

# Medicaid Purchase Plan

## ¿Qué es el Medicaid Purchase Plan?

El Medicaid Purchase Plan (MAPP) ofrece a las personas con discapacidades, que trabajan o están interesadas en trabajar, la oportunidad de obtener cobertura de atención médica a través de Medicaid.

Con el MAPP, puede obtener los mismos beneficios de salud que se ofrecen a través de Medicaid. También tiene la oportunidad de ahorrar dinero a través de una cuenta de independencia sin que cuente hacia el límite de activos del programa.



En este momento, la prima de MAPP están en pausa. Luego del 2024, deberá pagar una prima para obtener cobertura MAPP. Una prima es una cantidad que usted paga cada mes por su cobertura.

## ¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad?

Para calificar para el MAPP, usted debe:

- Tener al menos 18 años de edad.
- Ser un residente de Wisconsin.
- Ser un ciudadano o un inmigrante calificado.
- Tener una discapacidad.
- Tener un trabajo, ser un empleado por cuenta propia, hacer trabajo en especie (realizar un trabajo al menos una vez al mes a cambio de comida, bienes o servicios), o estar inscrito en el Health and Employment Counseling Program. Las horas de voluntariado no cumplen con el requisito de trabajo para el MAPP.

- Tener activos contables individuales de \$15,000 o menos. (Los activos contables incluyen dinero en efectivo, cuentas corrientes y de ahorro, certificados de depósito, acciones y bonos, algunas pólizas de seguro de vida, algunas anualidades y algunos activos funerarios. La casa donde vive y un vehículo no se consideran activos contables.)
- Tener un ingreso familiar ajustado del 250% del nivel de pobreza federal ([dhs.wi.gov/medicaid/fpl.htm](https://dhs.wi.gov/medicaid/fpl.htm)) o menos, basado en el tamaño de su familia.

## ¿Qué es una cuenta de independencia?

Una cuenta de independencia es una cuenta financiera que no se cuenta como un activo para el límite de activos del MAPP de \$15,000. Puede ahorrar hasta el 50% de sus ganancias brutas en una cuenta de independencia. Si excede esta cantidad, tendrá que pagar una multa.

## ¿Cómo puedo registrarme para una cuenta de independencia?

Todas las cuentas de independencia nuevas deben abrirse y registrarse en su agencia después de averiguar si puede obtener MAPP. Para registrar una cuenta, complete el formulario MAPP Independence Account Registration, F-10121S, y devuélvalo a su agencia. Puede encontrar el formulario en [dhs.wi.gov/forms/f1/f10121s.pdf](https://dhs.wi.gov/forms/f1/f10121s.pdf).



## ¿Qué pasa si ya tengo una cuenta de jubilación?

Las cuentas de jubilación y pensión preexistentes también pueden utilizarse como cuentas de independencia. Estas cuentas deben ser registradas como nuevas cuentas de independencia en su agencia. La cantidad inicial en esa cuenta se contará como parte del límite de activos de \$15,000.

## ¿Hay cobertura disponible para mi familia a través de MAPP?

No, pero los miembros de su familia pueden obtener cobertura médica a través de otras formas de Wisconsin Medicaid o BadgerCare Plus.

## ¿Qué pasa si mi cónyuge o yo podemos obtener un seguro médico a través de nuestros empleadores?

Si usted o su cónyuge pueden obtener un seguro médico que cuesta menos que Medicaid a través de sus empleadores, MAPP puede ayudarlo a pagar por ese seguro. El MAPP pagará otros gastos de costos compartidos, como primas, deducibles y coaseguros.

## ¿Qué debo hacer si tengo preguntas?

- Contacte a su centro local de recursos para la vejez y la discapacidad. Puede encontrar información de contacto en [dhs.wi.gov/adrc/consumer/index.htm](https://dhs.wi.gov/adrc/consumer/index.htm).
- Llame a servicios para miembros de ForwardHealth al 800-362-3002 (voz) o al 711 (TTY).

## Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Department of Health Services no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, [dhscrc@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhscrc@dhs.wisconsin.gov). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

<b>Español (Spanish)</b> ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Deutsch (Pennsylvania Dutch)</b> Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kantscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
<b>Hmoob (Hmong)</b> LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>ພາສາລາວ (Laotian)</b> ເຊິນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>繁體中文 (Traditional Chinese)</b> 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。	<b>Français (French)</b> ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
<b>Deutsch (German)</b> ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Polski (Polish)</b> UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>العربية (Arabic)</b> ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	<b>हिंदी (Hindi)</b> ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
<b>Русский (Russian)</b> ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	<b>Shqip (Albanian)</b> KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>한국어 (Korean)</b> 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	<b>Tagalog (Tagalog – Filipino)</b> PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b> CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Soomaali (Somali)</b> FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).