

Conversación comunitaria: HR1 y Medicaid de Illinois: Navigando los próximos cambios

**16 de septiembre de 2026
12:00pm – 1:00pm**



Cambios en los requisitos de elegibilidad para inmigrantes

Elegibilidad tradicional para inmigrantes para Medicaid federal hasta el 1 de octubre, 2026 :

Incluyen a los inmigrantes cualificados y aquellos considerados equivalentes a refugiados, incluidos los refugiados, los solicitantes de asilo, los titulares de visados para víctimas de trata de personas y otros.

Recursos :

[HFS hoja informativa en inglés](#)(también en [Español](#))

[Kit de herramientas HFS para no ciudadanos y en varios idiomas.](#)

[Hoja informativa de LCHJ sobre los cambios en los requisitos de elegibilidad para inmigrantes](#)

Nuevo elegibilidad Medicaid federal para los inmigrantes a partir del 1/10/26 (último día de cobertura: 30/9/26) :

Los adultos no embarazadas deberán tener uno de estos cuatro estatus migratorios para poder calificar para Medicaid:

1. **Ciudadano estadounidense**
2. **Residentes permanentes legales** (LPR, sujetos a un período de espera/prohibición de 5 años a menos que estén exentos a nivel federal).
3. **Entrantes cubanos/haitianos**
4. **Migrantes del Pacto de Libre Asociación (COFA)**

Todas las demás categorías de estatus migratorio quedan excluidas de la cobertura completa de Medicaid federal a partir del 1 de octubre de 2026. Una vez que se les convierte al estatus de residente permanente legal y cumplen con el requisito de 5 años (a menos que estén exentos a nivel federal), vuelven a ser elegibles para Medicaid federal.

Presentadora : Andrea Kovach, Legal Council for Health Justice

Impactos del requisito laboral de Medicaid y las redeterminaciones de Medicaid cada 6 meses

- Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) para adultos
- Personas con discapacidad
- Adultos mayores
- Personas que viven con enfermedades crónicas:
 - VIH y personas sin hogar
 - Salud mental y trastornos por consumo de sustancias
- Personas embarazadas y en posparto
- Personas que reciben Medicaid y SNAP

Descripción general

Presentadora : Meghan Carter, Legal Council for Health Justice

El requisito laboral de Medicaid y el período de recuperación de 6 meses solo se aplican a los adultos de la ACA.

Disposición de Medicaid bajo HR1 <i>Ver HFS página informativa en inglés o Español</i>	ACA Adulto (de 19 a 64 años, sin hijos dependientes menores de 18 años en el hogar, sin Medicare, sin ninguna otra exención)	Planes de salud familiar/FamilyCare, AllKids, Mamás y bebés, Jóvenes que estuvieron en hogares foster, AABD Med	Recibir Medicare, independientemente de la edad.	Adultos de la ACA que cumplen los requisitos para una exención (por ejemplo, "médicamente frágiles" o cuidadores)
Mandato laboral de 80 horas	Sí (a menos que esté exento).	No.	No.	No. Si se determina que está exento, el adulto con ACA no necesita completar 80 horas de trabajo.
Redeterminaciones	6 meses	12 meses	12 meses	6 meses
Cobertura retroactiva	Hasta 2 meses	Hasta 2 meses	Hasta 2 meses	Hasta 2 meses

ACA Adultos

Presentadora : Meghan Carter, Legal Council for Health Justice

El requisito laboral de Medicaid solo se aplica a los adultos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA).

Los adultos de la ACA son generalmente personas de entre 19 y 64 años con ingresos familiares de hasta el 138 % del Nivel Federal de Pobreza, que no tienen Medicare y que no tienen hijos dependientes menores de 18 años en sus hogares.

