

Mantenimiento de Elegibilidad Para Seguros

Mire en el interior para obtener información sobre COBRA, La Discapacidad y Seguridad Social.

Después de haber obtenido su seguro, es importante mantener vigente su plan durante su período de beneficios. Si usted se enferma o se lesiona y encuentra que usted no puede trabajar o pagar por las primas de seguros, usted necesita saber acerca de estas reglas y programas.

Licencia Médica Protegida del Trabajo

Usted puede encontrar que es difícil de mantener su horario de trabajo cuando usted o miembros de la familia se enfrentan a una enfermedad potencialmente mortal. Afortunadamente, la ley federal ofrece protecciones laborales que pueden ayudar a mantener el empleo y, en definitiva, sus beneficios de seguro de salud.

La **Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA)** le permite tomar hasta 12 semanas de licencia sin sueldo y aún así ser elegible para volver a trabajar. Usted debe tener una razón médica calificada y documentada que se aplica a sí mismo o para un niño, cónyuge o padre para quien usted es un cuidador.

Cuando regresa al trabajo, su empleador debe volverlo a su posición original o a un trabajo equivalente con la misma remuneración, beneficios y otros términos de empleo.

Además de proteger su trabajo, FMLA le permite mantener su cobertura de seguro de salud de grupo como si usted todavía estuviera activo en el trabajo.

Usted es elegible para la licencia FMLA de su trabajo cuando:

- Ha trabajado al menos 1,250 horas en los últimos 12 meses para su empleador, incluso si las horas no estaban en meses consecutivos.
- La compañía emplea a 50 o más empleados dentro de un radio de 75 millas.

FMLA se puede tomar cuando:

- Usted ha sido diagnosticado con una enfermedad grave haciéndolo incapaz de mantener su horario de trabajo.
- Hay una situación familiar de urgencia como consecuencia de servicio militar activo.

- Usted es el cónyuge, hijo, padre o pariente más cercano de un miembro de las Fuerzas Armadas con una lesión o enfermedad grave. Este escenario permite a los miembros de la familia a tomar hasta 26 semanas de trabajo para cuidar al miembro del servicio.
- Necesita tiempo libre para el nacimiento y cuidado de un niño recién nacido o la colocación de un niño en adopción o acogimiento.

En todos los escenarios, debe proporcionar le a su empleador con la documentación de un médico que respalda la solicitud de licencia. Cuando aprueban la petición usted puede dejar el trabajo en un bloque o un par de horas a la vez.

Los empleadores tienen el derecho de exigir que utilice sus vacaciones pagadas y licencias por enfermedad antes de que se les permita tomar FMLA no pagada; póliza suele documentarse en el manual de pólizas de la compañía.



COBRA y Su Posición en el Mantenimiento de su Seguro



La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) obliga a las empresas con 20 o más empleados a continuar ofreciendo beneficios de salud de grupo después de que el empleo ha terminado formalmente.

Los empleados y sus familiares dependientes pueden optar por continuar con la cobertura de salud de grupo durante 18 meses a partir del último día de empleo (en circunstancias especiales, 36 meses), en las siguientes situaciones:

- Usted deja el trabajo, ya sea a través de medios voluntarios o involuntarios.
- Sus horas de trabajo se reducen y el seguro ya no se ofrece para su puesto.
- Usted está cubierto bajo el plan de empleador de su cónyuge y su cónyuge muere o se divorcia y desea continuar en ese plan.

Cuando usted decida continuar su inscripción en el seguro bajo las reglas de COBRA, usted permanece en la misma cobertura de seguro de salud que su ex empleador también ofrece a los empleados existentes; Sin embargo, usted debe pagar el costo total de la prima para que la cobertura, más un cargo administrativo del 2%.

Usted debe pagar el costo total de la prima para la cobertura, más un cargo administrativo del 2%.

