resto de los requisitos, y (b) no puede recibir los cuidados de salud apropiados, sin los cuales, su salud o su vida peligran; o si el imponerle la sanción de transferencia le ocasionaría privaciones de comida, vestimenta, alojamiento o de otras necesidades básicas. Puede solicitar que su situación merezca ser considerada como una privación injusta durante el transcurso del periodo de cobertura limitada, impuesta a consecuencia de una sanción por traspaso. La nueva decisión o la examinación de la decisión previa, podría incluir los tres meses previos a la petición de revisión de privación injusta. Usted o su conyuge, representante o el centro de cuidados de enfermería y atención médica, con su permiso o con el permiso de su representante, puede solicitar que se realice nuevamente otra determinación para establecer si existe una situación de privación injusta.

Como puede usted comprobar que el traspaso no se hizo con el propósito de reunir los requisitos para recibir servicios médicos?

Vamos a dar por sentado que todo traspaso prohibido de bienes realizado dentro del periodo retroactivo se hizo con el propósito de reunir los requisitos para recibir Medicaid. Si usted no está de acuerdo con esta suposición, le sugerimos presentarle comprobantes a la persona a cargo de su caso de Asistencia Médica, en los que usted demuestra que el traspaso se hizo con otro propósito. A continuación citamos algunos de los factores que pudiesen establecer que el traspaso se hizo con otro propósito que no haya sido el de poder reunir los requisitos de Medicaid.

1. La eventualidad de una enfermedad o incapacidad inesperada después de efectuarse el traspaso; o

2. La pérdida inesperada de recursos o ingresos que le hubiesen inhabilitado para recibir Medicaid, después de efectuarse el traspaso.

Estos son ejemplos solamente. Las circunstancias por las cuales se hizo el traspaso se tomarán en cuenta, como también otros factores, tales como: edad, salud y situación económica al momento en que se realizó el traspaso. Es importante recalcar que usted es responsable de presentar ante esta agencia información exacta relativa a los bienes, como también todo factor pertinente que pudiese afectar su habilitación para recibir el beneficio solicitado.

Cuales son sus derechos de apelacion?

Usted recibirá una notificación por escrito si concluimos que usted recibirá cobertura limitada de Medicaid, debido a un traspaso de bienes realizado por un valor inferior al valor equitativo de venta en el mercado. Si usted se encuentra en una institución de cuidados especializados o necesita los servicios listados en la sección titulada “cobertura limitada”, al momento que tomamos la decisión, la notificación le indicará hasta qué fecha recibirá cobertura limitada. El período se basará en la cantidad de bienes que usted, o su conyuge, haya traspasado por un valor inferior al valor equitativo de venta en el mercado, como también en la tarifa promedio que se cobra en su zona por servicios de enfermería en centros de atención médica.

Usted tiene el derecho de apelar en contra de la decisión que hemos tomado de darle cobertura limitada. La notificación que recibirá por escrito tendrá información sobre cómo solicitar una conferencia para examinar nuestra decisión. Esa misma notificación le dará información sobre sus derechos a una audiencia imparcial estatal si cree que nuestra decisión es incorrecta.

SI TIENE PREGUNTAS, COMUNIQUESE CON LA PERSONA A CARGO DE SU CASO DE ASISTENCIA MEDICA.