



California's Protection & Advocacy System

Beneficios públicos para personas con discapacidades

Agosto de 2016, pub. N.º 5014.02

Índice

A.	Seguro social/beneficios del SSI para personas con discapacidades:	3
1.	Dos clases de beneficios por parte de la Administración del Seguro Social	3
a.	Beneficios del SSI	3
b.	Beneficios del SSDI/Título II	3
2.	El proceso de solicitud	4
3.	Cómo cumplir con los estándares de discapacidad	5
4.	Cómo cumplir con los requisitos financieros de elegibilidad.	7
5.	Vivir con otra persona e ingresos "en especie"	8
6.	Efecto del estado migratorio	9
7.	Pagos retroactivos	9
8.	Evaluaciones continuas, rescisiones y ceses	10
9.	Representantes autorizados para recibir pagos.....	11
10.	Beneficios de discapacidad y trabajo	11
a.	El SSI y los gastos laborales relacionados con las discapacidades 11	
b.	Planes SSI y PASS.....	13
c.	SSDI/Título II, período laboral de prueba, período extendido de elegibilidad y SGA	13
11.	Pagos en exceso	14

a.	Apele si existe un pago en exceso.....	14
b.	Exención del pago en exceso	15
c.	Criterios de exención	15
d.	Representantes autorizados para recibir pagos y pagos en exceso 17	
12.	Cheques perdidos, procedimiento de pago inmediato y pagos de emergencia por adelantado.....	17
13.	Apelaciones	18
a.	Pasos del proceso de apelación	18
b.	Continuidad de beneficios durante una apelación.....	19
14.	Denuncias por problemas administrativos con las oficinas del Seguro Social.....	19
B.	Medi-Cal.....	21
C.	Medi-Cal para niños y el programa EPSDT	24
D.	Servicios de apoyo en el hogar/servicios de cuidado personal	27
E.	Asistencia general y cupones de alimentos	30
F.	CalWORKs.....	31

A. Seguro social/beneficios del SSI para personas con discapacidades:

1. Dos clases de beneficios por parte de la Administración del Seguro Social

Esta sección abarca dos programas. Ambos utilizan la misma definición de discapacidad (salvo que existe una definición especial para niños en el SSI):

a. Beneficios del SSI

Ingreso del Seguro Suplementario (SSI): Estos beneficios son para niños y adultos con ingresos y recursos limitados. Las personas mayores de 65 años también pueden recibir estos beneficios (con determinadas limitaciones para los no ciudadanos). El nivel de beneficios del SSI en California para 2016 es de \$889,40 para una persona mayor o con discapacidad y de \$1496,20 para una pareja. Si recibe otro ingreso (como beneficios del SSDI/Título II) menor al SSI estándar, también puede recibir un cheque de SSI para complementar su otro ingreso. Si recibe aunque sea un dólar del SSI, automáticamente tiene derecho a recibir Medi-Cal sin costo alguno.

b. Beneficios del SSDI/Título II

Existen dos tipos de beneficios del Seguro Social para Personas con Discapacidades (SSDI). El primero es para trabajadores con discapacidades que estén asegurados bajo el Seguro Social. El segundo es para hijos adultos discapacitados de trabajadores que posee cobertura del Seguro social que están jubilados, son discapacitados o han fallecido. Dichos beneficios a veces se denominan beneficios del Título II. El Título II es la sección que cubre los beneficios por discapacidad, jubilación y para dependientes en la Ley de Seguridad Social.

1) Para trabajadores con discapacidades

Beneficios del Seguro Social para Personas con Discapacidades (SSDI): Estos son beneficios para personas que hayan trabajado y pagado el Seguro Social durante el tiempo suficiente como para calificar para recibir beneficios al sufrir alguna discapacidad. El cónyuge y los hijos del trabajador con discapacidad pueden cumplir con los requisitos para recibir

beneficios además de los del trabajador. Luego de 24 meses de recibir beneficios del SSDI, el beneficiario comienza a recibir Medicare.

2) Para hijos adultos con discapacidades de trabajadores

Beneficios del Seguro Social para Hijos Adultos con Discapacidades (DAC o CDB, por sus siglas en inglés): Este es un programa especial del Título II para personas de 18 años como mínimo, que hayan sufrido alguna discapacidad antes de cumplir los 22 y que sean solteras al momento de presentar la solicitud. Estos beneficios para dependientes especiales utilizan las ganancias de un padre (u otra persona a cargo del cuidado) jubilado, con discapacidad o fallecido que haya pagado el Seguro Social. El hijo adulto con discapacidad no es elegible para estos beneficios hasta que el padre comience a recibir beneficios en virtud del Título II al jubilarse, sufrir alguna discapacidad o fallecer. Luego de 24 meses de beneficios, el beneficiario de DAC/CDB es elegible para Medicare.

2. El proceso de solicitud

Para comenzar el proceso de solicitud, llame al 800-772-1213. Anote la fecha y el nombre de la persona que lo atienda. Se le enviará un paquete de solicitud que deberá completar y devolver. Si se devuelve el paquete dentro de los 60 días de la primera llamada telefónica, esta se tomará como la fecha de presentación de la solicitud. Si necesita ayuda para comprender o completar los formularios y encuentra a nadie que se la brinde, solicite ayuda al Seguro Social. De acuerdo con las disposiciones de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, el Seguro Social está obligado a brindarle ayuda cuando lo necesite por causa de una discapacidad.

Existen agencias locales, como los Centros de vida independiente, que pueden ayudarlo con la primera solicitud de Seguro Social. Si recibe General Assistance (ayuda general), el condado también puede ayudarlo con la solicitud del SSI.

Es muy importante apelar en el caso de que su solicitud inicial sea rechazada. (Consulte la siguiente sección sobre apelaciones). Tiene más posibilidades de ganar si contrata a un abogado que maneje su apelación. Los abogados particulares representarán a solicitantes iniciales en la etapa de audiencia frente al juez de derecho administrativo sin pago por anticipado. Si gana, los honorarios del abogado por lo general

corresponden al 25% de los beneficios adjudicados con retroactividad a la fecha de solicitud inicial. Si pierde, no paga costo alguno. Para conseguir la ayuda de un abogado local, póngase en contacto con el colegio de abogados de su condado o con la Organización Nacional de Reclamantes de Seguridad Social (NOSSCR, National Organization of Social Security Claimants' Representatives), llamando al 1-800-431-2804.

3. Cómo cumplir con los estándares de discapacidad

La oficina de Seguro Social local envía los formularios completos de los solicitantes, incluso los de divulgación de información médica y de información sobre los problemas de discapacidad de la persona, a los Servicios de Determinación de Discapacidad (DDS) del Departamento de Servicios Sociales de California. Los DDS son responsables de recopilar las pruebas médicas antes de tomar una decisión. A cada solicitante se le asignará un analista para que desarrolle el caso. Por lo general, el analista enviará los formularios sobre actividades diarias al solicitante y a alguien que conozca al solicitante.

a. Cómo puede ayudar un defensor

Obtener la ayuda de un defensor en el proceso de evaluación de discapacidad puede marcar una gran diferencia. El defensor puede ayudar, o conseguir a alguien que ayude, al solicitante a completar el formulario para que las respuestas reflejen de manera correcta el impacto de la discapacidad en la vida diaria. El defensor puede ponerse en contacto con el analista de los DDS y ayudar a obtener las pruebas médicas que faltan. En la mayoría de los casos, los rechazos erróneos se dan porque los DDS no contaban con todas las pruebas médicas necesarias. Si el defensor considera que puede haber un elemento orgánico subyacente a la discapacidad, como puede ser el caso de muchas personas con un historial de consumo de drogas o alcohol, puede sugerir una derivación para un examen neuropsicológico especial. A veces, el analista indicará al solicitante que se realice un examen psiquiátrico de consulta, pero los exámenes dispuestos por los DDS por lo general son superficiales y no abordan los problemas de discapacidad del solicitante. El defensor puede ayudar al solicitante a pedir turno para el examen a través de proveedores del condado.

b. Definición de discapacidad para adultos

Un adulto es discapacitado si no puede realizar un trabajo sustancial y lucrativo (SGA) debido a una discapacidad física o mental clínicamente determinable que se espera que dure 12 meses o más, o que lleve a la muerte. Además, la persona debe ser incapaz de realizar su trabajo anterior, en caso de haberlo tenido, o cualquier otro trabajo que abunde en el área donde vive la persona. La prueba no se basa en si el solicitante puede ser contratado para empleos básicos o no, sino en si, en caso de ser contratado, será capaz de mantener el trabajo. Identifica los problemas de discapacidad que pueden interferir con la capacidad del solicitante de mantener un empleo como encargado de estacionamiento, lavaplatos en un restaurante, cajero en un restaurante de comida rápida o como montador.