Alternativas a COBRA

Períodos de inscripción especiales después de perder el seguro

Tanto la Ley de Asistencia Asequible y de la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad (HIPAA) contienen disposiciones que pueden calificar para un período de inscripción especial que tiene una duración de hasta 30 días después de la pérdida de la cobertura subsidiada por el empleador. Estas excepciones le dan a usted la oportunidad de explorar otras opciones de cobertura de seguro de salud.

- Usted puede inscribirse en la cobertura de salud de grupo de su cónyuge.

- Si usted es menor de 26 años de edad, puede inscribirse en el plan de salud de grupo de su padres como dependiente. Usted no tiene que vivir con sus padres a tomar ventaja de esta opción.
- Usted puede explorar el mercado de Seguros de Salud de su estado para encontrar y comparar opciones de seguro de salud privados y calcular su elegibilidad para los créditos fiscales o reducciones de costo compartido.

Protecciones y Leyes que Afectan su Seguro



La Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA) proporciona protección para los inscritos en los planes de seguro de salud patrocinados por empleadores del sector privado (la ley no se aplica a planes de salud locales, federales, estatales, o planes de iglesia).

ERISA establece plazos específicos para cuando usted debe ser notificado sobre cualquier decisión de reclamo hecha por su aseguradora.

Si se rechaza una reclamación, ERISA garantiza su derecho a una explicación detallada de por qué se le negó su reclamo y una descripción del proceso de apelación. Además, la aseguradora deberá citar las normas, directrices o exclusiones del plan utilizados en su decisión, y le proporcionará instrucciones sobre cómo puede solicitar una copia del lenguaje de su plan específico.

Si usted tiene un problema de seguro relacionado con estas protecciones de ERISA, usted debe buscar la ayuda del Departamento de Trabajo en español www.dol.gov/es/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/hace-una-pregunta o en inglés www.dol.gov/dol/contact.

Seguridad y Privacidad de su Información Médica



El Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA) contiene disposiciones que protegen su información de salud y limitan quién tiene acceso a sus registros.

Para cumplir con estas reglas, proveedores médicos y profesionales de la salud deben:

- ⊕ Pedir su permiso por escrito antes de dar información de salud identificable a otros proveedores, compañías de seguros y el personal de facturación, incluyendo cualquier información hablada, impresa o transmitida electrónicamente
- ⊕ Limitar la divulgación de su información médica a menos que sea absolutamente necesario para su cuidado, incluyendo los detalles que rodean las visitas al consultorio, pruebas, procedimientos e información de la salud mental
- ⊕ Proporcionarle la capacidad de ver sus registros y tener copias de los mismos, así como hacer las correcciones las que cree que deben hacerse en el gráfico

¿Cómo la Ley ADA Protege a los Pacientes en el Trabajo?

El Acto de los Americanos con Discapacidades (ADA) exige que los empleadores con 15 o más empleados hagan ajustes razonables que permitan a los trabajadores con discapacidad funcionar adecuadamente en el trabajo.

Según la ADA, una discapacidad se define como "un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida." El diagnóstico de una condición médica grave calificaría a uno para beneficios por incapacidad, incluso cuando la recuperación futura sea posible.

Las personas con discapacidad pueden informar al empleador cuando un acuerdo, es necesario en cualquier momento durante su empleo.

Los ajustes razonables deben ser destinados a ayudar a los empleados hacer su trabajo, y no pueden ser rechazadas a menos que el acuerdo provoca dificultad excesiva, o gasto de carga para el empleador.

Los empleadores no están obligados a eliminar el deber fundamental de un puesto a fin de evitar la necesidad de hacer una adaptación, ni penalizar a un empleado para solicitar una modificación.

Algunos ejemplos de adaptaciones razonables incluyen:

- Las modificaciones que aseguran que el lugar de trabajo es físicamente accesible
- Provisión para descansos periódicos en una zona privada para tomar medicinas
- Un horario de trabajo modificado, cambio de turno, o, si es posible, la capacidad de trabajar a distancia/teletrabajo
- Asignación de permisos para citas médicas y / o para recuperarse de tratamiento

Si ha utilizado el tiempo asignado proporcionado bajo la licencia FMLA, y todavía no está listo para volver al trabajo, se puede considerar la ausencia prolongada como acuerdo razonable bajo el ADA.