Disposición de Medicaid bajo HR1	ACA Adulto (de 19 a 64 años, sin hijos dependientes menores de 18 años en el hogar, sin Medicare, sin ninguna otra exención)	Adulto con ingresos mínimos de \$580/mes según la Ley de Cuidado de la Salud Asequible (ACA).	Estudiante adulto de ACA matriculado en la escuela al menos a medio tiempo	Adultos con ACA que cumplen los requisitos para una exención (por ejemplo, "médicamente frágiles")
Mandato laboral de 80 horas	Sí , a partir de la primera redeterminación iniciada el 1 de enero de 2027 o después de esa fecha.	No. Los adultos que tienen Medicaid de ACA Adults pueden trabajar menos de 80 horas siempre y cuando ganen \$580 al mes.	No. La educación a medio-tiempo cumple con el requisito.	No. Si se determina que está exento, el adulto amparado por la ACA no necesita completar 80 horas de trabajo.
¿Redeterminación a los 6 o a los 12 meses?	6 meses : debe demostrar el cumplimiento en al menos un mes de los 6.	6 meses : debe demostrar el cumplimiento en al menos un mes de los 6.	6 meses : debe demostrar el cumplimiento en al menos un mes de los 6.	6 meses : debe demostrar el cumplimiento en al menos un mes de los 6.

Escenario - Adultos de la ACA

Guión	Impacto de Medicaid
<i>Ana es una adulta beneficiaria de la Ley de Cuidado de la Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Ana suele trabajar 30 horas semanales en una cadena de supermercados.</i>	Ana cumple con el requisito laboral porque trabaja más de 80 horas al mes. HFS revisará los datos de nómina reportados por el empleador para verificar el cumplimiento (y le enviará una notificación a Ana si no puede verificarlo). Se revisará el cumplimiento de Ana cada 6 meses y debe cumplir o estar exenta del requisito laboral de Medicaid al momento de la reevaluación o durante al menos un mes desde la última reevaluación.
<i>Michael es un adulto beneficiario de ACA. Trabaja de forma esporádica y no realiza trabajo voluntario, no asiste a la escuela ni participa en ningún programa laboral.</i>	Michael deberá demostrar que cumple con los requisitos de horas de actividad laboral, un ingreso de \$580 o una exención para mantener la cobertura. HFS le enviará una notificación por correo y Michael tendrá 30 días para proporcionar la información que demuestre el cumplimiento. Si no se devuelve la información, se le cancelarán los beneficios médicos. Michael puede apelar si HFS cometió un error. Si Michael vuelve a solicitar la cobertura en el futuro, deberá haber cumplido con el requisito laboral el mes anterior a la solicitud para que esta sea aprobada, o demostrar una exención en el mes en que presente la solicitud.

Es importante saber en qué categoría de Medicaid te encuentras.

Los requisitos laborales de Medicaid y el período de recuperación de 6 meses solo se aplican a los adultos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA).

Disposición de Medicaid bajo HR1	ACA Adulto (de 19 a 64 años, sin hijos dependientes menores de 18 años en el hogar, sin Medicare, sin ninguna otra exención)	Planes de salud familiar/Family Care, AllKids, Mamás y bebés, Jóvenes que estuvieron en hogares foster, AABD Med	Recibir Medicare, independientemente de la edad.	Adultos de la ACA que cumplen los requisitos para una exención (por ejemplo, "frágiles desde el punto de vista médico" o cuidadores).
Mandato laboral de 80 horas	Sí (a menos que esté exento). También puede cumplir con \$580/mes. O una combinación de trabajo, estudios y voluntariado igual o superior a 80 horas.	No.	No.	No. Si se determina que está exento, el adulto con ACA no necesita completar 80 horas de trabajo.
¿Redeterminación a los 6 o a los 12 meses?	6 meses	12 meses	12 meses	6 meses

Personas con discapacidad

Las personas con discapacidades que reciben Medicare están en la categoría AABD Medicaid. **No son** adultos de la ACA, por lo que los requisitos laborales y los reembolsos de 6 meses no les aplican. Si una persona con discapacidad **no está** en Medicare y está en el grupo de adultos de la ACA, está sujeta a los requisitos laborales, pero puede tener una exención. HFS determinará si alguien está exento por ser "medicamento frágil" al verificar la inscripción en SSI/SSDI, los diagnósticos médicos, los registros de tratamiento y la autodeclaración. También habrá un evaluador de HFS que permitirá a los beneficiarios verificar si están exentos y, de ser así, solicitar una exención.