La definición de discapacidad no incluye a personas discapacitadas como resultado del abuso actual de alcohol u otra sustancia. Sin embargo, dichas personas pueden ser aseguradas si cumplen con los estándares de discapacidad debido a otras discapacidades, incluso si estas fueran el resultado de un abuso de sustancias anterior.

Primero, los DDS se fijarán si la discapacidad o combinación de discapacidades del solicitante cumple o coincide con los criterios de uno de los Listados de Discapacidades Médicas individuales. Estos se encuentran en las normas de Seguridad Social (CFR, Título 20, Sección 400) detrás del CFR, Título 20 Sección 404.1599. Para personas con discapacidades evolutivas o psiquiátricas, comenzar el listado en el punto 12.00, Trastornos Mentales. Incluso si una persona no cumple exactamente con los criterios de una de las entradas del listado, puede calificar si se demuestra que sufre una discapacidad comparable en cuanto a severidad con una discapacidad incluida en el listado. Esto se puede dar, por ejemplo, porque la persona sufre múltiples discapacidades y algunos de los criterios se cumplen en dos o más entradas. O la discapacidad de la persona puede tener el impacto funcional de una discapacidad incluida en el listado. Observe los criterios ABD debajo de las entradas de Trastornos Mentales.

Si el solicitante no cumple ni coincide con una entrada del listado, entonces los DDS se fijan si el solicitante puede o no regresar a algún tipo de trabajo que haya realizado anteriormente, si lo hubiera. Si no puede realizar ningún trabajo anterior, los DDS buscan si existe otro trabajo

razonablemente disponible que pudiera hacer en función de su edad, educación, experiencia laboral y limitaciones por discapacidad. Para personas con discapacidades psiquiátricas y otras discapacidades mentales o neurológicas, por lo general existen "limitaciones de no-esfuerzo" que se consideran. Los fallos 85-15 y 85-16 del Seguro Social hablan sobre cómo ve el Seguro Social las limitaciones respecto de discapacidades mentales o neurológicas.

c. Definición de discapacidad para niños

En 1996, el Congreso acotó la definición de discapacidad para niños. Esta definición acotada afectó principalmente a niños con discapacidades mentales. Los niños menores de 18 años son discapacitados si sufren una "discapacidad física o mental clínicamente determinable que resulte en una limitación funcional marcada o severa, y que se espera que resulte en la muerte o que haya durado o se espera que dure como mínimo por un período continuo de no menos de 12 meses". En la práctica, esto significa que los niños deben demostrar que cumplen con las entradas del listado o que coinciden con ellas en términos funcionales o clínicos.

4. Cómo cumplir con los requisitos financieros de elegibilidad.

La cantidad de recursos e ingresos de fuentes que no sean trabajo no cuenta para los fines de los programas de SSDI y DAC (Título II). Sin embargo, el SSI es un programa basado en las necesidades, y la cantidad de recursos e ingresos sí importa.

Para el SSI, una persona puede tener hasta \$2000 en recursos contables. Una pareja puede tener hasta \$3000 en recursos contables. Sin embargo, determinados recursos están exentos: hogares, mobiliario doméstico, anillos de boda y compromiso, vehículos utilizados como transporte, cuentas o fideicomisos funerarios, recursos utilizados para la autonomía económica. El Seguro Social tampoco considera las cuentas de jubilación que tiene el cónyuge de una persona con discapacidad o el padre de un niño con discapacidad.

Ingreso es dinero o algo que pueda convertirse en dinero y que se recibe en un mes. Lo que queda a comienzos del mes siguiente cuenta como recursos. El ingreso percibido menos las deducciones permitidas puede afectar la cantidad de beneficios del SSI recibidos:

Ejemplo: Dora recibe \$460 por mes en beneficios del SSDI/Título II. A esto se lo considera ingreso no percibido y el Seguro Social le impone una deducción de \$20 aplicable a todo ingreso, por lo que el ingreso contable a los fines del SSI es de \$440. El pago del SSI de Dora será por la diferencia entre el monto del SSI que recibiría si no tuviese ningún ingreso (\$889,40 en 2016 para una sola persona) y \$440, por un subsidio del SSI de \$449,40.

Para el SSI, el Seguro Social considera o "estima" el ingreso y los recursos de otras personas en determinados casos: se considera el ingreso y los recursos de un padre o padrastro que vive con un niño con discapacidad; se considera el ingreso de un cónyuge que vive en el mismo hogar; en determinados casos se considera el ingreso del padrino de un inmigrante.

5. Vivir con otra persona e ingresos "en especie"

Se aplican normas especiales cuando se reciben ingresos en especie. Los ingresos en especies solo cuentan si son comida o techo. Si alguien le entrega a un beneficiario del SSI un pase de colectivo o comida para gato, o le paga directamente a un tercero por tratamiento médico u otros servicios, esos ingresos no se toman en cuenta. Sin embargo, si el beneficiario del SSI vive con otras personas y no paga la parte que le corresponde en concepto de comida y/o gastos de vivienda, al pago del SSI se le aplicará una deducción de un tercio de la parte federal del subsidio del SSI (en 2016, unos \$244,33) en virtud de la norma de "vivir en el hogar de otra persona"; incluso si es mayor que la diferencia entre lo aportado y la "parte que le corresponde" al beneficiario del SSI.

Esta norma solo se aplica cuando los beneficiarios del SSI reciben íntegramente comida y techo del núcleo familiar. Si la norma no se aplica (al recibir comida o techo), entonces el Seguro Social aplica la norma del "valor estimado" que trata como ingreso contable al menor de (1) la diferencia entre el valor de lo recibido y lo que se paga por ello, y (2) el "valor estimado" que es un tercio de la parte federal del subsidio del SSI más \$20:

Ejemplo: Eduardo vive en un departamento ubicado arriba del garaje que está detrás de la casa de su hermana y no paga alquiler. Eduardo está de acuerdo en que el valor del alquiler es de \$300 al mes. Al pago mensual del SSI de \$889,40 correspondiente a 2016 de

Eduardo se le aplica una deducción de \$244,33 y \$20 por lo que su SSI reducido es de \$645,07.

6. Efecto del estado migratorio

A los efectos de recibir los beneficios del Título II del Seguro Social por Discapacidad y el DAC, el beneficiario solo debe residir legalmente en los Estados Unidos. Esto incluye a personas que residen con una visa o a quienes se les haya extendido una suspensión de deportación.

A los efectos del SSI, el universo se divide entre los no ciudadanos que recibían beneficios del SSI antes del 22 de agosto de 1996 (fecha en la que se sanciona la ley de la reforma de la asistencia social) o que residían legalmente en los Estados Unidos para esa fecha y los no ciudadanos que comenzaron a residir legalmente en los Estados Unidos en esa fecha o con posterioridad. Para las personas dentro de esta categoría o que recibían el SSI antes del 22 de agosto de 1996, las normas del SSI no cambiaron, salvo que los no ciudadanos que no recibían el SSI antes del 22 de agosto de 1996 no cumplirán con los requisitos para calificar para el SSI en función de la edad al cumplir 65 años. Las personas mayores podrán establecer su elegibilidad en función de discapacidad.

