



Cambios en los requisitos para participar en el programa Medicaid En vigor a partir del 1 de enero de 2026

**DOCUMENTO DE REFERENCIA PARA QUIENES ESTÉN INTERESADOS EN LA
COMUNIDAD**



441 4th Street, NW, Suite 900S, Washington, D.C. 20001 | (202) 442-5988 | Fax (202) 442-4790

Versión 1.0 (11/11/25)

MENSAJE DEL DEPARTAMENTO DE FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

A partir del 1 de enero de 2026, cambiarán las opciones de cobertura sanitaria para los residentes adultos. Los requisitos de ingreso para acceder a Medicaid cambiarán para algunos adultos. Además, el Plan Healthy DC, un nuevo plan de cobertura sanitaria sin costo, estará disponible para los residentes adultos. Estos cambios se ajustan a la Ley de Apoyo Presupuestario para el Año Fiscal 2026 de 2025 (Proyecto de Ley 26-260).

El DHCF está trabajando para garantizar que los residentes afectados y otros socios conozcan los cambios y sepan qué hacer y cuándo. Este documento de referencia está diseñado para proporcionar una fuente única de información sobre los próximos cambios que los socios y defensores pueden utilizar para comunicarse de manera precisa y coherente.

Podría ser útil si se familiariza con el portal en línea, districtdirect.dc.gov, que ayuda a las personas a crear una cuenta y actualizar su información; dirija a las personas a los centros de atención telefónica, donde hay intérpretes y personal que habla su idioma, y proporcione una lista de centros de servicio para las personas que prefieren recibir asistencia en persona. Es posible que muchos residentes utilicen DC Health Link por primera vez, por lo que podría ser útil el familiarizarse con DC Health Link. Nuestro equipo actualizará los materiales y mensajes de esta fuente de recursos.

Estos recursos incluyen lo siguiente:

- Mensajes clave
- Redes sociales
- Mensajes de correo electrónico
- Texto del sitio web
- Guiones para llamadas telefónicas
- Preguntas frecuentes

Puede obtener la información más reciente sobre los cambios en el programa Medicaid participando en las reuniones quincenales para beneficiarios y personas interesadas del DHCF, las cuales comienzan el 10 de septiembre y se celebran cada dos semanas los miércoles a las 2:30 p.m., haciendo clic en el enlace de WebEx:



<https://dcnet.webex.com/dcnet/j.php?MTID=mddfce9e3bfae3556a2a50389c977cdc0>

También hay más información disponible en el sitio web del DHCF: [Cambios en la cobertura sanitaria de Medicaid \(2025\) | dhcf](#)



MENSAJES CLAVE

Qué puede hacer ahora mismo

- ✓ Revise su correo y su cuenta de District Direct en districtdirect.dc.gov. El DHCF envió un aviso sobre los cambios en el programa Medicaid de DC a mediados de septiembre. Puede verificar su estado utilizando el sitio web o la aplicación de District Direct.

- ✓ Actualice su información de contacto. Inicie sesión en District Direct para actualizar su información de contacto. Todos los avisos se envían por correo postal. Si el DHCF no tiene la información de contacto correcta, no recibirá avisos importantes sobre su cobertura.

- ✓ Renueve su Medicaid a tiempo. Si todavía tiene cobertura de Medicaid en DC, conozca su fecha de renovación y renueve a tiempo. Recibirá un aviso del DHCF cuando sea el momento de renovar. Puede renovar en línea por medio de District Direct; no es necesario que vaya en persona a renovar su Medicaid en DC.

- ✓ Infórmese sobre el plan Healthy DC. Puede ser elegible para el nuevo [plan Healthy DC](#) si sus ingresos son demasiado altos para Medicaid. El plan Healthy DC es una cobertura médica de calidad para los residentes de DC que tienen ingresos moderados. No hay primas mensuales ni gastos de bolsillo para la atención cubierta. Todos los planes cubren visitas al médico, visitas de urgencia, hospitalizaciones, medicamentos recetados, atención de salud mental y más.