Disposiciones adicionales para los pacientes de cáncer se pueden encontrar en la Comisión de Igualdad de Oportunidades: www.eeoc.gov/spanish/facts/cancer.html.

La **Ley Federal de Rehabilitación** también protege a individuos calificados de la discriminación basada en la discapacidad como se indica en la ADA. Esta ley se aplica a los empleados del gobierno federal, así como a las organizaciones y los empleadores que reciben asistencia financiera de cualquier departamento o agencia federal.

Discriminación Laboral Médicamente Relacionado



La discriminación en el trabajo debido a una discapacidad o como resultado de una condición médica es ilegal. Considere la presentación de una **queja por discriminación** ante la Comisión de Oportunidades en el Empleo (EEOC).

Cargos y quejas deben ser presentadas dentro de **los 180 días** a partir del día que se produjo la discriminación.

La EEOC investigará el cargo contactando a usted y al empleador.

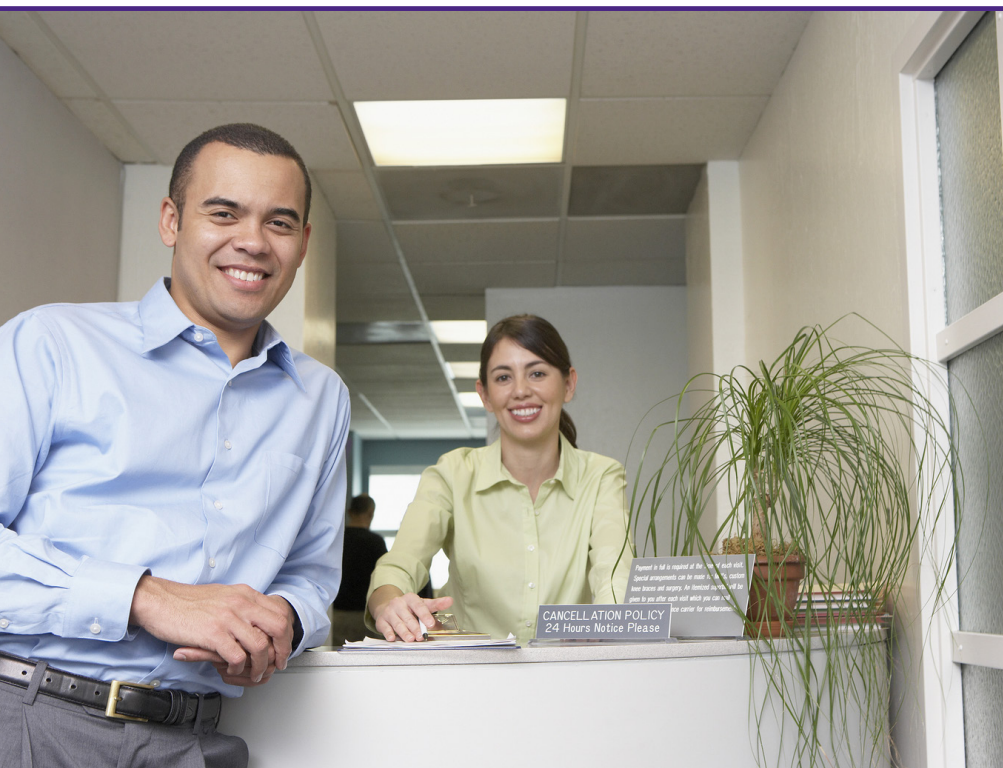
- ✚ Si encuentran una violación, pueden tratar de llegar a un acuerdo voluntario con el empleador, o pueden remitir el caso al personal jurídico de la EEOC para explorar opciones.
- ✚ Si no encuentran violación de la ley, se le puede dar una carta de Aviso de Derecho de demandar, que le da el derecho de presentar una demanda.

