

Serie de información para socios comunitarios: Preparación para el fin de la emergencia de salud pública por COVID-19

Preguntas y respuestas

El Departamento de Servicios Humanos (ODHS) y Oregon Health Authority (OHA)

El índice de contenidos

Las preguntas se han organizado en las siguientes categorías. Haga clic en la categoría correspondiente para navegar rápidamente a esa sección.

Categoría: Comunicaciones	1
Categoría: Socios comunitarios y ayuda para la presentación de solicitudes	3
Categoría: Servicios cubiertos.....	4
Categoría: SNAP y otras prestaciones alimentarias.....	5
Categoría: Proceso de redeterminación	7
Categoría: Poblaciones especiales.....	11

Categoría: Communications

- 1. ¿Se enviará la notificación de renovación del Oregon Health Authority (OHA) a los 1.4 millones en abril o a una determinada cantidad cada mes después de abril?**

Las notificaciones de renovación se divulgarán durante el período de desvinculación. Las primeras renovaciones comenzarán a enviarse en abril de 2023 y las últimas en febrero de 2024. El enfoque secuencial se describe en la siguiente pregunta.

- 2. ¿Cómo se deciden los grupos para la fase de notificación?**

Uno de los principales esfuerzos que está llevando a cabo Oregón es un enfoque de secuenciación. Esto significa que las renovaciones se programarán primero para los grupos con probabilidades de seguir siendo elegibles y las personas que necesitarán menos intervenciones y verificaciones para mantener la elegibilidad. Los grupos que necesitan la máxima protección se volverán a determinar en último lugar, incluidas las personas que probablemente sean elegibles para el Programa Básico de Salud.

- 3. ¿Hay forma de llegar a las familias sin vivienda?**

Sí, disponemos de varias estrategias de comunicación y divulgación para llegar a las personas sin vivienda. En función de la experiencia de varias organizaciones comunitarias de Oregón que asisten a personas sin vivienda o que sufren inseguridad en materia de vivienda, tenemos previsto suministrar a los trabajadores de proximidad hojas a prueba de agua impresas en ambas caras con información y un código QR que permita a las personas indicar inmediatamente su situación en materia de vivienda. Estamos trabajando en colaboración con organizaciones comunitarias con adultos y jóvenes sin vivienda que nos informarán durante el período de renovación qué otra información o apoyo se puede necesitar.

4. ¿Cómo se informará a las personas si van a mantener o cambiar de cobertura, y cómo presentarán información adicional? ¿Se hará todo por correo?

Los miembros del Plan de Salud de Oregón (Oregon Health Plan, OHP) recibirán notificaciones por correo, a menos que hayan elegido la notificación electrónica únicamente. Si seleccionaron la notificación electrónica únicamente, recibirán un correo electrónico y/o un mensaje de texto en el que se les indicará que tienen un mensaje en su Centro de Mensajes. Los miembros que tengan cuenta en el sistema ONE también podrán ver sus notificaciones en su cuenta de ONE. Las notificaciones incluirán detalles sobre cómo presentar información.

5. ¿Cómo se gestionarán los correos devueltos?

La agencia lanzará un nuevo proceso de correo devuelto en abril. Como parte de este proceso, cuando se reciba correo devuelto, se activará una respuesta automatizada de acercamiento al caso basada en la información de contacto disponible (mensaje de texto, correo electrónico y, como último recurso, buzón de voz). Si recibimos una dirección actualizada en un plazo determinado, se volverán a enviar todas las notificaciones prioritarias pertinentes. No se tomará ninguna otra medida por no facilitar una dirección actualizada.

6. Si hemos creado medios de comunicación social animando a la gente a actualizar su información de contacto utilizando el anterior conjunto de herramientas/recursos del OHA en el sitio web asociado, ¿es exacta esa información?

Sí.

7. ¿Los materiales estarán disponibles en chino tradicional?

Sí.

8. ¿Abordará el futuro Centro de llamadas todos estos temas o solo estará relacionado con el programa P-EBT de verano?

El centro de llamadas Pandemic EBT estará activo el 24 de marzo y podrá ayudar a las familias con las preguntas que tienen acerca de si su hijo es elegible para Pandemic EBT, tarjetas EBT e información general.

9. ¿Tiene el OHA un plan para contrarrestar el mensaje federal de que la pandemia ha terminado? Lo pregunto como alguien que trabaja en la zona rural de Oregón, donde las tasas de vacunación y de refuerzos bivalentes siguen siendo muy inferiores a la media del estado.