Según la HR 1, una persona cumple con la definición de ser medicamento frágil si se encuentra en alguna de las siguientes **cinco subcategorías** :

1. **Ceguera o discapacidad:** Cumplir con la definición estándar de discapacidad utilizada por la Administración del Seguro Social (SSA) para los programas de Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) o Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI).
2. **Discapacidad funcional:** Tener una discapacidad física, intelectual o del desarrollo que afecta significativamente la capacidad para realizar una o más actividades de la vida diaria (AVD).
3. **Trastorno mental incapacitante:** Diagnosticado con una condición de salud mental lo suficientemente grave como para ser considerada incapacitante.
4. **Trastorno por consumo de sustancias:** Luchar contra un trastorno crónico de abuso o adicción a las sustancias.
5. **Condición médica grave o compleja:** Vivir con necesidades de salud complejas y a largo plazo o con una enfermedad crónica grave.

Escenarios - Personas con Discapacidad

Guión	Impacto de Medicaid
<i>Alex tiene 24 años y tiene una discapacidad diagnosticada según la definición de la Administración del Seguro Social. Recibe beneficios por discapacidad del Seguro Social (SSDI) y Medicare.</i>	Alex debería estar en la categoría AABD de Medicaid porque recibe Medicare. Por lo tanto, los requisitos laborales y el período de recuperación de 6 meses no le serían aplicables.
<i>María tiene 28 años y padece autismo severo y depresión clínica. Está inscrita en Medicaid como adulta bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Ha solicitado el Seguro Social de Ingreso Suplementario (SSI), pero aún no ha recibido respuesta.</i>	Dado que María es adulta bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) y aún no recibe el Seguro Social de Ingreso Suplementario (SSI), se le aplican los requisitos laborales. María podría estar exenta de estos requisitos por ser médicamente frágil, según lo demuestra su propia declaración jurada o sus registros de diagnóstico y tratamiento médico. Debido a que María es adulta bajo la ACA, deberá cumplir con el programa de reingreso laboral de 6 meses.

Adultos mayores

Presentador : Elizabeth Durkin, Avisery,
AgeOptions

Saber en qué categoría de Medicaid se encuentra el adulto mayor determinará si estará sujeto a los requisitos laborales y a las reconsideraciones de 6 meses.

	De 60 a 64 años	Mayores de 65 años	Cualquier edad Personas con doble elegibilidad
Categoría Medicaid	Medicaid para adultos según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (a menos que se trate del cuidado de niños menores de 18 años).	Ayuda para ancianos, ciegos y discapacitados (AABD) Medicaid O AABD “Reducción de gastos”	Medicare Y AABD Medicaid O Programa de Ahorros de Medicare
Mandato laboral de 80 horas	Deben cumplir a menos que estén exentos por otro motivo.	Exento por completo . Exento automáticamente de los requisitos laborales.	Totalmente exento . Cualquier persona inscrita en Medicare está automáticamente exenta.
¿Redeterminación a los 6 o a los 12 meses?	6 meses (si es un adulto con la Ley de Cuidado de Salud Asequible)	12 meses	12 meses

