

MEDICAID WORKS

Acuerdo

Yo, _____, deseo inscribirme en **MEDICAID WORKS**, el plan de incentivo laboral para personas con discapacidad a través del programa de Medicaid de Virginia. Entiendo que esta es una opción voluntaria y que puedo dejar el programa en cualquier momento y regresar a la cobertura regular de Medicaid si continúo cumpliendo con los requisitos de elegibilidad para otro grupo de cobertura de Medicaid. Además, entiendo que mientras esté inscrito en **MEDICAID WORKS**, tendré un plan de beneficios de salud diferente, que incluye todos los beneficios estándar de Medicaid, más los servicios de asistencia personal, en lugar del plan estándar de beneficios de Medicaid que generalmente se brinda a los afiliados de Medicaid que no incluye los servicios de asistencia personal. Puedo optar por discontinuar el plan de beneficios **MEDICAID WORKS** en cualquier momento y regresar al plan de beneficios estándar de Medicaid.

Sé que debo estar empleado (a) para inscribirme en **MEDICAID WORKS** y que es posible que se requiera el pago de una prima mensual para continuar participando en este programa. Entiendo que debo establecer al menos una cuenta de Incentivo Laboral (WIN, por sus siglas en inglés) (una cuenta regular de cheques o ahorros) en un banco o en otra institución financiera para ser elegible para este plan de incentivos laborales. Debo depositar todos mis ingresos del trabajo en una cuenta WIN y puedo usar estos ingresos según sea necesario. Si voy a ahorrar algunas de mis ganancias, también debo mantenerlas en una cuenta WIN, donde puedo acumular hasta \$41, 399 (con efectos el 1 de enero del 2021).

Puedo tener ganancias anuales de hasta \$75,000 si deposito mis ingresos del trabajo en mi cuenta WIN. Si recibo un pago mensual de SSDI y la cantidad aumenta debido a trabajo y/o a un ajuste por costo de vida (COLA, por sus siglas en inglés), entiendo que debo depositar la cantidad de este aumento en mi cuenta WIN si la nueva cantidad de pago de SSDI excede el límite de ingresos no derivados del trabajo del 138% del nivel federal de pobreza. Además, si me quedo desempleado y recibo ingresos de los pagos del seguro del desempleo, debo depositar todos estos pagos en mi cuenta WIN para seguir siendo elegible para **MEDICAID WORKS** durante los seis meses de red de protección o periodo de “gracia”.

Yo estoy de acuerdo con los requisitos anteriores para **MEDICAID WORKS** y con informar a mi trabajador de elegibilidad sobre los cambios que pueden afectar mi cobertura, incluidos, entre otros, cambio de dirección, cambio de ingresos, cambio de empleo o pérdida de empleo. Además, acepto proporcionar toda la documentación requerida con respecto a mi empleador, situación laboral, ingresos del trabajo y cuenta (s) WIN. Si elijo discontinuar la inscripción en **MEDICAID WORKS** o en el plan de beneficios proporcionado en este programa, informaré a mi trabajador de elegibilidad.

Imprimir nombre completo

Número de Seguro Social

Firma

Fecha