

Folleto Informativo

Medida de Iniciativa No. 427

Aparece en la Boleta de las Elecciones Generales del 2018



John A. Gale

Secretario de Estado de Nebraska

Teléfono: (402) 471-2555

Sitio web: www.sos.ne.gov

Este folleto ofrece a los votantes de Nebraska información adicional sobre una medida propuesta por una petición de iniciativa que aparecerá en la boleta de elección General, martes, 06 de noviembre de 2018.

La medida contiene tres porciones: el texto de la medida, el idioma que aparecerá en la boleta electoral en noviembre y argumentos de apoyo y oposición a la medida. Los argumentos se derivan de la información recibida de los partidarios y opositores de esta medida a la Secretaria de estado.

Copias adicionales de este folleto pueden obtenerse a través de las autoridades electorales locales o en la oficina de la Secretaria de estado. Este folleto también puede ser reproducido en todo o en parte sin previa autorización.

Tabla de contenido

Título y Texto de la Boleta	2
Texto Completo de la Medida Propuesta	3
Argumentos A FAVOR y EN CONTRA	8

Título de la Boleta y Texto de la Medida de Iniciativa 427

Iniciativa ordenada a Petición del Pueblo

Iniciativa No. 427

Un voto “A FAVOR” modificará los estatutos de Nebraska para que el estado debe cambie su plan estatal de Medicaid para expandir la elegibilidad para asistencia médica y cubrir cierto adultos de edades entre 19 a 64 años cuyos ingresos son ciento treinta y ocho por ciento (138%) del nivel federal de pobreza o por debajo de lo definido por ley federal y para maximizar la participación financiera federal para financiar su atención.

Un voto “EN CONTRA” no causará modificación a los estatutos de Nebraska.

Se deben modificar los estatutos de Nebraska para que el estado cambie su plan de Medicaid para ampliar la elegibilidad para asistencia médica y cubrir ciertos adultos de edades entre 19 a 64 cuyos ingresos son ciento treinta y ocho (¿138%) del nivel de pobreza federal o por debajo de según lo definido por ley federal y para maximizar la participación financiera federal para financiar su atención?

- A FAVOR
- EN CONTRA

Declaración de objeto

Título: Un cambio legal para añadir sección 2 a la Sección 68-901, de los estatutos revisados de Nebraska para autorizar que el estado debe modificar su plan estatal de Medicaid para expandir la elegibilidad para ciertos adultos de edades de 19 hasta 64 cuyos ingresos son ciento treinta y ocho por ciento (138%) del nivel federal de pobreza o por debajo de lo definido y autorizado por la ley federal y para maximizar la participación financiera federal para financiar su atención.

El texto subrayado indica lenguaje añadido, el ~~texto tachado~~ indica lenguaje eliminado.

Texto propuesto de la iniciativa de petición legal

TEXTO: Para un Acto relativo a la ley de asistencia médica; modificar la sección 68-915, Sección 68-901, suplemento de estatutos revisados y suplemento revisado acumulativo de estatutos, 2016, 2017; para cambiar las disposiciones relativas a la elegibilidad para recibir medicaid; armonizar disposiciones; para proporcionar las previsiones; y para derogar las secciones originales. Que sea promulgado por el pueblo del estado de Nebraska, sección I. Sección 68-901, suplemento de estatutos revisados, 2017, quedará modificado como sigue: 68-901 secciones 68-901 a 68-991 y artículo 2 de esta ley se conocerá y podrá citarse como la ley de asistencia médica.

Sec. 2. (1) La elegibilidad para asistencia médica deberá ser ampliada para incluir a algunos adultos de edad entre sesenta y cuatro a diecinueve años cuyo ingreso es igual o menos de ciento treinta y ocho por ciento del nivel federal de pobreza, tal como está autorizado y utilizando la metodología de ingreso definido por 42 U.S.C. 1396a(a)(10)(A)(i)(VIII) y relacionados con las regulaciones federales y la dirección, como tal estatuto, reglamentos y orientaciones existieron en enero 1, 2018.

(2) En o antes del 01 de abril de 2019, con el fin de asegurar que la elegibilidad para la asistencia médica se amplíe como es requerido por esta sección, el Departamento de salud y servicios humanos presentará una enmienda del plan de estado y todos los otros documentos

necesarios que requieren autorizaciones o dispensas a los centros federales para Servicios Medicare y Medicaid.