Las normas son complicadas para quienes fueron admitidos legalmente con posterioridad al 21 de agosto de 1996, y su elegibilidad debería analizarse con un experto en derechos de los inmigrantes.

7. Pagos retroactivos

Dado que no se consideran los recursos ni los ingresos no laborales a efectos de los programas del Título II (beneficios del SSDI y DAC), el cobro de pagos retroactivos no afecta los beneficios.

Bajo el SSI, un adulto tiene nueve meses para utilizar un cheque que cubre beneficios atrasados (tanto SSDI/DAC como SSI) antes de que el dinero pase a considerarse como recurso. Conserve los recibos para demostrarle al Seguro Social cómo redujo los recursos a los \$2000 permitidos por persona o \$3000 por pareja.

8. Evaluaciones continuas, rescisiones y ceses

Bajo el programa del SSI, los beneficiarios serán evaluados una vez por año para ver si aún cumplen con los requisitos de ingresos y recursos del programa del SSI.

Bajo los beneficios del SSI, SSDI y DAC, los beneficiarios actuales serán evaluados para verificar si continúan sufriendo una discapacidad. El Congreso le ha asignado más dinero al Seguro Social para que evalúe a las personas tres veces por año como mínimo. Las personas evaluadas no se consideran solicitantes nuevos. La evaluación supone analizar si ha habido alguna mejora que les permita trabajar. El primer paso de esta evaluación consiste en una entrevista en la oficina local. El objetivo es obtener información sobre el tratamiento y los servicios de apoyo y conseguir los formularios de divulgación para poder contactar a los profesionales de la salud. Esta información se envía a los DDS, organismo estatal que también toma decisiones para los solicitantes.

El rol de los defensores es importante en este proceso. A veces las personas se asustan y no responden a las citas del Seguro Social ni a los contactos de los DDS. En estos casos, el beneficiario actual dejará de recibir los beneficios, no porque haya perdido su condición de discapacitado sino por "falta de cooperación". El defensor puede ayudar muchísimo encontrando a alguien que pueda ayudar al beneficiario durante el proceso y advirtiéndole a los DDS sobre la necesidad de realizar una adaptación razonable a las limitaciones por discapacidad de la persona.

El defensor puede colaborar asegurándose de que los DDS obtengan pruebas médicas de las fuentes de tratamiento para no tener que enviar al beneficiario a uno de los examinadores consultivos del Seguro Social. Si el beneficiario se atiende en una clínica, le recomendamos que la persona de la clínica más familiarizada con el paciente redacte un informe comparando la situación previa y la actual, que deberá llevar la firma del equipo de tratamiento. El Seguro Social solo reconoce informes que lleven la firma de un médico o de un psicólogo clínico.

Si el cliente recibe una notificación informando la rescisión de los beneficios del Seguro Social, apele de inmediato. En muchos casos, continuará recibiendo los beneficios si se solicita una apelación dentro de

los 10 días de la fecha de la notificación. Consulte la información incluida en el título "Apelaciones" más adelante en esta sección.

9. Representantes autorizados para recibir pagos

Si el Seguro Social determina que el beneficiario necesita ayuda para administrar su dinero, el Seguro Social puede designar a un familiar, organismo o amigo como representante autorizado para recibir pagos. Las personas cuyas discapacidades incluyen problemas de drogas o alcohol deben tener un representante que reciba los pagos. Solo en ocasiones excepcionales el Seguro Social aprobará a un hogar de pensión y cuidado como representante autorizado para recibir pagos. Si bien los pagos se realizan directamente al representante autorizado para recibir pagos, el dinero es del beneficiario. En determinadas circunstancias, el Seguro Social autoriza al representante autorizado para recibir pagos a deducir \$35 por mes (\$68 por mes para personas que necesiten un representante por abuso de drogas o alcohol) en concepto de honorarios.

El beneficiario puede objetar la determinación de que necesita un representante autorizado para recibir pagos y la designación de una persona en particular para que actúe como tal. El Seguro Social tiene la obligación de investigar las denuncias de abuso financiero por parte de un representante autorizado para recibir pagos. Los informes deben presentarse por escrito al Seguro Social. En casos graves, el Seguro Social tiene la obligación de investigar y suspender los pagos al representante autorizado para recibirlos.

10. Beneficios de discapacidad y trabajo

El Seguro Social trata al trabajo de manera diferente dependiendo de si recibe beneficios por discapacidad del SSI o del Título II. Si recibe ambos, se le aplican los dos grupos de normas simultáneamente.

a. El SSI y los gastos laborales relacionados con las discapacidades

Usted puede trabajar y continuar recibiendo el SSI salvo que su ingreso resulte tan alto que deje de ser financieramente elegible. El SSI cuenta con amplias reglas para el cálculo de ingresos: se excluyen \$20,00 de todo ingreso no percibido, los primeros \$65,00 del ingreso percibido y la mitad de su ingreso percibido al calcular el monto de su SSI.

Además, puede reducir su ingreso contable e incrementar así el monto de su SSI a través de deducciones por gastos laborales relacionados con las discapacidades (IRWE). Estos son los cargos que el beneficiario paga de su bolsillo por asistencia y tratamiento relacionados con la discapacidad y los gastos adicionales que pueden surgir por trabajar y tener una discapacidad. Los gastos laborales por ceguera (BWE) también les permiten a personas ciegas reducir gastos vinculados con el trabajo. Los BWE son más amplios ya que el gasto no tiene que estar vinculado a la ceguera del beneficiario, y porque los gastos se deducen más adelante en el proceso. Por ejemplo, los impuestos federales, estatales y locales, y los del Seguro Social se consideran BWE.

Comparación del pago mensual del SSI con BWE versus IRWE:

Con BWE de \$40

\$361 Ingresos percibidos

-20 Exclusión sobre ingresos generales

\$341

-65 Exclusión sobre ingresos percibidos

\$276

÷ 2

=138 ½ Ganancias restantes

\$138

-40 Gastos laborales por ceguera

=\$ 98

\$98 Ingresos contables

\$889,40 SSI para 2016 Tasa de beneficio para una persona con ceguera

-98 Ingresos contables

\$791,40 Pago del SSI

Con BWE de \$40

\$361

-20 Exclusión sobre ingresos generales

\$341

-65 Exclusión sobre ingresos percibidos

\$276

-40 Gastos laborales relacionados con las discapacidades
\$236
÷2
= 118 ½ ganancias restantes

\$118 Ingresos contables

\$889,40 SSI para 2016 Tasa de beneficio por persona con ceguera

-118 Ingresos contables

\$771,40 Pago del SSI

Consejo útil: Si usted vive en un hogar de pensión y cuidado que brinda atención y supervisión además de pensión completa, el valor de estos servicios puede deducirse de cualquier ingreso percibido, en concepto de gastos laborales relacionados con las discapacidades.

b. Planes SSI y PASS

Con un "Plan para lograr la autosuficiencia" o PASS (por sus siglas en inglés), el ingreso o los recursos sobrantes pueden protegerse y no tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad para el SSI. El ingreso o los recursos protegidos se pueden utilizar para pagar clases, el equipo necesario para trabajar, etc. Las personas interesadas en ver cómo puede ayudarlos el PASS, y en especial los que en la actualidad no son elegibles para el SSI, deben recurrir a alguien con conocimientos en redacción e implementación de los Planes para lograr la autosuficiencia. La SSA cuenta con empleados especialmente capacitados, denominados Pass Cadre, que trabajan con el programa de PASS. El sitio web que aparece abajo incluye un mapa que puede utilizar para localizar el Pass Cadre en su zona: www.socialsecurity.gov/passcadre. Los beneficiarios también pueden recurrir a sus planificadores de beneficios (consulte la información de WIPA que se incluye a continuación).