No podemos confirmar mensajes específicos en este momento. La División de Salud Pública del OHA seguirá promoviendo las precauciones universales, entre las que se incluyen las siguientes:

- hacer hincapié en estar al día con las vacunas
- quedarse en casa cuando está enfermo

- buscar atención y tratamiento precoz del COVID

10. ¿Se dará a los beneficiarios con renovaciones ex parte algún tipo de aviso de que mantienen su cobertura del OHP?

Sí, recibirán una notificación sobre su elegibilidad médica en la que se indica la prestación que se les ha aprobado, y la fecha de inicio y finalización de esta. La fecha de finalización será la próxima vez que el miembro deba realizar la renovación.

11. ¿Enviamos las notificaciones en el idioma preferido del cliente si está fuera de los 9 idiomas a los que ONE AP traduce automáticamente?

El sistema ONE admite actualmente siete idiomas: inglés, español, vietnamita, ruso, chino tradicional, chino simplificado y somalí.

Hay 11 idiomas más que se traducen fuera del sistema ONE: árabe, bosnio, birmano, camboyano, farsi, hmong, coreano, laosiano, mien, nepalí y rumano. Este es un proceso externo realizado por un socio de traducción. El envío de estas notificaciones se retrasa un poco debido al proceso de traducción externa. El sistema sigue enviando al interesado una copia de la notificación en inglés a su debido tiempo.

Categoría: Socios comunitarios y ayuda para la presentación de solicitudes

1. ¿Deberíamos empezar a animar a las familias a que vuelvan a presentar solicitudes?

No. Se debe animar a las familias a que mantengan actualizados su información de contacto e informen de cualquier cambio que sea necesario. Cuando se acerque la fecha de renovación de una familia, intentaremos renovar el caso automáticamente. Si el caso se renueva con éxito, se enviará un aviso con esa información. Si hace falta algo para completar la renovación, se enviará un aviso por correo solicitando más información.

2. Como asistentes, ¿podremos retroceder 90 días si es necesario?

Las normas para la retroactividad médica seguirán siendo las mismas; no se producirá ningún cambio en este proceso.

3. ¿Cerraremos las prestaciones para quienes recibamos correo devuelto?

No, la agencia no cerrará casos por correo devuelto. La agencia lanzará un nuevo proceso de correo devuelto en abril. Como parte de este proceso, cuando se reciba correo devuelto, se activará una respuesta automatizada de acercamiento al caso basada en la información de contacto disponible (mensaje de texto, correo electrónico y, como último recurso, buzón de voz). Si recibimos una dirección actualizada en un plazo determinado, se volverán a enviar todas las notificaciones prioritarias pertinentes. No se tomará ninguna otra medida por no facilitar una dirección actualizada.

4. Sabemos que los directores de comunicaciones (Chief Communication Officer, CCO) pueden actualizar la información de contacto de los miembros del OHP, ¿también pueden actualizar el idioma preferido?

Sí.

- 5. ¿Podrán los CCO obtener listas de miembros para comprender este cronograma? Especialmente interesado en nuestra población dual y en cómo ayudarles a prepararse con las expectativas.**

Sí.

- 6. ¿Se proporcionará a las CCO una copia de la notificación de redeterminación y del idioma?**

Sí, estamos trabajando para publicar en nuestro sitio web muestras de las notificaciones más frecuentes. Aún no tengo una fecha exacta, pero no debería tardar mucho.

Categoría: Servicios cubiertos

- 1. ¿Puede decirnos algo más sobre el Programa Bridge? ¿Qué tipo de orientación se va a dar a los beneficiarios que puedan ser elegibles para un plan de salud Bridge/básico y en qué momento recibirán comunicaciones al respecto?**

Para el OHA, el Programa Bridge se refiere tanto a las soluciones temporales como a las permanentes que estamos buscando. Oregón está tomando varias medidas para que el mayor número posible de personas esté cubierto por un seguro médico. Oregón está tramitando una exención para ampliar temporalmente la elegibilidad de Medicaid hasta el 200 % del nivel federal de pobreza hasta que se completen las renovaciones de desvinculación. Se calcula que entre 45,000 y 65,000 personas estarán cubiertas por esta nueva categoría de elegibilidad, que se prevé que comience el 1 de abril de 2023.