Si se ha producido una violación, la mediación o un acuerdo puede permitir que usted regrese a la misma posición en que habría estado si la discriminación nunca había ocurrido. Usted puede ser reinstalado, promovido, otorgado el pago retroactivo, tener sus honorarios legales pagados y/o proporcionado otros ajustes razonables.

*Para obtener más información,
llame a la EEOC al 1-800-669-4000 o
visite www.eeoc.gov/spanish/*

La **ley de no Discriminación por Información Genética (GINA)** ofrece protección adicional contra la discriminación genética tanto en el seguro de salud y el empleo. La ley garantiza el derecho del paciente a participar en la investigación y desarrollo de nuevas pruebas y tratamientos que podrían conducir a una cura de condiciones previamente intratables, sin temor a perder seguro o de empleo.

La ley prohíbe a las compañías de seguros que requiere individuos o miembros de sus familias a someterse a las pruebas genéticas, como requisito para la obtención de un seguro. GINA no se aplica a los empleadores con menos de 15 empleados. Protecciones de GINA en el empleo no se extienden a los militares estadounidenses.





Las Pólizas y los Beneficios por Incapacidad a Corto Plazo

Pólizas de seguro por discapacidad a corto plazo ofrecen un beneficio que le paga entre el 40% y el 70% de su salario base cuando usted tiene una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo que le impide trabajar por un período determinado de tiempo. Los beneficios a corto plazo duran normalmente tres a seis meses.

Las lesiones que están relacionadas con el trabajo están cubiertas por los planes de compensación a los trabajadores.

Muchos empleadores ofrecen o proporcionan pólizas de discapacidad a corto plazo como parte de su paquete de beneficios. Si usted no es elegible para comprar seguro de discapacidad a través de su empleador, usted puede comprar una póliza individual de un agente de seguros. Dependiendo de donde usted vive, usted también puede ser elegible para participar en un programa de discapacidad del estado.

Planes de discapacidad varían en los períodos de espera y discapacidades cubiertos, así como las tasas de beneficios y excepciones. Lea el resumen del plan para las definiciones de lo que está cubierto, así como detalles específicos requeridos por su plan.

Beneficios por Incapacidad a Largo Plazo



Cobertura de Incapacidad a Largo Plazo (LTD) ofrece reemplazo del salario que se encuentra entre el 50% y el 70% por ciento de su salario base.

La mayoría de los planes LTD incluyen un período de espera que dura de tres a 26 semanas antes de que usted sea elegible para comenzar a recibir beneficios. Este período de espera coincide con la cantidad de tiempo que puede pagar los beneficios por incapacidad a corto plazo, y permite que usted pueda recoger beneficios LTD después de terminar beneficios a corto plazo.

Para calificar para los beneficios la documentación clínica detallada debe ser proporcionada a la aseguradora inicialmente y luego según solicitado a lo largo de la vida del reclamo. De no hacerlo, dará lugar a la terminación de sus beneficios. Como es el caso de los planes de discapacidad a corto plazo, asegúrese de leer el resumen del plan para las definiciones y otros detalles sobre los beneficios.

Si un plan LTD se ofrece a través de su empleador, es muy importante inscribirse durante el período de inscripción inicial, cuando no se le puede negar cobertura por una condición preexistente.

La mayoría de las políticas LTD tienen dos situaciones distintas que identifican la condición de discapacidad: "Vocación propia" y "Vocación Cualquiera."

- Durante el período de **vocación propia**, se pagan beneficios si el empleado no puede desempeñar su trabajo regular o un trabajo similar. Este período puede durar hasta **dos años**.
- Después de eso, los beneficios se pueden pagar únicamente si el empleado es incapaz de realizar **cualquier vocación** para la que él o ella está o se hace razonablemente calificado con respecto a la educación, entrenamiento o la experiencia.

La mayoría de las empresas LTD requieren que se aplique también para Seguro Social por Incapacidad (SSDI), e incluso pueden prestar asistencia en el proceso de solicitud. Su póliza LTD establece lo que se conoce como una compensación, lo que significa que cualquier beneficio que recibe de SSDI reducirá el beneficio pagado por la póliza LTD.