c. SSDI/Título II, período laboral de prueba, período extendido de elegibilidad y SGA

Para los beneficios del SSDI/Título II, el hecho de trabajar puede dar lugar a la rescisión de los beneficios; incluso para personas que continúan sufriendo discapacidades. Tendrá un "período laboral de prueba" (TWP) de un mes si (1) gana más de \$810 (en 2016) o (2) si trabaja más de 40 horas por mes, en el caso de los trabajadores autónomos. El monto

percibido en cualquier mes de período de prueba no afecta al monto de los beneficios sino hasta el noveno mes de período laboral de prueba. Luego del mes de período laboral de prueba, hay un período extendido de elegibilidad (EPE) de treinta y seis meses consecutivos. Cuando los ingresos brutos de un beneficiario superan los \$1130 (en 2016) durante el período de treinta y seis meses, el Seguro Social presume que el beneficiario está llevando a cabo un "trabajo sustancial y lucrativo" o SGA y cesan los beneficios correspondientes a ese mes. Durante estos treinta y seis meses, el beneficiario tiene derecho a recibir beneficios si su actividad laboral está por debajo del SGA. Sin embargo, si el beneficiario continúa ganando por sobre el nivel del SGA luego del período de prueba de treinta y seis meses, el beneficio del Seguro Social se interrumpe.

Incluso si los ingresos brutos superan los \$1130 al mes, a veces otros factores como la ayuda adicional para realizar el trabajo o la participación en un programa de apoyo al empleo ("subsidio"), la atención médica que abona usted mismo o la parte del pago que realiza al hogar de pensión y cuidado que cuentan como atención y supervisión (IRWE), indican que el trabajo no es un SGA. Los temas de discapacidad y trabajo resultan particularmente complicados para las personas que reciben beneficios por discapacidad en virtud del Título II. De ser posible, las personas que desean intentar trabajar deben consultar primero a un defensor.

Los programas de WIPA (Planificación de incentivos y asistencia laboral) son organizaciones comunitarias que reciben subvenciones de la SSA para brindarle a todos los beneficiarios por discapacidad del Seguro Social y del SSI (incluso a jóvenes en edad de comenzar a trabajar) acceso gratuito a la planificación de incentivos y asistencia laboral. Cada programa WIPA tiene asesores llamados Coordinadores de incentivos laborales comunitarios (CWIC) que pueden brindar planificación de incentivos y asistencia laboral a los beneficiarios con discapacidades. Si desea encontrar la organización WIPA más cercana llame al 1-866-968-7842 o al 1-866-833-2967 (TTY/TDD) para personas con discapacidades auditivas.

11. Pagos en exceso

a. Apele si existe un pago en exceso

Cuando un beneficiario recibe una notificación de pago en exceso, la primera pregunta es si realmente lo hubo. Si el monto, el período o

cualquier información objetiva incluida en la notificación de pago en exceso no es correcta, solicite una apelación dentro de los 10 días. En algunos casos, continuará recibiendo los beneficios durante la apelación. Consulte la información bajo el título "Apelaciones". En el caso de que el beneficiario no lo pueda dilucidar a partir de la notificación, entonces se deberá solicitar una reconsideración mediante una "reunión informal" para que el beneficiario pueda conocer el motivo del pago en exceso.

b. Exención del pago en exceso

Incluso en el caso de que el beneficiario admita que el pago en exceso es correcto pero considera que no ha sido culpa suya, deberá solicitar que la SSA le otorgue una exención del pago en exceso.

c. Criterios de exención

Para que se otorgue una exención, se debe verificar la veracidad de dos aspectos: (1) que el beneficiario no sea culpable de provocar el pago en exceso Y (2) que la recuperación del pago en exceso sea contraproducente a los fines de la Ley de Seguridad Social, al privar al beneficiario de los ingresos y los recursos necesarios para "gastos comunes y corrientes" o que el pago en exceso sea "contra la equidad y la buena fe". Título 42 del USC, Sección 404 (b); Título 20 del CFR, Sección 404.509.

Para determinar la "culpa", la SSA evaluará si el beneficiario:

- No proporcionó información que sabía o debió haber sabido que era fundamental.
- Hizo una declaración incorrecta que sabía o debió haber sabido que era incorrecta.
- No devolvió un pago que sabía o se podría haber esperado que supiera que era incorrecto. Título 20 del CFR, Sección 404.507.

Si el pago en exceso es por cambios en los ingresos o en la situación de vida, el Seguro Social observa principalmente si el beneficiario comunicó o no dicho cambio al Seguro Social. El Seguro Social está obligado a considerar las limitaciones por discapacidad al momento de determinar si alguien tuvo la culpa o no a los fines de una exención.

Para determinar si la recuperación del pago en exceso es "contraproducente a los fines de la Ley de Seguridad Social":

La SSA evaluará la información financiera que el beneficiario brinde como parte de su solicitud de exención para tomar esta determinación. El beneficiario debe demostrar que necesita la totalidad o gran parte de su ingreso para cubrir sus gastos comunes y corrientes.

Incluso si el Seguro Social determina que el beneficiario no tuvo la culpa, la solicitud de exención se rechazará si no se encuentran pruebas convincentes de que el reembolso generaría grandes dificultades.

Para determinar si el pago en exceso va "contra la equidad y la buena fe":

Existe un fallo judicial que establece que al determinar la equidad y la buena fe, la decisión debe tener en cuenta "todos los hechos y circunstancias del caso y basarse en un concepto amplio de justicia". *Quinlivan contra Sullivan*, 916 F.2d 524.

CONSEJO ÚTIL: Cuando existe un pago en exceso y la persona está recibiendo beneficios por discapacidad del SSI o del SSI y del Título II, el monto del reembolso se limita al 10%, salvo que haya fraude. A pesar de que esta protección no se aplica a las personas que solo reciben beneficios por discapacidad del Título II, en la práctica el Seguro Social suele organizar un cronograma de pagos mensuales. Muchas veces, el beneficiario precisa ayuda para llenar el formulario de exención y/o explicar cómo las limitaciones por discapacidad interfirieron con la habilidad del beneficiario para entender o actuar de conformidad con los requisitos de información. En los casos en los que el beneficiario no haya informado, o no haya llevado registros de informes, el defensor puede ayudar al beneficiario a poner los sistemas de registros e informes en orden. Cada beneficiario del SSI debería tener un cuaderno y una perforadora de tres agujeros para poder colocar dentro del cuaderno todo lo que se recibe y una copia de todo lo que se envía, y poder anotar todos los contactos y comunicaciones.

d. Representantes autorizados para recibir pagos y pagos en exceso

Cuando hay un pago en exceso y un representante autorizado para recibir pagos, en la mayoría de los casos no se debería atribuir culpabilidad alguna al beneficiario por el pago en exceso. El beneficiario tiene derecho a solicitar una exención, independientemente de cualquier derecho que el representante autorizado para recibir pagos pueda tener.

12. Cheques perdidos, procedimiento de pago inmediato y pagos de emergencia por adelantado

Los solicitantes de beneficios del SSI o del Título II que aparentemente sean elegibles para estos beneficios y que estén atravesando una emergencia financiera pueden obtener un pago de emergencia por adelantado de los beneficios de hasta un mes. SSA POMS SI 02004.005, DI 11055.245. El solicitante debe ser presuntamente elegible en función de su edad o discapacidad (el Seguro Social tiene un listado de discapacidades presuntamente elegibles como SIDA, ceguera total, etc.); o se debe probar la elegibilidad al SSI pero el Seguro Social no ha terminado los trámites para el inicio de los beneficios. La emergencia financiera debe suponer una amenaza inmediata a la salud o a la seguridad, tal como la falta de alimentos, vestimenta, vivienda o atención médica. La oficina del Seguro Social puede extender un cheque en el momento, sin demoras informáticas ni postales.