Además, Oregón está buscando la aprobación federal para poner en marcha un Programa Básico de Salud como solución de cobertura permanente para las personas que se encuentran dentro del rango de ingresos del 138 % al 200 % del Nivel Federal de Pobreza, una vez que se completen las renovaciones para los miembros actuales del OHP. El Programa Básico de Salud está actualmente programado para cubrir a las personas en la categoría de expansión temporal de Medicaid antes mencionada a partir del 1 de julio de 2024, y ampliarse para cubrir a todas las personas elegibles para el Programa Básico de Salud en el estado a partir del 1 de enero de 2025.

Como parte del proceso de renovación, se darán instrucciones a las personas sobre su elegibilidad.

- 2. ¿Las prestaciones CWM plus para las pacientes que han dado a luz finalizarán 60 días después del parto? ¿Incluirá la cobertura posparto durante 12 meses a las afiliadas a CWM Plus: urgencias médicas?**

La cobertura posparto de 12 meses no incluye a las beneficiarias de CWM Plus. Consultar más información aquí: <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/OHP-Supplemental-Benefits.pdf>

- 3. ¿Seguirá permitiendo Medicaid los servicios de telesalud una vez finalizada la emergencia de salud pública y, en caso afirmativo, cambiarán los requisitos o el reembolso?**

Por el momento, se desconoce el impacto en los servicios de telesalud.

- 4. ¿Tenemos problemas con la tarjeta abierta (DMAP) a la hora de pagar las reclamaciones del traspaso a Medicare cuando los pacientes están activos en un nivel CCOA? Antes, OHP no pagaba, pero de repente sí. ¿Cómo conseguimos que Medicare solo traspase al plan activo de Medicaid y cómo conseguimos que DMAP no pague? ¿No recibimos pagos por duplicado?**

Existe un defecto/solicitud de cambio que ha provocado que la información de Medicare no se envíe correctamente. Gainwell y BSU están trabajando en eso. Hubo una solución parcial que ayudará un poco, pero todavía están trabajando en la solución total. Dicho esto, les preocupa la cuestión del pago de las reclamaciones, ya que MMIS no debería pagar reclamaciones que debería cubrir CCOA. Lo están investigando.

- 5. ¿Los servicios cubiertos a los que se haya accedido durante el período de respuesta de 90 días seguirán estando cubiertos si finalmente se determina que la persona no es elegible?**

Sí, la persona sigue teniendo cobertura durante el período de respuesta de 90 días. Si se determina que no es elegible, recibirá un preaviso de 60 días de la finalización de las prestaciones. También seguirán teniendo cobertura durante el período de preaviso de 60 días, hasta la fecha de entrada en vigencia del cierre.

- 6. Recibimos un aviso de Citizenship Waived Medical (CWM) en el que se indica que las prestaciones han aumentado, permitiendo algo más que seguro de vida, integridad física o embarazo, pero no encontramos la cobertura exacta, ¿puede indicarnos dónde encontrarla?**

Algunas personas que recibían prestaciones de CWM pasaron al Programa Healthier Oregon en 2022. Healthier Oregon ofrece la misma cobertura que el plan de salud de Oregón. Hay más información sobre Healthier Oregon del OHA en el siguiente sitio web:

<https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/healthier-oregon.aspx>

Categoría: SNAP y otras prestaciones alimentarias

Recordatorio: Los beneficios de SNAP no atribuye carga pública y el recibo de SNAP no se utiliza en la determinación de carga pública, independientemente de si el beneficio está siendo utilizado por la persona que solicita los beneficios o si lo solicita en nombre de sus hijos menores de edad.

- 1. ¿Se enviarán nuevas tarjetas P-EBT para la emisión retroactiva de las prestaciones de P-EBT del verano 2022?**

Sí, las nuevas tarjetas EBT para las prestaciones de P-EBT del verano 2022 se enviarán por correo a los niños elegibles entre mediados de marzo y finales de mayo. A las familias que reciben SNAP en una tarjeta EBT o tienen una tarjeta EBT de iteraciones anteriores de P-EBT se les anima a mantener esta tarjeta y seguir utilizando las prestaciones.

- 2. En mi distrito escolar, todos los alumnos reciben comida gratis, por lo que no hay proceso de elegibilidad. ¿Cómo pueden acceder las familias de niños en edad escolar de mi distrito a P-EBT de verano?**

Los alumnos que asisten a una escuela que pertenece a Provisión de Elegibilidad Comunitaria, donde todos los alumnos, independientemente de las comidas que reciben en el hogar, reciben comidas gratis en la escuela son elegibles para P-EBT del verano de 2022. Además, los alumnos que asisten a una

escuela que participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares y ellos mismos están aprobados para recibir comidas gratis o a precio reducido en la escuela también son elegibles para P-EBT del verano de 2022.