Escenario: Adultos mayores

Presentador : Elizabeth Durkin, Avisery,
AgeOptions

Guión	Impacto de Medicaid
<i>Hombre de 75 años con buena salud.</i>	En AABD Medicaid porque es mayor de 65 años. No está sujeto al requisito de trabajo ni a la renovación de su contrato de 6 meses. Mantiene su redeterminación de cada 12 meses.
<i>Hombre de 63 años con empleo esporádico debido a una enfermedad crónica, pero a quien se le ha denegado la prestación por discapacidad de la SSA y no recibe Medicare.</i>	En ACA Adulto. Sujeto al requisito de trabajo, pero puede calificar para “fragilidad médica” u otra exención, según las políticas y definiciones de HFS. Sujeto a renovaciones cada 6 meses.
<i>Mujer de 64 años que se dedica a tiempo completo al cuidado de un padre de 89 años.</i>	En ACA Adulto. Sujeto al requisito de trabajo, pero puede calificar para la exención de “cuidador familiar” según las políticas y definiciones de HFS. Sujeto a redeterminaciones cada 6 meses.
<i>Abuelo/a de 62 años criando a dos nietos.</i>	En la categoría de Medicaid de Cuidado Familiar en lugar de la de Adultos de la ACA. No está sujeto al requisito de trabajo ni a las renovaciones de 6 meses, mantendría las renovaciones actuales de 12 meses.

Personas con enfermedades crónicas - VIH

Los cambios introducidos en Medicaid por la ley HR1 afectan gravemente a las personas que viven con el VIH, ya que Medicaid es la principal fuente de seguro médico para este colectivo, cubriendo aproximadamente al 42 % de todas las personas con VIH en Illinois. Además, el 51 % de las personas con VIH en Illinois cumplen los requisitos para acceder a Medicaid como adultos amparados por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) (aproximadamente 9500 personas).

Disposición de Medicaid bajo HR1	Si la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) para adultos en Illinois cubre Medicaid...	Si alguna otra categoría de Medicaid en Illinois Medicaid...
Mandato laboral de 80 horas	Debe cumplir a menos que cumpla con una exención.	No aplica (no es un adulto ACA)
¿Redeterminación a los 6 o a los 12 meses?	6 meses	12 meses

Presentadora : Nadeen Israel,
Fundación contra el SIDA de
Chicago

Escenario: Personas con enfermedades crónicas - VIH

Guión	Impacto de Medicaid
<i>Jordan tiene 35 años, vive con VIH y también padece diabetes, hipertensión y colesterol alto. Estudia y trabaja a tiempo parcial. Jordan cuenta con Medicaid como adulto amparado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA).</i>	Dado que Jordan es un adulto amparado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), el requisito laboral le aplica. Sin embargo, Jordan cumple con dicho requisito al estar estudiando a tiempo parcial. Aun así, Jordan debe pasar por el proceso de reincorporación laboral de 6 meses (en lugar de 12 meses) debido a su condición de adulto amparado por la ACA.
<i>Héctor tiene 42 años, vive con VIH y lleva dos años en recuperación por una adicción a las drogas. Trabaja ocasionalmente y colabora como voluntario con una organización sin fines de lucro local aproximadamente 8 horas a la semana. Héctor es beneficiario de ACA (Administración para el Cuidado de la Salud</i>	Dado que Héctor es un adulto amparado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), se le aplica el requisito laboral. Sin embargo, como lleva menos de 5 años en recuperación por un trastorno por consumo de sustancias, califica para una exención del requisito laboral por su condición de "fragilidad médica". Aun así, Héctor debe completar el proceso de

Personas con enfermedades crónicas - Salud mental

Según la ley HR1, las personas con una "condición de salud mental incapacitante" pueden optar a una exención de los requisitos laborales.

Información adicional: [Consejo Nacional para el Bienestar Mental - Centro de Recursos HR1](#)

Disposición de Medicaid bajo HR1	Expansión de Medicaid/ACA para adultos: Exención obligatoria por fragilidad médica	La regla de CMS añadió que la condición también debe afectar significativamente la capacidad de completar consistentemente el requisito de trabajo.	
Mandato laboral de 80 horas	Puede optar a la exención en función del diagnóstico y la incapacidad para cumplir con los requisitos laborales.	2027: Se acepta la autodeclaración.	2028: Definición y documentación por determinar
¿Redeterminación a los 6 o a los 12 meses?	Si es un adulto de ACA, sujeto a redeterminación de 6 meses.		