Si usted es aprobado para SSDI y recibe un cheque de pago retroactivo, normalmente está obligado a pagar esta cantidad a la compañía LTD.

Sobre Discapacidad Federal



Seguro Social por Incapacidad (SSDI)

Para ser considerado discapacitado, debe tener una condición médica que cumple con la definición Ley de Seguridad Social de la discapacidad, la cual es "tener una enfermedad o lesión que se espera que dure por lo menos 12 meses o si su condición se considera terminal".

Una decisión de discapacidad del Seguro Social puede proporcionar sustitución de ingresos y también abrir la puerta para que pueda recibir otros beneficios.

Para ser elegible para SSDI, **usted debe haber trabajado cinco de los últimos 10 años** si tiene más de 31 años de edad, y ha contribuido a través de una deducción de impuestos FICA nómina en la que 6% del **impuesto fue a un programa** de la Seguridad Social. Si se aprueba, SSDI le proporcionará ingresos mensuales en función de sus contribuciones.

Algunas preguntas médicas básicas que necesitará contestar incluyen:

- Q** ¿Su doctor dijo que su estado era grave o podría causar su muerte?
- Q** ¿Se encuentra su condición en la lista de asignación compasiva en www.ssa.gov/compassionateallowances/conditions.htm?
- Q** ¿Está trabajando? ¿Puede todavía hacer el trabajo que usted hizo antes?
- Q** ¿Su condición médica no le permite adaptarse a otros tipos de trabajo?

Q ¿Cuál es su ingreso mensual actual? Si usted hace más de una cierta cantidad por mes, no puede ser considerado estar deshabilitado en este momento?

Puede completar la aplicación SSDI en línea, por teléfono, o en persona en su oficina local del Seguro Social.

- Usted será responsable de proporcionar una historia clínica detallada, así como los nombres de los profesionales médicos que le proporcionaron su cuidado médico.
- Una vez que toda la información necesaria se recibe de los proveedores, que se remite a los Servicios de Determinación de Discapacidad del Estado, que decide si usted es elegible para recibir beneficios de SSDI. **Este proceso puede tardar entre tres y seis meses.**
- Si se rechaza su reclamo usted tiene el derecho de apelar, pero el proceso de reconsideración es largo y puede tomar hasta un máximo de dos años.
- Una vez aprobados, todos los beneficiarios de SSDI tienen que esperar **cinco meses** después de la fecha de inicio de la discapacidad para comenzar a recibir beneficios financieros y **24 meses** después de la fecha de inicio antes de que comiencen los beneficios de Medicare.



Sobre Beneficios del Seguro Social

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) es un programa federal que provee un beneficio en efectivo a las personas que se han determinado que son discapacitados y tienen ingresos y recursos limitados. Este beneficio de Seguro Social provee dinero en efectivo para ayudar a satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vestido y vivienda.

Es posible que usted califique para SSI y SSDI. Si usted recibe SSDI y está recibiendo menos de los requisitos de ingresos, también podría calificar para los beneficios de SSI.

Además, si usted califica para el SSI también puede ser elegible para el programa de Medicaid de su estado, ampliando su acceso a un seguro de salud asequible.

Como parte de su aprobación para SSI relacionada con una discapacidad, debe someterse a exámenes periódicos médicos para demostrar la necesidad continua de asistencia, con la frecuencia de las revisiones médicas necesarias en función de su diagnóstico.

Es posible calificar para ambos SSDI y SSI, pero usted debe cumplir con los requisitos de elegibilidad y se aplican a los dos programas de forma independiente.

Las Diferencias Entre SSI y SSDI



Caminos a Medicare y Los Seguros Medicaid

Si Ud. se considera discapacitado y recibe ingresos del Seguro Social, usted también puede ser elegible para recibir otros beneficios que pueden incluir un seguro de salud a través de Medicare y / o Medicaid.