3. He hablado con personas que reciben SNAP y hasta el 12 de febrero no habían recibido el correo indicando la finalización de la asignación de emergencia. ¿Tiene previsto el Departamento de Servicios Humanos de Oregón (Oregon Department of Human Services, ODHS) realizar actividades de divulgación más amplias (medios de comunicación, radio, etc.) hasta finales de mes?

Sí, el ODHS publicará un comunicado de prensa, actualizaciones en las redes sociales (Twitter, Facebook) y anuncios en emisoras de radio.

4. ¿Cuándo finalizarán las asignaciones de emergencia del SNAP?

La asignaciones de emergencias del SNAP se emitirán por última vez en febrero. En algunos casos, se puede recibir la asignación de emergencia después de febrero solo si se les están concediendo prestaciones para febrero o meses anteriores.

5. El importe total de \$391 de P-EBT es por familia, no por hijo. ¿Es eso correcto?

Esto es incorrecto, cada niño elegible recibirá \$391 por P-EBT del verano de 2022. El importe total de \$391 es por cada hijo elegible. Por lo tanto, si una familia tiene dos hijos elegibles, debe recibir $\$391 \times 2 = \782 .

6. ¿Cuánto tiempo puede estar un adulto con discapacidad en el SNAP?

La respuesta depende de muchos factores. Normalmente, una persona con estado de adulto capaz sin dependientes (Able-bodied adults without dependents, ABAWD) solo puede recibir 3 meses de SNAP si no participa en las actividades laborales requeridas. Sin embargo, si cumplen con una exención, participan en al menos 80 horas de trabajo remunerado o no remunerado o viven en una zona que no aplica límites de tiempo, pueden recibir prestaciones durante más tiempo.

7. ¿Las personas sin ingresos y sin vivienda están obligadas a realizar el programa de trabajo para recibir las prestaciones del SNAP?

Cualquier persona que tiene un estado ABAWD que no está exenta, o que vive en una zona exenta está obligada a participar en al menos 80 horas de trabajo remunerado/no remunerado para recibir SNAP durante más de 3 meses. Sin embargo, cuando solicite el SNAP, se comprobará si está exenta. En el caso de las personas sin vivienda, nos centraríamos en averiguar las causas de su situación. Si se trata de problemas de salud (mental, conductual, físico o de adicciones, se codificarán como exenciones). Desgraciadamente, la falta de vivienda en sí no es una exención.

8. ¿Incluye la “edad escolar” a los niños en programas de preescolar que pueden optar por la educación especial estatal?

Para P-EBT del verano de 2022, los niños que están inscritos en un programa de preescolar dentro de una escuela que participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares serían elegibles si el niño es aprobado para recibir comidas gratis o a precio reducido en la escuela.

Categoría: Proceso de redeterminación

- 1. Para las familias a las que se les ha renovado automáticamente el OHP a pesar de cualquier aumento de ingresos, ¿cuándo terminarán las prestaciones? ¿Y habrá alguna sanción para estas familias?**

Las prestaciones no finalizarán hasta que hayan transcurrido al menos 60 días desde el momento en que se sometieron al proceso de redeterminación y se determinó que no eran elegibles. Los casos médicos que permanezcan abiertos debido a la protección por el COVID no serán sancionados.

- 2. ¿Subirá el umbral de ingresos en marzo?**

Sí, en breve se publicarán externamente los nuevos límites de ingresos.

- 3. ¿Cuál es el primer mes en el que empezaremos a ver que se termina realmente la cobertura de algunos miembros?**

El primer mes en que veremos que termina el OHP es en julio de 2023.

- 4. ¿Cómo se notifica a las personas afectadas?**

Recibirán una notificación en la que se les informará de si se ha modificado su elegibilidad y de qué manera. La notificación se enviará a través de su método de comunicación preferido. La agencia también ha puesto en marcha un proceso de recordatorio por SMS: a las personas que no respondan a una solicitud de información se les recordará periódicamente también por SMS. Las personas pueden optar por no recibir los recordatorios por SMS si así lo desean.

- 5. ¿Es muy probable que no haya cobertura?**

La mayoría de las personas que pierdan el OHP serán elegibles para obtener ayuda a través de Marketplace. Algunas personas que reciben el OHP y tienen Medicare pueden perder la cobertura del OHP, pero eso no debería afectar su cobertura de Medicare.