PUBLICACIONES EN REDES SOCIALES

Publicación n.º 1:

El programa Medicaid de DC cambiará para algunos adultos el 1 de enero de 2026. Inicie sesión en su cuenta de District Direct para ver avisos importantes sobre los cambios. Si necesita ayuda adicional, puede llamar al Centro de Atención Telefónica de Beneficios Públicos al (202) 727-5355 o al TTY 711 entre las 7:30 a.m. y las 4:45 p.m.

Publicación n.º 2:

El programa Medicaid de DC cambiará para algunos adultos el 1 de enero de 2026. Asegúrese de leer todo el correo de DHCF. Si su dirección, número de teléfono o dirección de correo electrónico han cambiado, visite districtdirect.dc.gov para asegurarse de que su cuenta esté actualizada y no se pierda información importante sobre la cobertura médica. Si necesita ayuda adicional, puede llamar al Centro de Atención Telefónica de Beneficios Públicos al (202) 727-5355 o al TTY 711 entre las 7:30 a. m. y las 4:45 p. m.

Publicación n.º 3:

Los límites de ingresos para adultos de DC Medicaid están cambiando. Si es soltero y gana más de 1800 dólares al mes, consulte su cuenta de District Direct para obtener un aviso importante sobre estos cambios. Si ya no cumple los requisitos para Medicaid, el nuevo plan Healthy DC puede ser una opción para usted. Puede obtener más información en www.HealthyDCPlan.com. Si necesita ayuda adicional, puede llamar al Centro de Atención Telefónica de Beneficios Públicos al (202) 727-5355 o al TTY 711 entre las 7:30 a.m. y las 4:45 p.m.

Publicación n.º 4:

El programa Medicaid de DC cambiará para algunos adultos el 1 de enero de 2026. Estos cambios no afectan a los niños. Los niños pueden seguir estando cubiertos por Medicaid incluso si sus padres no son elegibles. Inicie sesión en su cuenta de District Direct para verificar su cobertura de Medicaid y la de su familia. Si necesita ayuda adicional, puede llamar al Centro de Atención Telefónica de Beneficios Públicos al (202) 727-5355 o al TTY 711 entre las 7:30 a.m. y las 4:45 p.m.

Publicación n.º 5:

El programa Medicaid de DC cambiará para algunos adultos el 1 de enero de 2026. Si usted es residente de DC y está embarazada, ¡aún puede ser elegible para Medicaid de DC después de estos cambios! Inicie sesión en su cuenta en districtdirect.dc.gov para obtener información sobre



los cambios. Si necesita ayuda adicional, puede llamar al Centro de Atención Telefónica de Beneficios Públicos al (202) 727-5355 o al TTY 711 entre las 7:30 a.m. y las 4:45 p.m.



MENSAJES DE CORREO ELECTRÓNICO

Mensaje de correo electrónico n.º 1:

Asunto: Es posible que se produzcan cambios en su cobertura sanitaria

Si tiene Medicaid de DC y es adulto, es posible que se produzcan cambios en su cobertura médica el 1 de enero de 2026. Puede comprobar su estado y obtener más información iniciando sesión en su cuenta en districtdirect.dc.gov hoy mismo.

TEXTO DEL SITIO WEB

Texto del sitio web (para beneficiarios de Medicaid):

El programa DC Medicaid cambiará para los adultos el 1 de enero de 2026. Para asegurarse de no perderse ninguna información importante, busque el correo de DHCF e inicie sesión en su cuenta en districtdirect.dc.gov para ver los avisos. También puede obtener más información en [Cambios en la cobertura médica de Medicaid \(2025\) | dhcf](#)

Texto del sitio web (para proveedores de Medicaid):

¡El programa Medicaid de DC cambiará para algunos adultos el 1 de enero de 2026! Estos cambios no afectan a los niños con Medicaid de DC. Obtenga más información en [Cambios en la cobertura médica de Medicaid \(2025\) | dhcf](#). Muchos adultos tendrán cobertura a través del nuevo plan Healthy DC y muchos de los mismos beneficios. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Defensor del Pueblo para la Atención Médica al (202) 724-7491 / TTY 711 o al (877) 685-6391, o envíe un correo electrónico a healthcareombudsman@dc.gov.



GUIONES PARA LLAMADAS TELEFÓNICAS

Guion 1 (si las personas tienen preguntas sobre los cambios)

Buenos días / buenas tardes. ¿En qué puedo ayudarle?