Escenario: Personas con enfermedades crónicas - Salud mental

Guión	Impacto de Medicaid
<i>Una persona con diagnóstico de trastorno depresivo mayor cuyos síntomas afectan su capacidad para trabajar, ser voluntario o asistir a clases o capacitaciones para la inserción laboral de manera regular.</i>	2027: Si es un adulto amparado por la ACA, podrá optar a una exención basada en el diagnóstico y la autodeclaración de una discapacidad que le impida cumplir de forma constante con los requisitos de participación en la comunidad. Esta persona está sujeta a una redeterminación cada 6 meses, comenzando con su primera evaluación en 2027.
<i>Una persona con diagnóstico de trastorno depresivo mayor cuyos síntomas afectan su capacidad para trabajar, ser voluntario o asistir a clases o capacitaciones para la inserción laboral de manera regular.</i>	2028: Si es un adulto ACA, es probable que sea elegible para una exención basada en el diagnóstico si puede proporcionar prueba de su incapacidad para cumplir consistentemente con el requisito de participación comunitaria según la definición adoptada por HFS y la documentación requerida. Esta persona está sujeta a una redeterminación cada 6 meses, comenzando con su primera evaluación en 2027.

Personas con enfermedades crónicas - Consumo de sustancias

Según la ley HR1, las personas con un trastorno por consumo de sustancias, independientemente de si participan en un programa de tratamiento activo, pueden optar a una exención del requisito laboral. Sin embargo, esto no incluye a las personas que llevan cinco años o más en recuperación.

Información adicional: [Consejo Nacional para el Bienestar Mental - Centro de Recursos HR1](#)

Disposición de Medicaid bajo HR1	Expansión de Medicaid/ACA para adultos: Exención obligatoria por fragilidad médica	La condición debe afectar significativamente la capacidad de cumplir con los requisitos.	
Mandato laboral de 80 horas	Si es un adulto ACA, es elegible para la exención basado en el diagnóstico de SUD y la incapacidad para cumplir con los requisitos	Si se trata de un adulto amparado por la ACA, las personas en recuperación durante 5 años o más no son elegibles para la exención.	2027: Se acepta la autodeclaración. 2028: Definición y documentación por determinar
¿Redeterminación a los 6 o a los 12 meses?	Si es un adulto de ACA, sujeto a redeterminación de 6 meses.		

Escenario: Personas con enfermedades crónicas - Consumo de sustancias

Guión	Impacto de Medicaid
<i>Una persona con diagnóstico de trastorno por consumo de opioides que recibe servicios de tratamiento de recuperación asistida con medicamentos, pero que no puede trabajar, ser voluntario, asistir a clases o participar en programas de preparación/capacitación laboral de manera constante.</i>	Si una persona adulta bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) es elegible para una exención del requisito de participación comunitaria (también conocido como requisito laboral) que impide la capacidad de cumplir con el requisito debido a un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias y a no estar en recuperación activa durante 5 años o más.
<i>Una persona con diagnóstico de trastorno por consumo de opioides que actualmente no está inscrita en un programa de tratamiento, pero que no puede trabajar, ser voluntaria, asistir a clases o a programas de preparación/capacitación laboral de manera constante .</i>	Si una persona es adulta de ACA Adults, puede optar a una exención debido a un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias que le impide cumplir con los requisitos y a que no se encuentra en recuperación activa durante 5 años o más.
<i>Una persona con diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol que ha estado en recuperación estable durante 7 años.</i>	Si una persona es adulta bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), no podrá optar a una exención por trastorno por consumo de sustancias debido a que lleva 5 años o más en recuperación.

Personas embarazadas y en posparto

Posparto = hasta 1 año después del embarazo, independientemente de cómo haya terminado el embarazo, incluyendo parto, aborto, aborto espontáneo o muerte fetal.