- 6. ¿Qué ocurre si las personas no responden a los avisos de renovación médica en un plazo de 90 días? Una vez transcurridos los 90 días, ¿pasan automáticamente al período de 60 días?**

Cuando llegue la fecha límite de respuesta y no se haya recibido ninguna, se dará de baja por falta de respuesta a quienes no sean elegibles para ayuda continua o protegida. Recibirán un preaviso de rescisión de 60 días.

- 7. ¿Se pueden apelar las rescisiones?**

Sí, el proceso de audiencias se mantiene sin cambios. En las notificaciones de decisión se incluye información sobre cómo ejercer los derechos de audiencia.

- 8. ¿También tendrán que renovar el 1 de abril quienes se hayan inscrito en los dos últimos meses?**

No todos los casos se renovarán el 1 de abril. Todos los casos con cobertura médica abierta al 1 de abril de 2023 formarán parte del proceso de renovación de desvinculación y se les iniciará una renovación en algún momento entre abril de 2023 y enero de 2024.

9. ¿A partir de qué fecha se enviará la notificación de cierre de 60 días?

La notificación de 60 días se enviará el día en que se tome la decisión de que ya no son elegibles. Si el motivo del cierre se debe a que no se ha respondido a un envío de renovación, dicha notificación de cierre se enviará después de la medianoche del día en que vencía el plazo de la solicitud de información para la renovación o de la renovación activa. Por ejemplo, si la respuesta de renovación vencía el 07/31/2023 y no hubo respuesta, entonces el sistema enviará la notificación a las 2:00 a. m. del 08/01/2023.

10. ¿Se revisará la elegibilidad de todo el mundo a partir del 1 de abril o solo la de aquellos cuya elegibilidad esté pendiente de renovación?

Las renovaciones no siguen las fechas de elegibilidad. Las renovaciones se programarán primero para los grupos con probabilidades de seguir siendo elegibles y las personas que necesitarán menos intervenciones y verificaciones para mantener la elegibilidad. Los grupos que necesitan la máxima protección se volverán a determinar en último lugar, incluidas las personas que probablemente sean elegibles para el Programa Básico de Salud.

11. No se puede dar por sentado que los ingresos que figuran en el caso sean exactos. ¿Cómo determinará el ODHS si los miembros siguen siendo elegibles? ¿Supongo que el ODHS intentará verificar los ingresos a través de sus fuentes?

Para los casos médicos estamos haciendo algunas cosas para facilitar a las personas la comprobación de los ingresos. Hemos actualizado nuestro sistema de elegibilidad ONE para realizar lo que se denomina una comprobación de "compatibilidad razonable" (reasonable compatibility, RC). La RC es un proceso automatizado que compara los ingresos declarados con diversas bases de datos federales. Si los ingresos declarados y los que figuran en las fuentes electrónicas son similares, el sistema los considerará verificados y no será necesario solicitar su comprobación a la persona. También se introdujo un cambio en el sistema para que si una persona recibe prestaciones de otro programa, por ejemplo, SNAP, y se han verificado sus ingresos, el sistema también considere verificados esos ingresos para su caso médico.

12. ¿Qué proceso está en marcha para determinar la continuidad de la elegibilidad? ¿Tienen los miembros que presentar documentación?

El sistema de elegibilidad ONE intentará realizar una renovación automatizada, en la que comprobará las fuentes de datos electrónicos disponibles. Si la información sobre el caso es similar a la que se obtiene de las fuentes electrónicas, el caso puede renovarse sin necesidad de que la persona facilite información. Si la renovación automatizada no puede verificar la información necesaria, o es necesaria una entrevista, el sistema de elegibilidad ONE enviará información a la persona para que la complete.

13. ¿Hay ventajas o inconvenientes en presentar las solicitudes de renovación en cuanto se recibe la notificación? Por ejemplo, si el paciente responde en un plazo de 30 días, ¿puede perder sus prestaciones antes?

Las personas mantendrán la cobertura durante más tiempo si esperan a que se les comuniquen las medidas que deben tomar, en su caso, para mantenerla. Las personas que ya no sean elegibles para las prestaciones dejarán de percibirlas con un preaviso de 60 días. Los 60 días se calculan en función del momento en que se tramita la respuesta de renovación. Esto significa que, una persona que ya no es elegible y responde el primer día puede tener una fecha de cierre diferente a la de alguien que responde el día 60 y no es elegible.

14. Hay algunos clientes cuya renovación ha vencido; por ejemplo, algunos de ellos tienen renovaciones pendientes desde 2021, pero no se cerraron debido a la emergencia de salud pública, ¿qué ocurrirá con estos clientes el 1 de abril?