(3) el Departamento de salud y servicios humanos deberán tomar todas las medidas necesarias para maximizar la participación financiera federal en la financiación de la asistencia médica en virtud de esta sección.

(4) No se impondrán cargas mayores o adicionales ni restricciones a la elegibilidad, inscripción, beneficios o acceso a servicios de salud a las personas elegibles para asistencia médica en virtud de esta sección que a cualquier otra población elegible para asistencia médica.

(5) Esta sección se aplicará no obstante cualquier otra disposición de ley o renuncia federal.

Sec. 3. Sección 68-915, Suplemento Acumulativo de los Estatutos Revisados, 2016, quedará modificado como sigue: 68-915 las siguientes personas serán elegibles para asistencia médica:

(1) los niños dependientes tal como se define en la sección 43-504;

(2) Personas de edad, personas ciegas y con discapacidad definida en secciones 68-1002 a 68-1005;

(3) niños menores de 19 años que son elegibles bajo la sección 1905(a)(i) de la ley federal de la Seguridad Social;

(4) personas que son presuntamente elegibles según lo permitido bajo las secciones 1920 y 1920B de la ley federal de la Seguridad Social;

(5) hijos menores de 19 años de edad con un ingreso familiar igual o inferior a doscientos por ciento según las pautas de pobreza de la oficina de ingreso de gerencia y presupuesto según lo permitido por el título XIX y XXI de la ley federal de la Seguridad Social, sin respecto a recursos, las mujeres embarazadas y con un ingreso familiar igual o inferior a ciento ochenta y cinco por ciento de la oficina de gerencia y presupuesto de ingresos la pobreza pauta, según lo permitido bajo título XIX y XXI título de la ley federal de la Seguridad Social, sin importar los recursos. Los niños que se describen en esta subdivisión y subdivisión (6) de esta sección seguirán siendo

elegibles durante seis meses consecutivos desde la fecha de elegibilidad inicial antes de la re-determinación de elegibilidad. El Departamento podrá revisar la elegibilidad mensual después de eso en virtud de las reglas y regulaciones adoptadas y promulgadas por el Departamento. El departamento puede determinar al momento de examinar que el niño es elegible para asistencia médica si tal niño no cumple con los criterios de elegibilidad establecidos por el departamento.

(6) para efectos del título XIX de la ley de Seguridad Social federal como está previsto en la subdivisión (5) de esta sección, los niños con un ingreso familiar como sigue:

(a) Igual o inferior a ciento cincuenta por ciento de la pauta de la pobreza de ingresos, determinada por la oficina de gerencia y presupuesto, con niños elegibles de un año de edad o más joven;

(b) igual a o menos a ciento treinta y tres por ciento de la pauta de la pobreza de ingresos, determinada por la oficina de gerencia y presupuesto, con los niños de más de un año de edad y menores de seis años de edad; o

(c) Igual o menor que cien por ciento de la pauta de la pobreza de ingresos, determinada por la oficina de gerencia y presupuesto, con niños elegibles de seis años de edad o más y menos de diecinueve años de edad;

(7) Las personas que son asistentes en el cuidado de familiares con una condición médica, como está permitido bajo 42 U.S.C. 1396d(a)(ii);

(8) según lo permitido bajo 42 U.S.C. 1396a(a)(10)(A)(ii), personas con discapacidad tal como se define en la sección 68-1005 con un ingreso familiar de menos de doscientos cincuenta por ciento de la pauta de la pobreza de ingresos de la oficina de gerencia y presupuesto y que, a menos que sus ganancias excedan el límite establecido bajo 42 U.S.C. 1396d(q)(2)(B), se considerarán para un suplemento al ingreso del seguro social federal. El Departamento aplicará para una excepción que haga caso omiso de cualquier ingreso no devengado que esté condicionado a un período probatorio de trabajo en la aplicación de la norma de seguro social suplementario. Dichas personas con discapacidad serán sujetas al pago de la prima como un porcentaje de inicio

de ingreso de la familia en no menos de doscientos por ciento de la pauta de la pobreza de la oficina de gerencia y presupuesto. Estas primas deben estar graduadas basadas en el ingreso familiar y no será menor del dos por ciento o más del diez por ciento del ingreso familiar;