Disposición de Medicaid bajo HR1	Persona embarazada o en período posparto que el estado SABE que está embarazada o en período posparto.	Persona embarazada o en período posparto, de la cual el estado NO sabe que está embarazada o en período posparto.
Mandato laboral de 80 horas	No aplica . No es un adulto cubierto por la ACA. Están en Mamás y Bebés.	Posiblemente , si no está inscrito en el programa de Family Care (Cuidado Familiar) para otro niño o un adulto de la ACA que califique para otra exención.
¿Redeterminación a los 6 o a los 12 meses?	No redeterminación hasta los 12 meses posparto	Si está en Cuidado Familiar - 12 meses Si ACA Adulto - 6 meses

CONCLUSIÓN CLAVE: Si una persona está inscrita como ACA Adult y queda embarazada, es fundamental que notifique a HFS sobre su embarazo lo antes posible, independientemente de la intención o el resultado, para quedar exenta de los requisitos laborales y de la reevaluación a los 6 meses.

Escenario: Personas embarazadas y en posparto.

Presentadora : Emily Cole,
EverThrive IL

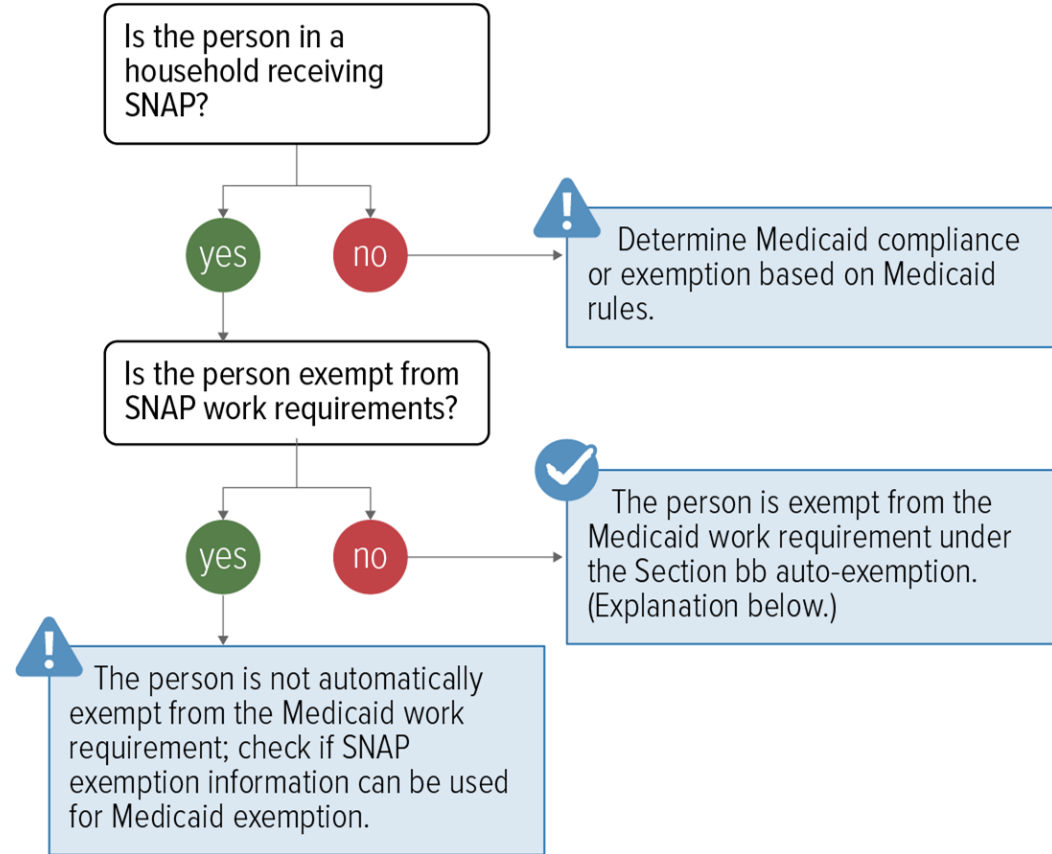
Guión	Impacto de Medicaid
<i>Una adulta de 19 años, que tiene Medicaid de ACA Adults, que no tiene hijos, revela que se sometió a un aborto en los últimos dos meses durante una consulta de atención primaria.</i>	Podrá acceder a la cobertura de Madres y Bebés hasta 12 meses después del final del embarazo, siempre y cuando actualice su información en “Manage my Case” dentro de los 2 meses posteriores al final del embarazo. Una vez inscrita en Madres y Bebés, no estará sujeta a requisitos laborales ni a una nueva evaluación cada 6 meses.
<i>Una inmigrante de 35 años que no cumple los requisitos para recibir Medicaid debido a su estatus migratorio busca atención prenatal en un centro de salud comunitario calificado (FQHC, por sus siglas en inglés).</i>	Cumpliría los requisitos para la cobertura de Madres y Bebés durante el embarazo y los 12 meses posteriores al parto. No está sujeta a requisitos laborales ni a una redeterminación cada 6 meses.
<i>Una mujer de 24 años que recibe Medicaid a través del programa Family Care está embarazada y tiene un hijo de dos años.</i>	Cumpliría los requisitos para la cobertura de Madres y Bebés y pasaría a Family Care después de 12 meses posparto. No está sujeta a requisitos laborales ni a una nueva evaluación a los 6 meses en ninguno de los dos programas.
<i>Una mujer de 29 años sin seguro médico acude a urgencias para recibir tratamiento, momento en el que se le confirma un aborto espontáneo en el primer trimestre.</i>	Según sus ingresos, podría acceder al programa Madres y Bebés, con cobertura posparto de hasta 12 meses tras finalizar el embarazo. Debe solicitar Medicaid dentro de los dos meses posteriores al final del embarazo. No está sujeta a requisitos laborales ni a una redeterminación a los seis meses.