Esas fechas ya no están relacionadas con su fecha de renovación. Todos los miembros permanecerán en el OHP hasta que pasen por el proceso de renovación. Empezaremos con las renovaciones de las personas y familias el 1 de abril y seguiremos enviando renovaciones de desvinculación mensuales hasta febrero de 2024. Intentaremos realizar una renovación automatizada y se informará a los miembros del OHP de cuándo será su fecha de renovación y qué tienen que hacer, si es que tienen que hacer algo, para conservar sus prestaciones.

15. ¿Terminarán todos los seguros médicos a través del OHP el 11 de mayo, o las determinaciones se harán caso por caso a partir del 11 de mayo y luego se enviarán las cartas?

Empezaremos con las renovaciones de las personas y familias el 1 de abril y seguiremos enviando renovaciones de desvinculación mensuales hasta febrero de 2024. Intentaremos realizar una renovación automatizada y se informará a los miembros del OHP de cuándo será su fecha de renovación y qué tienen que hacer, si es que tienen que hacer algo, para conservar sus prestaciones. Si ya no son elegibles, se les enviará información sobre la transición a otro tipo de cobertura. Esto puede incluir información sobre la ayuda financiera disponible para los planes de salud de Marketplace.

16. ¿Tendrán las personas que reciben prestaciones 90 días para enviar la documentación y otros 60 días antes de que finalice la cobertura?

Correcto. Si una persona no responde antes de los 90 días, se le enviará una notificación para informarle de que sus prestaciones finalizarán en 60 días.

17. Si se hace una actualización en un caso del OHP después del 1 de abril que hace que alguien no sea elegible para el OHP, pero todavía no ha recibido su carta de redeterminación, ¿se le dará de baja?

Los casos seguirán contando con las protecciones por el COVID hasta que el caso pase por el proceso de redeterminación.

18. ¿Quién decide cuándo se renueva cada caso médico? ¿Y en qué se basa el momento para realizarla?

Uno de los principales esfuerzos que está llevando a cabo Oregón es un enfoque de secuenciación. Esto significa que las renovaciones se programarán primero para los grupos con probabilidades de seguir siendo elegibles y las personas que necesitarán menos intervenciones y verificaciones para mantener la elegibilidad. Los grupos que necesitan la máxima protección se renovararán en último lugar, incluidas las personas que probablemente sean elegibles para el Programa Básico de Salud.

19. ¿Cuáles son algunos ejemplos de circunstancias en las que las personas tendrán derecho automático/pasivo al OHP?

Consulte las preguntas relativas a la compatibilidad razonable (RC). Es difícil dar ejemplos concretos, pero los casos en los que se puedan verificar los ingresos mediante el proceso de compatibilidad razonable tendrán un mayor índice de renovación pasiva/automática. Por ejemplo, los beneficiarios de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), los beneficiarios del Programa

de Ahorro de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) únicamente y/o los beneficiarios del Ingreso Bruto Ajustado Modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) que superan la RC.

20. ¿Aparecerá la fecha exacta de redeterminación en el 834 para que sepamos cuándo se está redeterminando a nuestros afiliados?

Sí, después del 1 de abril, el 834 reflejará las fechas de renovación exactas.

21. ¿Cuándo se publicará en el sitio web del OHP la lista actualizada de requisitos de ingresos para el 2023? ¿Todo lo que veo es una fecha de entrada en vigencia del 1 de marzo de 2022? ¿Debo asumir marzo de 2023?

Sí, la agencia publicará en breve los requisitos de 2023.

22. ¿Si alguien en su última recertificación (renovación) ha recibido una carta de que su cobertura de OHP concluye en enero de 2024, tienen que certificar antes de esa fecha?

Si reciben una carta o notificación de renovación, pidiendo información adicional para determinar si es elegible, tendrán 90 días para responder, a partir de la fecha indicada en la carta.

El proceso de renovación concluye en julio del 2024. Si alguien recibe su carta en enero 2024 (el último mes que las cartas serán enviadas), todavía tendrán 90 días para responder y entregar su información.

23. ¿Sabemos el demográfico de las personas que ya no estarán inscritos?

No, aun no tenemos esa información.

24. ¿Se enviará paquetes de renovación a todos los miembros de OHP o solo a los casos que no se puedan verificar?

Los paquetes de renovación solo se les enviaran a las personas quienes no se les pueda renovar su cobertura automáticamente.

25. ¿Como se hace la recertificación Ex-Parte?

