

## Was muss ich über Medicaid wissen?

Medicaid ist ein öffentliches Krankenversicherungsprogramm, das einkommensschwache Bevölkerungsgruppen abdeckt, darunter Senioren, Kinder und Menschen mit Behinderungen.

- Wurde 1965 im Rahmen des Sozialversicherungsgesetzes (Social Security Act) eingeführt.
- Wird von den Bundesstaaten mit Aufsicht durch die Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) verwaltet.
- Die Finanzierung erfolgt gemeinsam durch die Bundes- und Landesregierungen.
- Die Anspruchsberechtigung und Leistungen variieren von Staat zu Staat.
  - Das Bundesgesetz über die soziale Sicherheit verlangt, dass bestimmte Dienstleistungen von allen Staaten angeboten werden.
  - Nebraska bietet einige zusätzliche Dienstleistungen an.
- **Home and Community-Based Services (HCBS) Waivers werden durch Medicaid finanziert und bieten zusätzliche Leistungen zum Medicaid-Plan des Staates.**

### Medicaid-Berechtigung prüft:

- Antragstellung;
- US-Staatsbürgerschaft oder rechtmäßiger Ausländerstatus;
- Wohnsitzstatus in Nebraska;
- Von der Sozialversicherung festgestellter Behinderungsstatus;
- Verantwortlichkeit eines Elternteils/Vormunds;
- Wohnsituation;
- Andere Krankenversicherung;
- Einkommen und Vermögen innerhalb der festgelegten Grenzen für bestimmte Kategorien; und
- Weitere Anforderungen, wie Alter.

### Feststellung der Behinderung und das State Review Team (SRT)

Manchmal muss eine Person, die Medicaid-Deckung oder Waiver-Dienste beantragt, nachweisen, dass sie eine Behinderung hat, um Anspruch auf Leistungen zu haben. Wenn die Person keine Behinderungsfeststellung von der Sozialversicherung (SSA) hat, kann das State Review Team (SRT) von Medicaid die Feststellung übernehmen.

- Das State Review Team (SRT) besteht aus medizinischen Fachleuten der Abteilung Medicaid und Langzeitpflege. Das SRT prüft die vom Antragsteller eingereichten medizinischen Unterlagen.
- Das SRT trifft die Behinderungsfeststellung auf Grundlage der Behinderungsrichtlinien der Sozialversicherung (SSA). Weitere Informationen zu diesen Richtlinien finden Sie auf der [Website der Sozialversicherung](#).

### Ältere, Blinde und Behinderte (ABD)

Es gibt verschiedene Medicaid-Kategorien. Die meisten Personen, die für HCBS Waivers berechtigt sind, qualifizieren sich unter der Kategorie Ältere, Blinde und Behinderte (ABD). Es kann möglich sein, sich in einer anderen Medicaid-Berechtigungskategorie für Waiver-Dienste zu qualifizieren.

- 65 Jahre oder älter.
- Blinde oder behinderte Personen im Alter von 64 Jahren oder jünger, bei denen die Sozialversicherung oder das State Review Team eine Behinderung festgestellt hat.
- Einkommensgrenze beträgt 100 % der bundesweiten Armutsgrenze (FPL).
- Vermögensgrenze von 4.000 \$ für eine Person oder 6.000 \$ für zwei Personen.
- Einkommen und Vermögen der Eltern werden für Personen unter 19 Jahren berücksichtigt.
- Private Krankenversicherungsausgaben können mit bestimmten Einschränkungen als Einkommensabzug angerechnet werden.

## Katie Beckett Programm

Dieses Programm kann Medicaid-Leistungen für Kinder bereitstellen, die im Haus ihrer Eltern leben und einen hohen medizinischen oder pflegerischen Bedarf haben.

- 19 Jahre oder jünger
- Nicht in einer anderen Kategorie für Medicaid berechtigt
- Von der Sozialversicherung oder dem State Review Team als behindert eingestuft
- Einstufung, dass die Pflegestufe für das Leben in einer Einrichtung erfüllt wird:
  - - Krankenhaus;
  - - Pflegeeinrichtung (NF); oder
  - - Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung (ICF/IID).
- Die Leistungen werden als kosteneffektiv eingestuft
- Nur das Einkommen und Vermögen des Kindes wird zur Bestimmung der Medicaid-Berechtigung herangezogen.
- Nur Medicaid-Leistungen, keine zusätzlichen Unterstützungsdienste

## Medicaid-Versicherung für Arbeitnehmer mit Behinderungen (MIWD)

- MIWD ist eine Medicaid-Kategorie, die für Personen verfügbar sein kann, die die Behinderungskriterien erfüllen und Einkommen durch Beschäftigung erzielen.
- Wenn jemand aufgrund von Einkommen den Medicaid-Anspruch verliert, kann dies eine Option sein.
- Es gibt zwei Anspruchsgruppen innerhalb von MIWD. Um sich für die MIWD-Basisgruppe zu qualifizieren, muss eine Person:
  - - Für Medicaid qualifizieren, außer im Hinblick auf Einkommen
  - - Die Definition von Behinderung der Sozialversicherung oder des State Review Team erfüllen
  - - Berufstätig sein
  - - Ein Einkommen innerhalb der MIWD-Einkommensrichtlinien haben:
    - - 200 % der bundesweiten Armutsgrenze (FPL) oder
    - - 250 % der FPL mit Prämienzahlung;
  - - Medicaid-Vermögensgrenzen einhalten; und
  - - Eine Prämie zahlen, falls erforderlich.
- Um sich für die MIWD Medical Improvement Group zu qualifizieren, muss eine Person:
  - - Alle Kriterien der Basisgruppe erfüllen;
  - - Den bundesweiten Mindestlohn verdienen und mehr als 40 Stunden im Monat arbeiten;
  - - Die Medicaid-Abdeckung aus der Basisgruppe aufgrund einer medizinisch verbesserten Behinderung verloren haben. Dies gilt, wenn der Verlust von Medicaid dazu führen könnte, dass die Person nicht weiterarbeiten kann oder sich ihre Gesundheit so verschlechtert, dass sie die Definition von Behinderung der Sozialversicherung oder des State Review Team erfüllt.
- Weitere Anforderungen und Informationen finden Sie im Medicaid Regulation [477 NAC Appendix](#).
- Ein Medicaid-Mitarbeiter wird feststellen, ob eine Person berechtigt ist.

## Eigenanteil (SOC) für Personen mit hohem medizinischen Bedarf

- Der Eigenanteil gilt für Personen mit medizinischem Bedarf, die alle Medicaid-Berechtigungsanforderungen erfüllen, aber ein Einkommen über den Medicaid-Richtlinien haben.
- Der Eigenanteil kann je nach Einkommen, Abzügen und Wohnsituation der Person variieren.
- Das Einkommen wird mit dem medizinisch bedürftigen Einkommensniveau (MNIL) oder einem persönlichen Bedarf verglichen, um den Eigenanteil zu bestimmen.
- Die Person ist dafür verantwortlich, den festgelegten Eigenanteil zu zahlen.
- Der Eigenanteil ist ein monatlicher Betrag, der von Monat zu Monat variieren kann.
- Wenn eine Person Dienstleistungen aus einem HCBS-Waiver erhält, wird der Eigenanteil automatisch einem Medicaid-Anbieter zugeordnet, in der Regel dem Anbieter der teuersten Waiver-Leistung.
- Medicaid kann eingestellt werden, wenn der Eigenanteil den monatlichen Bedarf der Person übersteigt.