Para los clientes cuyos beneficios del SSI o del Título II ya han sido aprobados y que enfrentan una emergencia financiera, el Seguro Social puede solicitar una emisión de cheque acelerado, en cuyo caso el Departamento del Tesoro envía el cheque al cliente por correo. Si la emergencia es tal que el cliente no puede esperar a recibir el cheque por correo, la oficina del Seguro Social puede extender un pago inmediato del SSI de \$999 en el momento. POMS SI 02004.100 y POMS RS 02801.010.

En caso de demora o extravío del cheque del Seguro Social, el cliente debe informar la situación de inmediato. El Seguro Social tiene, entonces, hasta 10 días para emitir un cheque de reemplazo. POMS SI 02004.100B.4.

13. Apelaciones

a. Pasos del proceso de apelación

Los pasos del proceso de apelación del Seguro Social son: (1) reconsideración, (2) audiencia de apelación ante un juez de derecho administrativo (ALJ), (3) apelación ante el Consejo de Apelaciones, (4) apelación ante la corte federal.

Reconsideración

El plazo para presentar una apelación (solicitud de reconsideración o de audiencia) es de 60 días desde la fecha de recepción del fallo. El Seguro Social presume que la notificación fue recibida cinco días después de la fecha que figura en la notificación. La manera de presentar su caso depende del problema en cuestión y de si usted le está solicitando a la SSA que reconsidere una decisión sobre una solicitud, o sobre la suspensión, reducción o terminación de beneficios.

Solicitud nueva

Si usted ha estado recibiendo beneficios del SSI o SSDI por ceguera o discapacidad y solicita la reconsideración de una decisión inicial o revisada de que, según factores médicos, usted ya no sufre de ceguera o discapacidad, la SSA le dará la oportunidad de una audiencia por discapacidad. Su audiencia por discapacidad estará dirigida por un funcionario de audiencias por discapacidad que no haya estado involucrado en la toma de la decisión que se está apelando. La audiencia por discapacidad le permitirá presentar pruebas y sus propias opiniones ante un funcionario de audiencias por discapacidad.

Suspensión, reducción, terminación de beneficios por motivo no médico

Los beneficiarios que estén recibiendo el SSI pueden solicitar reconsideración mediante revisión del caso (otra persona de la oficina revisará los papeles del expediente y todo lo que usted presente), reunión informal (le brinda la posibilidad de presentar testigos) o reunión formal (similar a la reunión informal pero se puede expedir una citación para ordenar la presencia de una persona o de papeles que puedan ser necesarios para una decisión justa). Si deja el formulario en blanco en cuanto a qué tipo de reconsideración desea, el Seguro Social solo le otorgará la posibilidad de reconsideración mediante revisión del caso.

Para los beneficiarios del SSDI, solo se encuentra disponible el procedimiento de revisión del caso para apelaciones en relación a cuestiones no médicas.

b. Continuidad de beneficios durante una apelación

Al apelar una notificación que indica que usted ya no sufre de ninguna discapacidad, por lo que la terminación se basa en razones médicas, continuará recibiendo los beneficios totales durante la audiencia ante el ALJ si apela dentro de los 10 días de haber recibido la notificación inicial o de reconsideración y solicita la continuidad de sus beneficios. Solicite completar la Declaración de elección de continuidad de los beneficios. Si más adelante pierde, pero apeló de buena fe, los pagos en exceso pueden eximirse. Para otras cuestiones, la continuidad de los beneficios solo estará disponible para las personas que reciban beneficios del SSI o SSI y Título II y únicamente durante el primer paso de reconsideración del proceso de apelación. La solicitud de reconsideración con continuidad de beneficios se debe realizar dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la notificación.

Las personas que solo reciben beneficios por discapacidad de Título II del Seguro Social no tienen derecho a continuidad de los beneficios al solicitar una reconsideración que involucre un tema no médico.

14. Denuncias por problemas administrativos con las oficinas del Seguro Social

A veces surgen problemas con el modo en el que la oficina local del Seguro Social maneja el caso de un cliente, además de cuestiones que se pueden abordar en la apelación como si el cliente sufre de discapacidad o si existe un pago en exceso. Algunos ejemplos son: el cliente recibe un trato grosero; el cliente presenta una apelación pero nunca obtiene una respuesta o audiencia y se produce la interrupción de los beneficios de todos modos; el empleado del Seguro Social se niega a aceptar una solicitud o pedido de apelación; se le niega al cliente una adaptación por su discapacidad; el Seguro Social se niega a colaborar en caso de pérdida o extravío del cheque; o el Seguro Social se niega a responder cuando el cliente informa problemas con un representante autorizado para recibir pagos.

Cuando un cliente tiene problemas con respecto a la forma en la que el Seguro Social administra los beneficios, debe redactar una carta de denuncia al "Gerente local" de la oficina del Seguro Social, explicando el problema y solicitando una investigación. Además, debería enviar una copia de su denuncia a la Unidad de Asuntos Públicos, Administración del Seguro Social, Oficina Regional de San Francisco, P.O. Box 4201, Richmond CA 94904. Teléfono: (510) 970-0000; Fax: (510) 970-8216.

A esa misma oficina también pertenece la "Unidad del Congreso" (Critical Congressional Unit) que se ocupa de las investigaciones del personal del Congreso sobre las denuncias de los votantes. Ante una situación de emergencia, como por ejemplo que se den de baja los beneficios de un cliente sin previo aviso, responderán las solicitudes del defensor (pero no las del cliente).

Póngase en contacto con su representante del Congreso

Si no ha logrado solucionar su problema con la SSA, puede ponerse en contacto con su representante del Congreso. Los representantes pueden ayudar a los votantes a resolver problemas que tienen con los organismos federales. La mayoría de los representantes le harán completar un "formulario de autorización de estudio del caso", que generalmente se puede encontrar en el sitio web del representante. Este formulario cumple dos objetivos. En primer lugar, constituye el consentimiento escrito que permite a la SSA divulgar información a su representante. En segundo lugar, sirve para explicarle a su representante la ayuda que usted le solicita. Puede localizar a su representante local ingresando a: <http://www.house.gov/zip/ZIP2Rep.html>

Sección 504, Reclamos

Los organismos federales, que incluyen al Seguro social, están sujetos a la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, Título 29 del U.S.C., Sección 794. La Sección 504 establece que la Administración del Seguro Social no puede discriminar a las personas por su discapacidad. La Sección 504 requiere que la Administración del Seguro Social disponga de establecimientos adecuados para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad que solicitan o reciben beneficios. Si considera que ha recibido un trato injusto por parte de la SSA por motivo de su discapacidad, tiene derecho a presentar una denuncia por violación de los derechos civiles, contemplada en la Sección 504. El trato injusto

puede incluir no recibir la ayuda adicional que necesita debido a su discapacidad.

Envíe la denuncia de la Sección 504 a la Administración del Seguro Social, Oficina de adjudicaciones de denuncias por violación de los derechos civiles, P.O. Box 17788, Baltimore, MD 21235-7788. Conserve una copia de su Denuncia y anote en ella la fecha en la que la envía por correo. Si no recibe respuesta del Seguro Social dentro de cuatro a seis semanas, realice un seguimiento. El número de teléfono de la oficina que administra las denuncias de la Sección 504 es (866) 574-0374. Explique que presentó una denuncia contra el Seguro Social por violación a los derechos civiles, contemplada en la Sección 504, para que lo deriven a la persona correcta.