El programa Medicaid de DC cambiará para algunos adultos el 1 de enero de 2026. La cantidad de dinero que puede ganar y seguir teniendo Medicaid va a cambiar. Si ya no reúne los requisitos para Medicaid, es posible que reúna los requisitos para el nuevo plan Healthy DC. Puede iniciar sesión en su cuenta de District Direct o llamar al Centro de atención telefónica de beneficios públicos al (202) 727-5355 entre las 7:30 a.m. y las 4:45 p.m. para averiguar qué significan estos cambios para usted.

Guion 2 (Si las personas reciben un aviso de renovación de Medicaid)

Buenos días/tardes. ¿En qué puedo ayudarle?

Puede renovar su cobertura de Medicaid en línea en districtdirect.dc.gov. No es necesario que acuda en persona para renovar su cobertura. Es muy importante que renueve a tiempo para que no haya interrupciones en su cobertura. Si necesita ayuda, puede llamar al Centro de Atención Telefónica de Beneficios Públicos al (202) 727-5355 entre las 7:30 a.m. y las 4:45 p.m.

Guion 3 (Si las personas reciben un aviso de cancelación de la cobertura de Medicaid)

Buenos días/tardes. ¿En qué puedo ayudarle?

Su notificación de Medicaid parece estar relacionada con un cambio en la elegibilidad. A partir del 1 de enero de 2026, DC Medicaid tiene un nuevo límite de ingresos del 138 % del FPL, es decir, unos 1800 dólares al mes para una persona sola. Si ya no cumple con los requisitos para recibir Medicaid, es posible que tenga otras opciones de asistencia sanitaria. Muchos adultos que pierden la cobertura de Medicaid pasarán automáticamente a la cobertura del Plan Healthy DC. Si reúne los requisitos para el Plan Healthy DC, espere que de parte del Plan Healthy DC se comuniquen con usted. Para obtener más opciones, puede llamar al Centro de Atención Telefónica de Beneficios Públicos al (202) 727-5355 o al TTY 711 entre las 7:30 a.m. y las 4:45 p.m.



PREGUNTAS FRECUENTES

¡Nuevo! **A partir del 1 de enero de 2026**, el programa Medicaid de DC experimentará cambios

Próximos cambios:

1. ¿Qué cambia el 1 de enero de 2026?

- Los límites de ingreso de Medicaid para la categoría de personas que son padres de familia/cuidadores disminuirán del 221 % al 138 % del nivel federal de pobreza (FPL).
- Los límites de ingreso para las personas de la categoría de adultos sin hijos de Medicaid disminuirán del 215 % al 138 % del nivel federal de pobreza (FPL).
- Los padres de familia/cuidadores o los adultos sin hijos que superen el 138 % del FPL y que reciban Medicare pasarán a formar parte únicamente del programa de beneficiarios cualificados de Medicare (QMB).
- Transición de Medicaid al plan Healthy DC o DC Health Link.

2. ¿Recibiré un aviso o una carta sobre estos cambios?

- Sí, a mediados de septiembre se envió un aviso/carta informativa. A principios de diciembre se enviará por correo otro aviso sobre la finalización de su Medicaid. También puede ver el aviso en su cuenta de District Direct. Este documento de preguntas frecuentes también abordará los próximos cambios.

3. ¿Dónde puedo obtener más información sobre los cambios en la cobertura de Medicaid?

- El Departamento de Finanzas de la Atención Médica (DHCF) celebra reuniones quincenales con las partes interesadas los miércoles a las 2:30 p.m. Para participar en las reuniones, haga clic en este enlace:
<https://dcnet.webex.com/dcnet/j.php?MTID=mddfce9e3bfae3556a2a50389c977cdc0>
- También puede visitar nuestro sitio web en <https://dhcf.dc.gov/service/medicaid-eligibility-programs> y seleccionar el enlace «Padres de familia y cuidadores» o «Adultos sin hijos».

4. ¿Cuáles son los límites de ingreso actuales y nuevos para los padres de familia /cuidadores y los adultos sin hijos en el programa Medicaid?