(9) Según lo permitido bajo 42 U.S.C. 1396a(a)(10)(A)(ii), las personas que:

(a) Han sido examinados para cáncer de mama y cervical en los centros para el Control y Prevención de cancer de la mama y el programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino establecidos en el título XV de la ley federal de servicio de salud pública, 42 U.S.C. k 300 et seq., de acuerdo con los requisitos de la sección 1504 de tal acto, 42 U.S.C. 300n, y que necesitan tratamiento para el cáncer de seno o cervical, incluyendo las condiciones precancerosas y cancerosas de la mama o del cuello uterino;

(b) Las personas no cubiertas por cobertura acreditable como se define en la sección 2701(c) de la ley federal de servicio de salud pública, 42 U.S.C. 300gg(c);

(c) No hayan cumplido sesenta y cinco años de edad; y

(d) No son elegibles para asistencia médica en cualquier grupo de elegibilidad categóricamente necesitadas; y

(10) Las personas elegibles para los servicios descritos en la subsección (3) de la sección 68-972; y

(11) personas elegibles en virtud del artículo 2 de esta ley.

Salvo lo dispuesto en el apartado 68-972 la elegibilidad se determinará bajo esta sección utilizando una metodología presupuestaria de ingresos que determina la elegibilidad de los niños a no más de doscientos por ciento del nivel de pobreza de ingresos de la oficina de gerencia y presupuesto elegibilidad de pauta usando estándares de ingresos de adultos no superiores a los estándares de Elegibilidad categórica aplicable establecidos en virtud de la ley estatal o federal. El Departamento deberá determinar la elegibilidad bajo esta sección en virtud de tal metodología presupuestaria de ingresos y subdivisión (1)(q) de la sección 68-1713.

Sec. 4. Si cualquier sección de esta ley o cualquier parte de cualquier sección es declarada inválida o inconstitucional, la declaración no afectará la validez o constitucionalidad de las porciones restantes.

Sec. 5. Las secciones originales 68-915, Sección 68-901, suplemento de estatutos revisados y suplemento revisado acumulativo de estatutos, 2016, 2017, se derogan.

DISCUSIONES PARA Y CONTRA LA INICIATIVA 427

Los Partidarios De La Medida Afirman:

La Iniciativa 427 proporcionará asistencia médica a 90.000 nebraskenses que trabajan en empleos que no ofrecen seguro de salud. Nadie debería tener que decidir si pueden permitirse un cuidado crítico como el tratamiento para el cáncer o la medicina para el corazón. Esto ayudará a las personas que trabajan duro y ganan menos de \$17.000 al año, incluidas las personas con discapacidades, veteranos y madres trabajadoras, en industrias como el restaurante, la construcción, la agricultura y la atención médica domiciliaria, a obtener un seguro. Esta iniciativa creará 10.000 puestos de trabajo y devolverá \$ 600 millones de nuestros dólares de impuesto a Nebraska, donde pertenecen. Ayudará a mantener hospitales rurales abiertos y bajará los impuestos a la propiedad cuando condados ya no tengan que pagar por los no asegurados, generando anualmente \$ 1,1 billones de nueva actividad económica.

Los Oponentes Afirman:

El Medicaid fue diseñado para apoyar a los más vulnerables de nuestra sociedad: nuestros jóvenes, personas de la tercera edad y discapacitados. Este principio fundamental se ha puesto en riesgo por los Estados que expandieron Medicaid bajo Obamacare a través de cargas insostenibles para los contribuyentes y sobreutilización de recursos para las poblaciones previstas de Medicaid. Afiliados de la expansión serán prioridad porque son reembolsados en un porcentaje mayor que aquellos para los cuales fue diseñado Medicaid. Los gastos de inscripción de la expansión ahora han superado las estimaciones – por paciente, los costos en el primer año de expansión han sido 49% por encima de lo proyectado. Por lo tanto, ahora están buscando maneras de cerrar las brechas presupuestales masivas por aumentando los impuestos, disminuyendo los servicios, explorando la eliminación total de la expansión o agregando requisitos de trabajo. Tenemos más opciones disponibles que arriesgar los servicios para los más vulnerables.