Medicare es tradicionalmente para personas de 65 años o más que son ciudadanos o residentes permanentes de los Estados Unidos. Sin embargo, la elegibilidad ampliado también ofrece cobertura de Medicare para las personas con discapacidad que han estado recogiendo pagos de SSDI durante 24 meses, sin importar la edad.

Medicaid es un mandato federal, pero la opción de seguro de salud estatal para personas ciegas, ancianos o discapacitados y los niños menores de edad que también tienen bajos ingresos y bienes mínimos.

Las personas que califican para Medicaid debido a la discapacidad a veces pueden cumplir con los requisitos de elegibilidad en los ingresos algo superiores que se establecen por cada estado. Medicaid es administrado por cada estado, qsi que los requisitos de elegibilidad y los ingresos pueden variar.

Subsidio Compasivo Para Revisión de Discapacidad Más Rápida

El programa de subsidio compasivo agiliza la revisión de discapacidad para los solicitantes con condiciones médicas tan graves que se reúne inmediatamente normas de discapacidad.

Para ser aprobado bajo el Subsidio Compasivo:

- Su diagnóstico debe estar incluido en la lista de Subsidio Compasivo; y
- Usted debe de enviar los registros médicos que apoyan su diagnóstico avanzado cuando usted está presentando su reclamo inicial.

Desafortunadamente, usted todavía tiene que esperar cinco meses después de su fecha de comienzo de la discapacidad para comenzar a recibir los beneficios de SSDI y 24 meses **después** de su fecha de inicio de discapacidad antes de que comiencen los beneficios de Medicare, como en el proceso de aprobación tradicional. Una lista completa de los diagnósticos se puede encontrar en línea en www.ssa.gov/subsidioscompasivo/condtions.htm o en inglés www.ssa.gov/compassionateallowances/conditions.htm.

Beneficios del Seguro Social Que Proporcionan Apoyo Financiero

Dependiendo de su situación, usted puede calificar para otros programas del Seguro Social si coinciden con criterios específicos. Por ejemplo, Prestaciones de Supervivencia y Beneficios de Jubilación del Seguro Social también puede proporcionar ingresos mensuales.

SEGURO SOCIAL POR INCAPACIDAD (SSDI)

Ingreso mensual comienza seis meses después de la fecha de inicio de la discapacidad
A largo plazo o incapacidad total permanente
Cantidad de beneficios basado en las retenciones salariales
Elegibles 24 meses después de los pagos de Medicare primeros discapacidad
Debe de haber trabajado por lo menos cinco de los 10 años anteriores a la discapacidad
No hay límite de recursos
Puede proporcionar beneficios para dependientes elegibles
Ningún beneficio parcial, temporal o de corto plazo

SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI)

Ingreso mensual comienza un mes después de la fecha de inicio de discapacidad
A largo plazo o incapacidad total permanente
A largo plazo o beneficios de ingresos y basados en recursos incapacidad total permanente para aquellos con salarios insuficientes para SSDI
La cobertura de salud de Medicaid se ofrece a todos los destinatarios de SSI
No hay beneficios dependientes
Ningún beneficio parcial o de corto plazo

BENEFICIOS SUPERVIVIENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

Ingreso mensual comienza seis meses después de la fecha de inicio de la discapacidad
A largo plazo o incapacidad total permanente
Cantidad de beneficios basado en las retenciones salariales
Elegibles 24 meses después de los pagos de Medicare primeros discapacidad
Debe de haber trabajado por lo menos cinco de los 10 años anteriores a la discapacidad
No hay límite de recursos
Puede proporcionar beneficios para dependientes elegibles

Cuatro beneficios federales diferentes para los ciudadanos y residentes legales elegibles

RETIRO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Retirarse ya en los 62 años con beneficios reducidos
Jubilación completa basada en la edad entre las edades de 65 y 67
Retirarse a los 70 años, con el máximo de beneficios
Elegibilidad de Medicare a la edad de 65 ingresos en base a las retenciones de ganancias
No hay límite de recursos