- *A partir del 1 de enero de 2026*, los límites de ingreso para el programa de padres de familia/cuidadores y adultos sin hijos se **reducirán al 138 %** (incluye una exención del 5 %) del FPL. Consulte los límites de ingreso actuales y futuros a continuación. *Para conocer los límites adicionales basados en el tamaño de la familia , visite el sitio web del DHCF en [Cambios en la cobertura sanitaria de Medicaid \(2025\) | dhcf](#).

Los límites de ingreso mensual actuales y nuevos para las diferentes categorías según el tamaño del hogar son los siguientes:

Categoría	<u>Actual- Adultos sin hijos</u> (hasta el 31/12/2025)	<u>Actual Padres o cuidadores</u> (Finaliza el 31/12/2025)	<u>**Nuevo** Adulto sin hijos y padre/cuidador</u> (A partir del 1/1/2026)
Umbral del nivel federal de pobreza (FPL)	210 % + 5 % de exención	216 % + 5 % de descuento	133 % + 5 % de descuento
Hogar de 1 persona, mensual	2806	2884	1800
Hogar de 2 personas, mensual	3790	3896	2432
Hogar de 3 personas, mensual	4775	4908	3065
Hogar de 4 personas, mensual	5762	5923	3697
Hogar de 5 personas, mensual	6747	6935	4330
Hogar de 6 personas, mensual	7731	7947	4962



Hogar de 7 personas, mensual	8718	8962	5595
Hogar de 8 personas, mensual	9703	9974	6227

***Tenga en cuenta que estas cifras volverán a cambiar el 1/1/2026 para ajustarse a los requisitos federales*.*

5. ¿Qué ocurre si mis ingresos superan los nuevos límites de ingreso (138 % del límite federal de pobreza) a partir del 1 de enero de 2026?

- Su cobertura de Medicaid finalizará el 31 de diciembre de 2025. Recibirá una carta de rescisión a principios de diciembre.
- Si sus ingresos superan el 138 % del FPL y usted es un padre de familia/cuidador(a) o un adulto sin hijos que presenta la solicitud después del 1/1/2026, se le evaluarán otras opciones de cobertura sanitaria.

6. ¿Qué otras opciones de atención médica hay disponibles además de Medicaid?

- Las siguientes son opciones alternativas de cobertura médica gratuita o de bajo costo en el Distrito. Tenga en cuenta que cada programa tiene un límite de ingreso y otros criterios de elegibilidad.
- DC Medicaid ofrece:
 - Beneficiarios cualificados de Medicare (QMB)
 - Atención a largo plazo
- Plan Healthy DC, *nuevo a partir del 1 de enero de 2026*
 - El plan Healthy DC es para residentes de 21 a 64 años con un ingreso anual entre el 138 % y el 200 % del nivel federal de pobreza. Para obtener más información, consulte la tabla de elegibilidad por ingreso para el plan Healthy DC que figura a continuación.

Elegibilidad por ingreso para el plan Healthy DC



Tamaño del hogar	Usted reúne los requisitos si sus ingresos anuales son:
Hogar de 1 persona, ingresos anuales	21 597-31 300
Hogar de 2 personas, ingresos anuales	29 187-42 300
Hogar de 3 personas, ingresos anuales	36 777-53 300
Hogar de 4 personas, ingresos anuales	44 367-64 300

*Póngase en contacto con Healthy DC Plan para conocer los requisitos de elegibilidad para hogares más grandes.

- DC Health Link
 - Los residentes con ingresos anuales superiores al 200 % del nivel federal de pobreza pueden tener derecho a primas mensuales más bajas y a menores gastos de bolsillo.

7. ¿Hay algún costo asociado al Healthy DC Plan?

- No. El Plan Healthy DC no tiene pagos mensuales (también llamados primas) ni gastos de bolsillo por los servicios cubiertos. Cuando recibe atención de los médicos y hospitales participantes, y de los centros de salud comunitarios, no tiene que pagar ningún gasto de bolsillo.

8. ¿Hay algún costo por DC Health Link?