B. Medi-Cal

1. Elegibilidad de Medi-Cal en relación con el SSI

El programa Medicaid, conocido en California como Medi-Cal, paga la atención médica a las personas de bajos ingresos. Las personas que reciben SSI son automáticamente elegibles para obtener los beneficios de Medi-Cal sin tener que solicitarlo por separado a Medi-Cal.

Cuando las circunstancias del beneficiario cambian de manera que afecta la elegibilidad para obtener los beneficios de Medi-Cal, como la pérdida del SSI, Medi-Cal no da de baja los beneficios automáticamente. Medi-Cal continúa brindando los beneficios mientras el condado busca alguna manera posible para que el beneficiario pueda continuar recibiendo los beneficios de Medi-Cal. Este proceso se diseñó para evitar bajas innecesarias (y que los beneficiarios tengan que volver a solicitar los beneficios). Si su condado actúa correctamente, este proceso “continuo” permite a las personas pasarse libremente de un programa a otro sin que se interrumpa innecesariamente su cobertura.

CONSEJO ÚTIL: Es más fácil y rápido obtener los beneficios por discapacidad de Medi-Cal que obtener el SSI. Solicite primero los beneficios de Medi-Cal y luego, una vez que Medi-Cal está vigente, solicite el SSI en la oficina del Seguro Social. Si se le niega el SSI, Medi-Cal continuará siempre y cuando siga apelando. Si primero se niega el SSI, esta denegación también registrará para la solicitud de Medi-Cal, que será denegada.

2. Otras maneras de obtener Medi-Cal

Las personas que no obtienen el SSI igual pueden obtener los beneficios de Medi-Cal. Para obtener solo los beneficios de Medi-Cal, solicítelos en la oficina de bienestar público del condado. Medi-Cal debe aprobar o denegar la solicitud dentro de los 45 días. Cuando se debe tomar una determinación por discapacidad, el condado cuenta con un plazo más extenso de 90 días.

Incluso si el ingreso de la persona es muy alto como para obtener el SSI, igual puede obtener los beneficios de Medi-Cal si:

- Cumple con los límites de recursos de Medi-Cal (\$2000 para una persona, \$3000 para una familia compuesta por dos personas, montos más altos para familias más numerosas);
- Tiene más de 65 años, padece ceguera o una discapacidad que cumple con las normas de la SSA; y
- Reside en California y es ciudadano estadounidense o inmigrante “calificado”, como residente permanente legal.

El condado primero debe evaluar si el solicitante reúne los criterios para no pagar parte del costo del programa Medi-Cal o recibirlo gratuitamente. Existen varios programas de Medi-Cal que no requieren que el beneficiario abone una parte del costo mensual o prima. Un sitio web útil que describe otros programas de Medi-Cal es el de Health Consumer Alliance:

<http://healthconsumer.org/Medi-CalOverview2008Ch7.pdf>

Si el ingreso de una persona supera el estándar de Medi-Cal (\$600 para una persona, \$750 para dos personas, \$934 para tres personas o una pareja, montos más altos para familias más numerosas), dicha persona puede obtener los beneficios de Medi-Cal abonando una “parte del costo” mensual. La parte del costo corresponde a la diferencia entre el ingreso contable de la persona y el correspondiente Nivel de Necesidad de Mantenimiento de Medi-Cal. Una vez que el beneficiario de Medi-Cal obtenga las facturas médicas cuyo monto coincida con el de su parte del costo mensual, Medi-Cal abonará el resto de sus facturas médicas del mes. Un beneficiario de Medi-Cal también puede acumular a futuro la parte del costo correspondiente a varios meses con facturas médicas antiguas e impagas.

3. Medicare y Medi-Cal

Las personas que obtienen los beneficios de Medicare porque obtienen los beneficios del Título II pero no obtienen el SSI también pueden solicitar los beneficios de Medi-Cal. Medi-Cal cubre algunos servicios que Medicare no cubre.

4. Servicios cubiertos por Medi-Cal

Medi-Cal se encarga de abonar una amplia variedad de servicios médicamente necesarios. Los servicios de salud mental se cubren a través del plan de cuidados administrados de salud mental de Medi-Cal del condado. Otros servicios cubiertos incluyen consultas médicas, internación, medicamentos recetados, radiografías y servicios de laboratorio, equipos médicos duraderos y atención médica en el hogar, incluso servicio de enfermería. Luego de que el proveedor presenta una Solicitud de Autorización para Tratamiento a fin de cubrir los servicios necesarios, Medi-Cal cuenta con 30 días para aprobar, denegar o devolver la solicitud para obtener más información. Si Medi-Cal no actúa dentro de los 30 días, la solicitud se considera automáticamente aprobada.

5. Apelaciones de Medi-Cal

Si Medi-Cal rechaza una solicitud de elegibilidad o una solicitud de servicios, el condado, la agencia de Medi-Cal o el plan de cuidados administrados de Medi-Cal debe enviar una notificación de acción por escrito al beneficiario, explicando el motivo del rechazo. En la notificación también se debe explicar cómo apelar mediante audiencia justa de Medi-Cal. Incluso si no se envió una notificación de acción, por ejemplo cuando se retrasa la obtención de servicios necesarios, el cliente puede apelar llamando o escribiendo a la oficina de audiencias justas de Medi-Cal.

CONSEJO ÚTIL:

Línea telefónica de apelaciones gratuita: (800) 743-8525

Fax: (916) 651-6258

Oficina del ALJ principal: (916) 657-3550

C. Medi-Cal para niños y el programa EPSDT

1. Elegibilidad de Medi-Cal más amplia para niños

Los niños con discapacidades cuyos padres reciban un ingreso alto igual pueden calificar para obtener los beneficios de Medi-Cal abonando una parte del costo. Incluso si la parte del costo es de varios miles de dólares por mes, Medi-Cal puede ayudar cubriendo el resto de los cargos hospitalarios u otros cargos que hubiera por mes.

Algunas otras reglas especiales de elegibilidad de Medi-Cal:

- (a) Al calcular la parte del costo, no se considera el ingreso de los padrastros; se considera únicamente el ingreso del niño y el ingreso del padre o la madre (con quien viva el niño).
- (b) Los niños que no viven en su hogar por fallo del Tribunal de tutela de menores son automáticamente elegibles para obtener los beneficios de Medi-Cal.
- (c) Los niños que reciben financiamiento de asistencia para adopciones son elegibles para obtener los beneficios de Medi-Cal. Además, los niños pueden calificar para obtener los beneficios de Medi-Cal sin tener que pagar parte del costo, independientemente de los bienes y recursos de sus padres a través de los programas de "índice de pobreza". Esto es importante ya que los ahorros familiares a veces hacen que el niño no sea elegible para obtener los beneficios de Medi-Cal.

2. Continuidad de Medi-Cal para niños con discapacidades.

Los niños que ya no reciben el SSI en virtud de las nuevas normas de discapacidad más estrictas, tienen derecho a recibir los beneficios de Medi-Cal si fueran elegibles para obtener el SSI de no ser por el cambio en la definición; además, tienen derecho a continuar recibiendo los beneficios de Medi-Cal durante el proceso de apelación. Esto es así incluso si los beneficios del SSI se interrumpen durante la apelación. Los beneficios de Medi-Cal siguen vigentes no solo durante la audiencia ante el ALJ del Seguro Social, sino también durante la solicitud de revisión por parte del Consejo de Apelaciones. Si el niño pierde la audiencia ante el ALJ, es importante que apele ante el Consejo de Apelaciones si considera que aún padece la discapacidad y necesita los beneficios de Medi-Cal.