“Ex-Parte” es un método de renovación para el OHP que permite que las personas sean renovadas automáticamente, sin necesidad de acción por parte de la persona recibiendo beneficios. El sistema de elegibilidad ONE automáticamente renueva a las personas que califican. El sistema ONE a través de sus funciones de verificación, trata de verificar toda la información del caso a través de páginas federales de ingresos, incluyendo el sistema del seguro social, y más. Si el sistema logra verificar toda la información, la persona recibiendo beneficios de OHP será renovado automáticamente. El miembro recibirá una carta de aviso informando que su cobertura fue automáticamente renovada, y que no necesitan hacer nada más.

26. ¿Esta recertificación afectara a los refugiados, Haití y Afgán?

Todas las personas que actualmente reciben beneficios del OHP, tendrán que pasar por el proceso renovación (que empieza el 1 de abril del 2023). Si una persona necesita proporcionar verificación de su información de inmigración, esa solicitud se incluirá en su aviso de renovación.

Categoría: Poblaciones especiales

1. ¿Puede decirnos algo más sobre los cambios en la recogida de datos demográficos de los miembros, incluida la orientación sexual y la identidad de género?

Habrán cambios en cómo las agencias de OHA y ODHS obtienen información sobre sus miembros. Estos cambios son solo relacionados a preguntas demográficas: raza, etnia, idioma, discapacidad, orientación sexual y expresión de identidad de género. Esto NO incluye estatus migratorio. OHA y ODHS solo obtienen información demográfica para estadísticas que ayudan en nuestro proceso de eliminar las desigualdades en la salud. La información demográfica obtenida al aplicar no afecta la posibilidad de ser elegible para beneficios.

Como parte de nuestra colaboración con la Oficina de Equidad y Servicios Multiculturales (Office of Equity and Multicultural Services, OEMS) y la Oficina de Equidad e Inclusión (Office of Equity and Inclusion, OEI), que tiene el fin de recopilar datos demográficos de los miembros que cumplan los estándares de nuestro sistema interno, los requisitos de la interfaz federal externa y la obtención de datos de raza, etnicidad, idioma y discapacidad (Race, Ethnicity, Language and Disability, REaL+D), así como de orientación sexual e identidad o expresión de género (Sexual Orientation, Gender Identity and Expression, SOGIE), se recopilará lo siguiente:

- Nombre
- Inicial del segundo nombre
- Apellido
- Sufijo
- Nombre que la persona desea que usemos
- Inicial del segundo nombre que la persona desea que usemos
- Apellido que la persona desea que usemos
- Sufijo que la persona desea que usemos
- Fecha de nacimiento
- Sexo que coincide con la información federal actual de la persona
 - Masculino
 - Femenino
- Identidad de género
 - Niña o mujer
 - Niño u hombre
 - No binario
 - Agénero/ningún género
 - En duda
 - Otro
 - No lo sé
 - No sé a qué se refiere esta pregunta
 - Prefiero no responder
- ¿La persona es transgénero?
 - Sí

- No
- No lo sé
- No sé a qué se refiere esta pregunta
- Prefiero no responder
- ¿Cómo identifica la persona su raza, etnicidad, afiliación tribal, país de origen o ascendencia?
 - Etnicidad: ¿la persona tiene ascendencia hispana, latina o española?
 - Sí
 - No
 - Prefiero no responder
 - Raza
 - a. Según la legislación de REaL+D
 - Identidad racial o étnica principal

No se recopilarán datos de orientación sexual ni pronombres en este momento.

2. ¿Conservará el OHP un niño menor de seis años aunque no se haya hecho la renovación durante la emergencia de salud pública?

Todos los miembros conservarán la cobertura hasta que se renueve su elegibilidad durante el período de desvinculación. Si en esa renovación se comprueba que una persona no es elegible, se pondrá fin a su admisibilidad.

Si un niño pasa por la renovación antes del 1 de julio, se le concederá un período de elegibilidad continua (continuous eligibility, CE) de un año. En julio, se pondrá en marcha la ampliación de la CE y se ajustará la fecha de la CE de todos los niños que ya hayan recibido una renovación durante el período de renovación de desvinculación y que se vean afectados por los cambios en la política de CE. Ejemplo: un niño de 3 años que haya sido declarado elegible durante la renovación en mayo recibirá una fecha de finalización de CE de 12 meses. Después, cuando se aplique la ampliación de la CE, su fecha de CE se ajustará al mes en que cumplan 6 años.

3. ¿Tiene una estimación de cuántas personas pueden pasar del OHP a Medicare?

