

Tôi cần biết gì về Medicaid?

Medicaid là một chương trình bảo hiểm y tế cộng đồng dành cho nhóm dân cư có thu nhập thấp, bao gồm người cao tuổi, trẻ em và người khuyết tật.

- Có mặt vào năm 1965 theo Đạo luật An sinh Xã hội.
- Được quản lý bởi các tiểu bang dưới sự giám sát của Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (CMS).
- Nguồn tài trợ là nỗ lực chung giữa chính quyền liên bang và tiểu bang.
- Điều kiện và quyền lợi khác nhau tùy theo từng tiểu bang.
 - Đạo luật An sinh Xã hội Liên bang yêu cầu tất cả các tiểu bang phải cung cấp một số dịch vụ nhất định.
 - Nebraska cung cấp một số dịch vụ bổ sung.
- **Chương trình miễn trừ dịch vụ tại nhà và cộng đồng (HCBS) được Medicaid tài trợ và cung cấp các dịch vụ bổ sung cho chương trình Medicaid của tiểu bang.**

Điều kiện đủ để được hưởng Medicaid bao gồm:

- Đơn đăng ký;
- Công dân Hoa Kỳ hoặc người nước ngoài đủ điều kiện;
- Tình trạng cư trú tại Nebraska;
- Tình trạng khuyết tật được An sinh xã hội xác định;
- Cha mẹ/Người giám hộ hợp pháp chịu trách nhiệm;
- Bố trí nơi ở
- Bảo hiểm y tế khác;
- Thu nhập và nguồn lực trong giới hạn đã thiết lập cho một số hạng mục nhất định; và
- Các hạng mục yêu cầu khác, chẳng hạn như độ tuổi.

Xác định Khuyết tật và Nhóm Đánh giá Tiểu bang (SRT)

Đôi khi, người muốn được hưởng dịch vụ miễn trừ hoặc bảo hiểm Medicaid phải chứng minh rằng họ bị khuyết tật để đủ điều kiện được bảo hiểm hoặc dịch vụ. Nếu cá nhân không có xác nhận khuyết tật từ Cơ quan An sinh Xã hội (SSA), Nhóm Đánh giá Tiểu bang (SRT) của Medicaid có thể đưa ra xác nhận khuyết tật.

- Nhóm Đánh giá Tiểu bang (SRT) là một nhóm gồm các chuyên gia y tế thuộc Sở Medicaid và Chăm sóc Dài hạn. SRT sẽ xem xét hồ sơ y tế của người nộp đơn
- SRT đưa ra quyết định về tình trạng khuyết tật dựa trên các hướng dẫn về khuyết tật của Cơ quan An sinh Xã hội. Để biết thêm thông tin về các hướng dẫn về khuyết tật của SSA, hãy truy cập [trang web của An sinh xã hội](#).

Người già, người mù và người khuyết tật (ABD)

Có nhiều loại Medicaid khác nhau. Hầu hết những người đủ điều kiện được Miễn trừ HCBS đều đủ điều kiện được hưởng Medicaid theo hạng mục Người cao tuổi, Người mù và Người khuyết tật (ABD). Có thể đủ điều kiện để được hưởng dịch vụ Miễn trừ trong một hạng mục đủ điều kiện Medicaid khác.

- Từ 65 tuổi trở lên.
- Người mù hoặc khuyết tật từ 64 tuổi trở xuống được Cơ quan An sinh Xã hội hoặc Đội Đánh giá của Tiểu bang xác định là khuyết tật.
- Giới hạn thu nhập là 100% mức nghèo liên bang (FPL).
- Giới hạn nguồn lực là 4.000 đô la cho một người hoặc 6.000 đô la cho hai người.
- Thu nhập và nguồn lực của cha mẹ được xem xét đối với những người dưới 19 tuổi.
- Chi phí bảo hiểm y tế tư nhân được khấu trừ thu nhập với một số điều kiện.

Chương trình Katie Beckett

Chương trình này có thể cung cấp bảo hiểm Medicaid cho trẻ em sống cùng cha mẹ và có nhu cầu chăm sóc hoặc y tế cao.