3. Servicios de salud mental del EPSDT

Los niños menores de 21 años que son elegibles para recibir los beneficios de Medi-Cal tienen derecho a recibir servicios adicionales, incluso servicios intensivos de salud mental en la comunidad y en el hogar, a través de un programa especial conocido como EPSDT, que significa "Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico". Título 42 del U.S.C., Sección 1396a (a)(10)((A); Título 42 del U.S.C., Sección 1396d(a)(4)(B). Según el programa EPSDT, el estado debe proporcionar servicios de diagnóstico y tratamiento "a fin de corregir o mejorar defectos y enfermedades físicas y mentales cubiertas por las pruebas de detección, independientemente de que estas pruebas estén o no cubiertas bajo el plan estatal". Título 42 del U.S.C., Sección 1396d(r)(5). Este es un estándar de necesidad médica más sencillo que el plan Medi-Cal regular: los niños pueden recibir los servicios para mantenerlos vigentes, incluso si la enfermedad no mejorara necesariamente.

Los niños tienen derecho a recibir los servicios del EPSDT que necesitan, incluso si no estuvieran disponibles si fueran adultos. Estos servicios se conocen con el nombre de servicios "complementarios" del EPSDT. El programa EPSDT cubre la terapia individual o familiar con más frecuencia de lo que Medi-Cal la autorizaría. EPSDT también puede cubrir los amplios servicios de control de conducta e intervención en caso de crisis en el hogar, viviendas colectivas u hogares comunitarios para niños con discapacidades mentales. Estos servicios pueden incluir asesores de comportamiento individuales o incluso "dos en uno" y otros programas de control de conducta en el hogar, terapia familiar, terapia en el hogar, personal de apoyo terapéutico y servicios de intervención de comportamiento o capacitación sobre destrezas de la vida. El costo de los servicios EPSDT en el hogar o la comunidad no debe superar el costo de la internación en instituciones.

El proveedor debe solicitar autorización para prestar los servicios suplementarios de salud mental de EPSDT del plan de cuidados administrados de salud mental del condado. La autorización para otros servicios suplementarios que no sean de salud mental del EPSDT se debe solicitar al Departamento de Servicios de Salud del Estado o al plan de cuidados administrados, si el niño está inscrito en el plan de cuidados administrados de Medi-Cal para obtener los servicios de salud física. En el caso de que la solicitud de autorización sea denegada, la familia puede

apelar a través del proceso de apelaciones regular de Medi-cal. (Consulte la sección B.5 anterior)

4. Administración de casos de EPSDT

Según el EPSDT, los niños califican para obtener los servicios intensivos de administración de casos similares a la Administración de casos específicos para adultos. Los niños y sus familiares pueden solicitar la administración del caso para ayudar a solicitar los servicios suplementarios de salud mental del EPSDT, identificar a un proveedor, elaborar un plan de tratamiento, etc. El proveedor o un familiar también pueden solicitar los servicios de salud mental del EPSDT directamente a su condado.

5. Servicios de intervención de comportamiento del EPSDT

Los servicios terapéuticos de comportamiento (TBS) son servicios de intervención de comportamiento individual para niños con problemas graves de salud mental. Los TBS se han prestado, desde 1998, como un servicio suplementario especializado en salud mental del EPSDT, como resultado del juicio federal, Emily Q. c/ Belshe, N.º 98-4181 WDK(AIJX), (U.S.D.C, C.D. Cal.). La demanda fue presentada contra el Departamento de Servicios de Salud del Estado (DHCS) en nombre y representación de una clase de niños que estaban en un hogar residencial de alto nivel, o corrían el riesgo de estarlo, como resultado del comportamiento relacionado con sus problemas de salud mental.

Los TBS constituyen un importante tratamiento de intervención ambulatorio para los beneficiarios del EPSDT menores de 21 años de edad que padecen un grave trastorno emocional y necesitan servicios de intervención personalizada a corto plazo, a fin de alcanzar los resultados relacionados con su conducta que se establecen en el plan de tratamiento. Un componente importante dentro de los TBS es contar con un asesor o ayudante de TBS in situ, dondequiera que se encuentre el niño, durante períodos específicos a fin de reorientarlo o brindarle otras intervenciones conforme se establece individualmente en el plan de tratamiento.

Los niños/jóvenes cumplen con la definición de clase para ser elegibles para obtener los TBS en virtud del juicio de Emily Q, si al niño/joven se le asigna una vivienda colectiva de alto nivel (RCL 12-14) que brinde tratamiento de salud mental o un establecimiento de tratamiento de salud mental cerrado, o si el establecimiento es una vivienda colectiva que

brinda tratamiento intensivo de salud mental o un establecimiento de tratamiento de salud mental cerrado se considera una posible opción para el niño/joven, o si el niño/joven ha sido internado al menos una vez en una institución psiquiátrica en los últimos 24 meses. Dichos niños/jóvenes son elegibles para obtener los TBS si el proveedor de servicios de salud mental descubre que, según su criterio clínico, es altamente probable que, sin el apoyo adicional a corto plazo de los TBS, (1) al niño/joven se lo tenga que asignar a un establecimiento en una vivienda colectiva que preste servicios de tratamiento intensivo de salud mental o a un establecimiento cerrado para el tratamiento de problemas de salud mental, o que necesite servicios para pacientes agudos hospitalizados en un hospital psiquiátrico, servicios en centros psiquiátricos o servicios de tratamiento domiciliario para crisis; o (2) el niño/joven necesite apoyo adicional de los TBS para poder pasar de cualquiera de esos niveles a un caso domiciliario de menor gravedad.

El niño/joven debe estar recibiendo por lo menos algún otro servicio de salud mental para ser elegible para obtener los TBS, pero no debe estar recibiendo los servicios “integrales”. Los TBS, sin embargo, por lo general son más efectivos cuando se prestan como parte de un plan intensivo, coordinado e “integral” para niños a quienes de lo contrario se les asignaría una vivienda colectiva de alto nivel (RCL 12 a 14) o una unidad psiquiátrica aguda u hospital estatal.

A través del EPSDT, el Estado y el condado deben cubrir los TBS, así como otros servicios de salud mental para niños cuando sean médicamente necesarios, incluso la administración de casos para ayudar a las familias a encontrar proveedores y presentar solicitudes, y a hacer una planificación intensiva y coordinada del caso. El Estado y el condado deben prestar los servicios del EPSDT de inmediato a todos los niños que los necesiten, sin utilizar listas de espera.

D. Servicios de apoyo en el hogar/servicios de cuidado personal

1. Los cuatro programas de IHSS

En la actualidad, existen cuatro programas de IHSS: (1) el programa residual original (IHSS-R) (quedan muy pocas personas en este programa); (2) el Programa de Servicios de Cuidado Personal de Medi-Cal (PCSP); (3) el Programa de IHSS Plus Opciones (IPO); y (4) y la Primera Opción Comunitaria (CFCO). Cuando la gente dice “IHSS”, generalmente

se refiere a estos cuatro programas. El PCSP de Medi-Cal cubre la mayoría de los servicios prestados a la gente, en el que el gobierno federal paga casi la mitad del costo de los servicios, conforme a las normas del programa regular de Medicaid (al igual que el gobierno federal paga casi la mitad del costo de otros servicios de Medi-Cal). Si el cónyuge o uno de los padres del menor presta los servicios, o si existe un pago por adelantado o una asignación de alimentos en un restaurante, y el beneficiario es un beneficiario sin restricciones de Medi-Cal, entonces el programa IHSS Plus Opciones o Primera Opción Comunitaria, según sus necesidades, cubren los servicios de conformidad con las normas federales de Medicaid. Las personas que no son elegibles como beneficiarios sin restricciones de Medi-Cal deben recibir sus servicios de IHSS del Programa IHSS-R.

2. ¿Qué servicios puede brindar un trabajador de IHSS?