- Sí. Utilice [la herramienta Plan Match](#) de DC Health Link para:
 - Averiguar si puede optar a primas mensuales más bajas y gastos de bolsillo más reducidos.
 - Comparar las características, los beneficios y los costos de los planes.
 - Comprobar si sus médicos están dentro de la red.
 - Comprobar si sus medicamentos recetados están cubiertos

9. ¿Cuándo comienza la cobertura del Plan Healthy DC?

- La cobertura del Plan Healthy DC entrará en vigor el 01/01/2026

10. Si voy a perder la cobertura de Medicaid y reúno los requisitos para participar en el Plan Healthy DC, ¿qué medidas debo tomar durante este período de transición?



- Si pierde Medicaid porque cambian los requisitos para tenerlo, el Plan Healthy DC lo inscribirá automáticamente en un Plan Healthy DC. Su cobertura de Medicaid terminará el 31 de diciembre de 2025. Su Plan Healthy DC comenzará el 1 de enero de 2026. No tendrá ningún lapso o periodo sin cobertura.
- Si su Medicaid es con AmeriHealth Caritas DC o con MedStar Family Choice, Healthy DC Plan le inscribirá automáticamente en un plan Healthy DC con la misma compañía con la que tiene su cobertura de Medicaid ahora. Aunque sus beneficios y algunos proveedores serán diferentes, la compañía que le brinda su nueva cobertura será la misma.
- Si su Medicaid es con Wellpoint DC, el plan Healthy DC lo inscribirá automáticamente en un plan Healthy DC con CareFirst BlueCross BlueShield.
- Resumen de la inscripción automática

Si su plan de salud actual es...	Se le inscribirá automáticamente en...
AmeriHealth Caritas DC Medicaid MCO	AmeriHealth Caritas Distrito de Columbia Healthy DC Plan
MedStar Family Choice Medicaid MCO	MedStar Family Choice Healthy DC Plan
Wellpoint DC Medicaid MCO	CareFirst BlueCross BlueShield Plan Healthy DC

9. Si tengo Medicare, ¿qué medidas debo tomar durante este período de transición?

- Si tiene Medicare y sus ingresos superan el 138 % del FPL, DC Medicaid le transferirá a un programa para beneficiarios cualificados de Medicare (QMB). El programa QMB por sí solo **no** es una cobertura completa de Medicaid, pero ofrece ayuda para pagar las primas de las partes A y B, así como los copagos, coseguros y deducibles de Medicare.

11. ¿Cómo afectan estos cambios a la atención prenatal y posparto para los padres/cuidadores de familia o las mujeres adultas sin hijos que acaban de quedar embarazadas?

- Medicaid le cubrirá, incluyendo el parto y 12 meses de atención posparto.

11. Actualmente tengo asistencia médica transitoria (TMA), ¿mi cobertura terminará antes de tiempo?



- Su TMA continuará hasta el final de su período de certificación. Al final de ese período de certificación, se le evaluará para continuar con Medicaid o pasar a HBX.
- ***Nota: Cuando un padre de familia/cuidador(a) informa de un cambio en sus ingresos debido a un aumento de las horas o los ingresos por empleo, en lugar de la terminación automática, se le concederá la cobertura TMA durante 12 meses. Tenga en cuenta que la TMA solo está disponible para padres/cuidadores de familia.*

12. ¿Habrá algún cambio en los servicios EPD de Medicaid My Way u otros programas de cuidado a largo plazo?

- No hay cambios en los criterios de elegibilidad financiera para los servicios de cuidado a largo plazo de Medicaid.

Beneficiarios de Medicare

13. Soy un adulto sin hijos con Medicare y mis ingresos superan el 138 % del FPL (1800 dólares para una persona), ¿qué pasa con mi cobertura?

- Su cobertura de Medicaid finalizará el 31 de diciembre de 2025 y pasará a tener la cobertura de beneficiario calificado de Medicare (QMB) a partir del 1 de enero de 2026. Este programa no es Medicaid completo, pero ofrece ayuda para pagar las primas de la Parte A y la Parte B, así como los copagos, coseguros y deducibles de Medicare.