- Từ 19 tuổi trở xuống
- Không đủ điều kiện để được hưởng Medicaid ở bất kỳ hạng mục nào khác
- Được xác định là người khuyết tật bởi An sinh xã hội hoặc Đội đánh giá của tiểu bang
- Quyết tâm đáp ứng mức độ chăm sóc để sống trong:
 - Bệnh viện;
 - Cơ sở điều dưỡng (NF); hoặc
 - Cơ sở chăm sóc trung gian cho người khuyết tật trí tuệ (ICF/IID).
- Phạm vi bảo hiểm được xác định là hiệu quả về mặt chi phí
- Chỉ thu nhập và nguồn lực của trẻ mới được sử dụng để xác định điều kiện hưởng Medicaid.
- Chỉ các dịch vụ được Medicaid chi trả, không có dịch vụ hỗ trợ bổ sung

Bảo hiểm Medicaid cho Người lao động khuyết tật (MIWD)

- MIWD là một hạng mục Medicaid dành cho người đáp ứng tiêu chí về khuyết tật và đang nhận được thu nhập từ việc làm.
- Đây là lựa chọn tốt khi sắp mất quyền được hưởng Medicaid do thu nhập kiếm được
- Có hai nhóm đủ điều kiện trong MIWD. Để đủ điều kiện tham gia Nhóm bảo hiểm cơ bản MIWD, bạn cần:
 - Đủ các điều kiện khác để hưởng Medicaid ngoại trừ vấn đề thu nhập;
 - Đáp ứng định nghĩa về khuyết tật của nhóm đánh giá tiểu bang hoặc An sinh xã hội;
 - Đang làm việc
 - Có thu nhập nằm trong hướng dẫn thu nhập của MIWD:
 - 200% mức nghèo liên bang (FPL) hoặc
 - 250% FPL có phí bảo hiểm;
 - Đáp ứng các giới hạn về nguồn lực của Medicaid; và
 - Trả phí bảo hiểm nếu cần thiết.
- Để đủ điều kiện tham gia Nhóm cải thiện y tế MIWD, bạn phải:
 - Đáp ứng tất cả các tiêu chí trong Nhóm bảo hiểm cơ bản;
 - Nhận mức lương tối thiểu của liên bang và làm việc hơn 40 giờ mỗi tháng; và
 - Đã mất quyền được hưởng bảo hiểm Medicaid từ Nhóm bảo hiểm cơ bản do tình trạng khuyết tật được cải thiện về mặt y tế. Điều này áp dụng nếu việc mất Medicaid có thể khiến người đó không thể tiếp tục làm việc hoặc khiến sức khỏe của họ suy giảm đến mức đáp ứng định nghĩa về khuyết tật của nhóm đánh giá Tiểu bang hoặc An sinh xã hội.
- Bạn có thể tìm thấy các yêu cầu và thông tin bổ sung trong [Phụ lục Quy định 477 NAC của Medicaid](#) .
- Nhân viên Medicaid sẽ xác định xem bạn có đủ điều kiện hay không.

Chia sẻ chi phí (SOC) cho những người có nhu cầu y tế cao

- Chia sẻ chi phí dành cho người có nhu cầu y tế đáp ứng mọi yêu cầu đủ điều kiện hưởng Medicaid nhưng có thu nhập vượt quá hướng dẫn của Medicaid.
- Tỷ lệ chi phí có thể thay đổi tùy theo thu nhập, khoản khấu trừ và mức sắp xếp sinh hoạt của mỗi người.
- Thu nhập được so sánh với Mức thu nhập cần thiết về mặt y tế (MNIL) hoặc số tiền Nhu cầu cá nhân để xác định mức chia sẻ chi phí.
- Người đó có trách nhiệm thanh toán phần chi phí đã xác định.
- Chia sẻ chi phí là số tiền hàng tháng và có thể thay đổi tùy từng tháng.
- Khi một người nhận dịch vụ theo chương trình Miễn trừ HCBS, khoản chi phí đó sẽ tự động được chuyển cho nhà cung cấp Medicaid, thường là nhà cung cấp dịch vụ miễn trừ có chi phí cao nhất.
- Medicaid có thể dừng nếu số tiền chi phí vượt quá nhu cầu hàng tháng của người đó.