Posiblemente, varios miles, pero francamente no nos sentimos cómodos haciendo proyecciones de este tipo porque hay demasiados factores implicados, y podrían haber ocurrido cambios que hagan que califiquen para el mismo u otro programa OHP Plus en la renovación. Por ejemplo, pueden tener necesidades de servicios, pueden ser discapacitados y haber empezado a trabajar, pueden haber tenido SSI en el pasado, pero no haberlo comunicado. No lo sabremos con certeza hasta que haya concluido la desvinculación.

4. ¿Qué hace la agencia para ayudar a los miembros que, según ONE AP, no tienen vivienda?

Disponemos de varias estrategias de comunicación y divulgación para llegar a las personas sin vivienda y ayudarles a mantener su cobertura. Estamos trabajando en colaboración con organizaciones comunitarias con adultos y jóvenes sin vivienda que nos informarán durante el período de renovación qué otra información o apoyo se puede necesitar.

5. Explique el proceso de una persona que cumplió 65 años durante la emergencia de salud pública. Ya debería estar en Medicare. ¿Continuó su cobertura del OHP durante la emergencia de salud pública a pesar de ser elegible para Medicare?

Hay algunos programas del OHP disponibles para las personas que cumplen 65 años o empiezan a recibir Medicare. Durante la emergencia de salud pública, si una persona cumplía 65 años y/o empezaba a recibir Medicare, se la tenía en cuenta para estos programas. Si no eran elegibles, las prestaciones se mantuvieron y se mantendrán hasta su renovación por desvinculación. Durante su renovación de desvinculación, se realizará otra evaluación para determinar si cumplen los criterios de cualquier OHP y/o Plan de Ahorro de Medicare y, en caso afirmativo, pasarán a esos programas.

6. ¿En qué consiste el nuevo programa dental para veteranos?

Se trata de un nuevo programa, resultado del proyecto de ley 4095 de la Cámara de Representantes, aprobado en 2022, que proporciona cobertura dental a los veteranos hasta el 400 % del nivel federal de pobreza. Obtenga más información sobre el nuevo programa aquí:

<https://www.oregon.gov/odva/Documents/Partner%20Veteran%20Dental%20Fact%20Sheet%20FINAL.pdf>

7. A partir del 1 de abril comenzarán las renovaciones. Mi pregunta es específica para los niños menores de 6 años: ¿comenzará su cobertura continua de 5 años del OHP cuando reciban una renovación este año? ¿O se iniciará con carácter retroactivo a la última vez que se renovó?

No es retroactivo. Si un niño pasa por la renovación antes del 1 de julio, se le concederá un período de elegibilidad continua (continuous eligibility, CE) de un año. En julio, se pondrá en marcha la ampliación de la CE y se ajustará la fecha de la CE de todos los niños que ya hayan recibido una renovación durante el período de renovación de desvinculación y que se vean afectados por los cambios en la política de CE. Ejemplo: un niño de 3 años que haya sido declarado elegible durante la renovación en mayo recibirá una fecha de finalización de CE de 12 meses. Después, cuando se aplique la ampliación de la CE, su fecha de CE se ajustará al mes en que cumplan 6 años.

8. ¿Tendrán que pasarse a Medicare todos los miembros mayores de 65 años? ¿Hay alguna excepción? ¿Se los notificará a través de NWSDS?

No podemos decirle a nadie que tiene o no tiene que inscribirse, solo podemos ofrecerle opciones e información sobre los posibles resultados. Cualquier persona que sea elegible para inscribirse en Medicare y pierda el OHP Plus puede querer inscribirse en Medicare si ha optado previamente por no hacerlo porque, de lo contrario, se quedaría sin cobertura de salud. Aquellos que no reúnan los requisitos para la Parte A gratuita pueden ser derivados a Marketplace si pierden la elegibilidad para el OHP Plus. Si la pregunta es si los beneficiarios de MAGI Adultos tienen que pasar específicamente a Medicare, solo podemos decir que no podrán acogerse a MAGI Adultos cuando cumplan 65 años independientemente de su situación en Medicare, pero eso no significa que no puedan acogerse a otro programa de Medicaid. Son demasiados los factores que intervienen como para abordar todas las situaciones, pero en general, animamos a todas las personas elegibles para afiliarse a Medicare a que lo hagan. Optar por no participar para mantener la elegibilidad de OHP Plus no tendrá el mismo resultado una vez que comience la desvinculación, y aunque alguien ya no califique para OHP Plus, puede calificar para un Programa de Ahorros de Medicare que le ayudará con el costo de Medicare.