14. Si soy padre de familia/cuidador o adulto sin hijos, ¿mantendré mi Medicaid aunque tenga Medicare?

- Depende. A continuación se presentan algunos casos:
- Si es padre/madre/cuidador(a), sus ingresos deben ser iguales o inferiores al 138 % del FPL.
- Si es un adulto sin hijos y recibe Medicare, tendrá que pasar a otro grupo de Medicaid. Ejemplos de opciones para otros grupos de Medicaid:
 - Ancianos, ciegos o discapacitados (ABD): para poder optar a este grupo, sus ingresos deben ser iguales o inferiores al 100 % del FPL (1305 \$ al mes para una persona), ser mayor de 65 años, ciego o discapacitado y cumplir los requisitos de recursos, 4000 \$ o menos.



- Cuidados a largo plazo (LTC): para poder optar a este grupo, debe necesitar cuidados a largo plazo y tener unos ingresos iguales o inferiores al 300 % de la tasa de prestaciones del SSI (2901 dólares).

15. ¿Qué pasa si soy un adulto sin hijos con ingresos inferiores al 138 % del FPL y acabo de cumplir con los requisitos para Medicare?

- Debe informar inmediatamente de su elegibilidad para Medicare. Un asistente social del DHS puede solicitarle información adicional para asegurarse de que pertenece al grupo de elegibilidad actual.
- Además, en algunos casos, DC Medicaid descubrirá que tiene Medicare y le enviará una solicitud complementaria, que deberá devolver antes de la fecha límite indicada en la notificación.
- ***Nota: No puede permanecer en la categoría de adulto sin hijos si tiene Medicare o tiene 65 años o más. Debe ser evaluado para determinar si califica bajo otro programa de Medicaid.*

16. Soy un adulto sin hijos, tengo casi 65 años y no tengo Medicare, ¿tengo que hacer algo para conservar mi Medicaid?

- Dado que tiene casi 65 años, debería recibir una notificación de DC Medicaid en la que se le pedirá que complete una solicitud complementaria para que pueda ser evaluado bajo otra categoría de Medicaid.
- Se recomienda a los beneficiarios que se acercan a los 65 años y no reciben Medicare que soliciten Medicare, pero **no** es un requisito para tener derecho a Medicaid.
- ***Nota: No puede permanecer en la categoría de adulto sin hijos si tiene Medicare o tiene 65 años o más. Debe ser evaluado para determinar si califica bajo otro programa de Medicaid.*

Proceso de solicitud

17. ¿Cómo solicito la cobertura de Medicaid y qué se requiere?

Puede solicitar el programa Medicaid de las siguientes maneras:

- En línea a través de District Direct: districtdirect.dc.gov
- Aplicación móvil District Direct: compatible con Android (Google Store) y iPhone (Apple Store).



- Por fax: 202-671-4400
- Por correo postal: **Department of Human Services**/Economic Security Administration (ESA) Centers

Centro de Servicios	Dirección	Teléfono	Fax
Anacostia	2100 Martin Luther King Avenue, SE	(202) 645-4614	(202) 727-3527
Congress Heights	4049 South Capitol Street, SW	(202) 645-4525	(202) 654-4524
Fort Davis	3851 Alabama Avenue, SE	(202) 645-4500	(202) 645-6205
H Street	645 H Street, NE	(202) 698-4350	(202) 724-8964
Calle Taylor	1207 calle Taylor, NW	(202) 576-8000	(202) 576-8740

Las solicitudes no se considerarán completas hasta que se hayan recibido todas las verificaciones financieras y no financieras.

- Debe proporcionar pruebas de que reside en DC.
- Si es ciudadano estadounidense, debe proporcionar su tarjeta de la Seguro Social.
- Si tiene tarjeta de residencia, debe proporcionar su número de residente o su tarjeta de la Seguro Social.
- Ingresos
- Recursos (**QMB y LTC**)

18. ¿Cuánto tiempo tardaré en saber si cumplo con los requisitos?

- Se tarda 45 días hábiles en determinar la elegibilidad, 60 **días hábiles si registra una** discapacidad. Si cumple con todos los requisitos del programa, su elegibilidad comienza el primer día del mes en el que presentó la solicitud. Si presentó la solicitud el 28 de abril y se le aprobó la cobertura médica, su elegibilidad comenzará el 1 de abril.



19. ¿Cuánto tiempo dura la elegibilidad?