Personas que reciben Medicaid y SNAP

Presentadora : Beth Kenefick,
Greater Chicago Food Depository

Sabemos que los residentes de Illinois que reciben Medicaid a menudo son elegibles para otros beneficios públicos, como el **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), y acceden a ellos**. Mientras ambos programas ahora tienen requisitos laborales, las reglas son **No son** exactamente lo mismo, lo que hace que la interacción entre ellos resulte confusa para los individuos.

Veamos este diagrama (solamente disponible en inglés)→



Personas que reciben Medicaid y SNAP

Presentadora : Beth Kenefick,
Greater Chicago Food Depository

¿Cómo se ve eso en el gráfico? ¿Cuáles son las principales conclusiones?

- La lista de exenciones en SNAP y Medicaid **no es** la misma.
- Estar exento del requisito laboral del programa SNAP **no** le exime automáticamente del requisito laboral de Medicaid.
- Si el requisito laboral se aplica a alguna persona, el cliente deberá evaluar su situación según cada lista de exenciones e informar de cualquier anomalía, según sea necesario, al IDHS y al HFS.

Disposición de Medicaid bajo HR1	Beneficiario de SNAP menor de 19 años*	Beneficiario de SNAP de 19 a 64 años, NO EXENTO** de SNAP Requisitos de Trabajo	Beneficiario de SNAP de 19 a 64 años, EXENTO de SNAP Requisitos de Trabajo	Beneficiario de SNAP mayor de 65 años
Mandato laboral de 80 horas	No aplica . No es un adulto cubierto por la ACA.	Totalmente exento. Excluir automáticamente de los requisitos laborales.	Depende . Debe cumplir si tenga Medicaid de ACA Adults, a menos que estén exentos por otro motivo.	No aplica. No es un adulto con Medicaid de ACA Adults
¿Redeterminación a los 6 o a los 12 meses?	12 meses	Depende. Si es un adulto con Medicaid de ACA Adults, entonces 6 meses.	Depende. Si es un adulto con Medicaid de ACA Adults, entonces 6 meses.	12 meses

Notas:

* Las normas laborales del programa SNAP afectan a los jóvenes de 18 años, pero no serían considerados adultos según la Ley de Cuidado de la Salud Asequible (ACA) hasta los 19 años.

** Técnicamente, el individuo solo necesita estar sujeto a, es decir, no estar exento y cumplir con o usar uno de sus tres meses.