El programa de IHSS autoriza los servicios necesarios para ayudar a las personas a permanecer seguras en sus propios hogares. “Propios hogares” incluye un hotel residencial pero no una institución de alojamiento y cuidado. IHSS paga los servicios de un trabajador que brinda cuidados en el hogar para que realice los quehaceres domésticos y preste servicios de cuidado personal. Los servicios cubiertos incluyen: servicios domésticos (limpieza, sacar la basura, etc.), servicios relacionados (preparación y planificación de la comida, limpieza, servicio de lavandería, incluso planchar y guardar la ropa, hacer las compras y otros mandados), servicios de cuidado personal (ayuda para vestirse, acicalarse, bañarse, acostarse y levantarse), servicios de acompañamiento al médico o servicios alternativos, como programa diurno, y servicios paramédicos (es decir, inyecciones de insulina). Los beneficiarios están autorizados durante la cantidad de horas semanales o mensuales que se necesiten para finalizar las tareas que requieren para vivir en el hogar de manera segura.

3. ¿Quién puede ser su trabajador de IHSS?

En la mayoría de los condados, los servicios son prestados por proveedores individuales, lo que significa que el beneficiario decide a quién contratar. El trabajador de IHSS del condado puede suministrar los números de teléfonos de agencias que cuentan con listados de trabajadores interesados o el beneficiario puede comunicarse con el centro de vida independiente más cercano. En algunos condados, los trabajadores se consiguen a través de agencias.

4. Solicitud de IHSS

El proceso de solicitud comienza con un llamado al Departamento de Bienestar del condado. El Departamento de Bienestar enviará a alguien para que evalúe al solicitante, a fin de determinar los servicios y la cantidad de horas a autorizar. Tiene derecho a que lo evalúen antes de mudarse a su propio hogar para que no se interrumpan los servicios. Regulación 30-755.12 del DSS. Esto significa que puede ser evaluado en una institución para enfermedades mentales, en un centro con servicio de enfermería especializado o una institución de alojamiento y cuidado, y no tiene que esperar hasta que efectivamente esté en su propio hogar para presentar la aplicación.

La mayor parte de la experiencia de los trabajadores de IHSS del condado es con personas mayores y personas con discapacidades físicas. A menudo, el personal de IHSS del condado no suele procesar solicitudes de personas con discapacidades psiquiátricas. Un defensor puede colaborar con la justificación médica o el tratamiento para los servicios de IHSS/PCS, a fin de ayudar al condado a comprender por qué se necesitan los servicios. La visita de un trabajador del condado al hogar puede amedrentar a algunas personas. El defensor también puede ayudar a conseguir que alguien acompañe al solicitante en el momento de la visita en el hogar para que ayude a explicar por qué se necesitan los servicios.

5. Recordatorios

Al determinar la cantidad de horas de IHSS que autorizará, el condado suma el tiempo que lleva realizar cada tarea para la cual se necesita ayuda. Recuerde que el programa IHSS cubre la asistencia necesaria a modo de recordatorios. Por ejemplo, un solicitante con una discapacidad psiquiátrica que sufre los efectos secundarios de una medicación puede necesitar de alguien que vaya a su hogar en la mañana para ayudarlo a levantarse e incentivarlo a realizar la secuencia de tareas relacionadas con el baño, acicalamiento y vestimenta. IHSS puede prestar esta asistencia.

6. Supervisión preventiva

Además de cubrir tareas específicas, el programa IHSS también cubre la “supervisión preventiva” para las personas que necesitan ese servicio, a fin de controlar el comportamiento producto de una discapacidad mental, incluso la enfermedad mental, e intervenir a fin de evitar que el beneficiario

de IHSS sufra lesiones. Si bien otros servicios se aprueban según la tarea, la supervisión preventiva se aprueba durante un período para cubrir el lapso entre una tarea específica y otra.

En la mayoría de los casos, el máximo de horas que se pueden autorizar para tareas específicas y supervisión preventiva juntas es de 195 horas por mes. En algunos casos en los que el tiempo para preparar la comida, los servicios de cuidado personal y paramédicos suma 20 horas por semana o más, el tiempo máximo puede ser de 283 horas por mes. Los condados son reacios a aprobar la supervisión preventiva, por lo que, cuando se requiere este servicio, se debe dedicar tiempo adicional a explicar por qué se necesita supervisión preventiva (es decir, cómo la persona se lastimó a sí misma cuando no había nadie que controlara su conducta, cómo la persona se habría lastimado a sí misma si no hubiese intervenido nadie).

7. Elegibilidad financiera para IHSS

Cumple con los requisitos de elegibilidad financieros de los IHSS si posee Medi-Cal.

8. Apelaciones de IHSS

El solicitante o beneficiario tiene derechos a apelar, como en Medi-Cal. Consulte la página 19, "Apelaciones de Medi-Cal". Ante una notificación de reducción o baja de los beneficios, existen plazos para apelar la continuidad de los beneficios hasta la decisión de la audiencia justa. Para obtener la asistencia pagada pendiente, debe apelar su notificación de resolución de IHSS antes de la supuesta fecha de entrada en vigencia de la modificación. [MPP, Sección 22-072.5] Asistencia pagada pendiente significa que sus servicios seguirán vigentes por lo menos hasta la audiencia.

E. Asistencia general y cupones de alimentos

Algunos clientes con discapacidades no obtienen los beneficios del Seguro Social, incluso si sus ingresos son muy bajos o nulos, debido a que (a) esperan un año o más la aprobación de su solicitud, o (b) la SSA no considera que sufren una discapacidad. Estos clientes deben solicitar la Asistencia General (también conocida como auxilio general) y los Cupones de Alimentos, ya que no requieren la detección de discapacidad alguna.

(En 2008, el gobierno federal cambió el nombre del programa de cupones de alimentos por Programa de asistencia nutricional del Estado o SNAP. En la actualidad, California denomina a este programa "Cal-Fresh"). Los clientes pueden solicitarlo en la oficina de bienestar de su condado. La solicitud de cupones de alimentos se puede obtener en línea en la página web de California: www.dss.cahwnet.gov/foodstamps; las solicitudes por lo general se procesan dentro de los 45 días.

F. CalWORKs

Los adultos y niños que no reciben los beneficios del Seguro Social pueden calificar para obtener los beneficios de CalWORKs si hay un niño en la familia que "no recibe ayuda de los padres" debido a que uno de los padres está ausente, discapacitado o desempleado. Una vez más, los niveles de beneficios son mucho más bajos que el SSI, con una subvención máxima de tan solo \$936 para una familia de cuatro integrantes. Los padres también están sujetos a rigurosos requisitos de trabajos, aunque hay excepciones para personas con discapacidades y personas encargadas de cuidar a niños con discapacidades. Los padres pueden cumplir con los requisitos convirtiéndose en proveedores de IHSS para su hijo discapacitado. Las familias pueden combinar el SSI con CalWORKs. Por ejemplo, una madre que recibe el SSI puede obtener los beneficios de CalWORKs para mantener a su hijo; el SSI no se considerará en el cálculo de la subvención de CalWORKs. Del mismo modo, una madre soltera que recibe el SSI puede obtener los beneficios de CalWORKs como persona de bajos ingresos que tiene un hijo a su cuidado, independientemente del SSI.

[¡Queremos escucharlo! Complete la siguiente encuesta sobre nuestras publicaciones y déjenos su opinión sobre lo que estamos haciendo:
https://docs.google.com/forms/d/1d6ezTI2M5UMAWU66exLbc1SQ9wDPzvtuS3AGR4-cgwE/viewform?c=0&w=1](https://docs.google.com/forms/d/1d6ezTI2M5UMAWU66exLbc1SQ9wDPzvtuS3AGR4-cgwE/viewform?c=0&w=1)

Para obtener asistencia legal, llame al 800-776-5746 o complete el [formulario de solicitud de asistencia](#). Por otras cuestiones, llame al 916-504-5800 (norte de CA); 213-213-8000 (sur de CA).

Disability Rights California cuenta con el patrocinio de varias instituciones. Para ver la lista completa de patrocinadores, visite <http://www.disabilityrightsca.org/Documents/ListofGrantsAndContracts.html>.