Escenario: Personas que reciben Medicaid y SNAP

Presentadora : Beth Kenefick, Greater Chicago Food Depository

Guión	Impacto de Medicaid
<i>Joven soltera de 18 años beneficiaria del programa SNAP</i>	No es un adulto de ACA porque es menor de 19 años. Una vez que cumpla 19 años, será evaluado para requisitos laborales de Medicaid en su redeterminación que tiene lugar después de su cumpleaños y comenzará las redeterminaciones de 6 meses.
<i>Mujer soltera de 25 años, beneficiaria del programa SNAP, <u>que trabaja 80 horas al mes.</u></i>	Probablemente sea un adulto beneficiario de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), pero <u>está totalmente exento</u> de la reducción de gastos de Medicaid porque ya está sujeto a la reducción de gastos de SNAP. Está sujeto a reducciones de gastos de 6 meses tanto para SNAP como para Medicaid.
<i>Beneficiario soltero de SNAP de 59 años <u>exento</u> de SNAP WR debido a limitaciones físicas y/o mentales.</i>	Probablemente un adulto beneficiario de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Sujeto a redeterminaciones cada 6 meses tanto para SNAP como para Medicaid. La exención de requisitos laborales de Medicaid dependerá de si la limitación física y/o mental cumple con la definición de fragilidad médica u otra exención de requisitos laborales de Medicaid.
<i>Una mujer soltera de 24 años, beneficiaria del programa SNAP, <u>está exenta</u> de los requisitos laborales por embarazo.</i>	Probablemente se la clasifique como adulta de la ACA <u>hasta que se notifique el embarazo a HFS</u> y la persona sea transferida al programa de Madres y Bebés. Entonces ya no estará sujeta a requisitos laborales de Medicaid ni a las redeterminaciones cada 6 meses.

¡Tomar acción!

Presentadores : Anusha Thotakura, Citizen Action Illinois; Meghan Carter, Legal Council for Health Justice; Katie Thiede, ICAN!; Emily Cole, EverThrive; Nadeen Israel, AFC

- ❑ Haz preguntas y comparte tus desafíos en **HelpHub** <https://helphub.legalcouncil.org/>
- ❑ Comparta los **kits de herramientas HFS** y la **información de esta presentación** : <https://hfs.illinois.gov/info/fedresctr.html>
- ❑ Ayude a recopilar **historias de Medicaid** . [Formulario de interés para la recopilación de historias de la Coalición Protect Our Care Illinois \(POCIL\) \(Illinois\) – Complete el formulario.](#)
- ❑ **Informe a las personas que pierdan su cobertura que pueden calificar para otros programas de atención médica y/o tener acceso a la atención médica en los siguientes entornos, que incluyen:**
 - Recursos para inmigrantes: https://docs.google.com/presentation/d/1KhfEzkgKoqHBnW1r-wvPMoWy_VcTD8nZifsD71r_Y18/edit?usp=sharing
 - Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC, por sus siglas en inglés); Localizador de FQHC en Illinois: <https://www.iphca.org/health-center-locator/>
 - Clínicas gratuitas y benéficas; Lista de clínicas gratuitas y benéficas en Illinois: <https://www.illinoisfreeclinics.org/clinic-search/clinic-directory/>
 - Atención benéfica hospitalaria https://e2a3fb6c-c4a7-47af-b216-39bdbc5045b9.filesusr.com/ugd/97f293_2d2af000e54c4fde8b3e9df83bab0b0e.pdf (Hoja informativa de ICIRR)
 - Programa de Planificación Familiar de Illinois https://icancovered.thinkific.com/products/digital_downloads/new-digital-download-8
 - Programa de cáncer de mama y de cuello uterino de Illinois <https://dph.illinois.gov/topics-services/life-stages-populations/womens-health-services/ibccp.html>
 - Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Illinois (ADAP de Illinois) <https://adap.directory/illinois>

Presentadora : Nadeen Israel, Fundación contra el SIDA de Chicago

Preguntas y respuestas