- La elegibilidad tiene una vigencia de 12 meses. Al final de los 12 meses, debe completar un formulario de renovación y presentar todos los documentos actualizados sobre ingresos y residencia.

Proceso de renovación

20. ¿Se requieren entrevistas presenciales?

- No, no se requieren entrevistas presenciales.

21. ¿Con qué frecuencia debo renovar mi cobertura?

- Una vez cada 12 meses.

22. ¿Cómo sabré que es momento de renovar mi cobertura?

- El Departamento de Servicios Humanos, Administración de Seguridad Económica (ESA) le enviará una carta informándole sobre su próximo período de renovación 60 días antes de que finalice su período de certificación.
- Aspectos a tener en cuenta para la renovación: En el momento de la renovación, los beneficiarios deben verificar ciertos factores de elegibilidad.

23. ¿Qué verificaciones se necesitan para la renovación?

Los beneficiarios deberán proporcionar una verificación de residencia en el distrito y de ingresos.

Tipo de verificación	Verificaciones aceptables
Ingresos	<ul style="list-style-type: none"> • Nóminas recientes (últimos 30 días) • Trabajo por cuenta propia: última declaración de impuestos • Declaración de ingresos por jubilación • Declaración de ingresos por discapacidad • Indemnización por accidente laboral

	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de pensión o renta vitalicia • Declaración de prestaciones por desempleo
Residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Permiso de conducir o tarjeta de identificación de DC en vigor • Contrato de alquiler, contrato de arrendamiento o recibo de alquiler vigente • Factura de servicios públicos o teléfono • Nómina o declaración de ingresos emitida en los últimos 30 días que incluya el nombre y la dirección en DC de la persona • Factura del impuesto sobre la propiedad emitida en los últimos 60 días de una propiedad situada en DC • Formulario de residencia completado

Los beneficiarios deben verificar su residencia e ingresos en cada período de renovación.

24. ¿Cuándo debo presentar mi renovación?

- La renovación debe presentarse el último día del período de certificación. Por ejemplo, si la renovación vence en mayo, debe presentarla antes del 31 de mayo .

25. ¿Qué ocurre si no presento mi renovación antes de que finalice mi período de certificación?

- Si no ha presentado su formulario de renovación antes de que finalice su período de certificación, aún tendrá hasta 90 días después de la fecha de finalización de su certificación para presentar su formulario de renovación . Este período de 90 días se conoce como período de gracia. Si devuelve su formulario de renovación dentro del período de gracia y se determina que sigue siendo elegible para la cobertura médica, su cobertura se remontará retroactivamente a la fecha de finalización de la certificación. Si no



envía su formulario de renovación antes del día 90, deberá presentar una nueva solicitud de cobertura médica.

¿Preguntas? Contáctenos por correo electrónico a medicaid.renewal@dc.gov

CÓMO ACCEDER A SU CUENTA DISTRICT DIRECT

Instrucciones para districtdirect.dc.gov

Si tiene cobertura médica a través de DC Medicaid, no se pierda información importante. Si aún no lo ha hecho, dedique hoy un momento a actualizar su dirección, número de teléfono y/o dirección de correo electrónico en districtdirect.dc.gov.

Para actualizar su información, primero debe crear una cuenta en districtdirect.dc.gov o descargar la aplicación móvil District Direct, disponible en Google Play o en la App Store de Apple.

Cómo crear una cuenta en District Direct

1. En la página principal, haga clic en «Iniciar sesión» y, a continuación, en «Crear cuenta».
2. En la página siguiente, introduzca la información necesaria para crear su cuenta, como su nombre de usuario y contraseña.
3. Una vez completado, haga clic en «Crear cuenta». A continuación, conecte su cuenta haciendo clic en «Conectar su cuenta» en la página de inicio e introduciendo la información requerida.
4. Una vez que su cuenta esté activa, vuelva a la página de inicio, donde verá su información.

Cómo acceder a su cuenta de District Direct

1. Si tiene una cuenta, puede obtener acceso a ella en districtdirect.dc.gov o a través de la aplicación móvil District Direct (disponible en Google Play y Apple App Stores).
2. A continuación, debe ingresar su nombre de usuario y contraseña. Si solicitó las prestaciones en línea, creó su nombre de usuario y contraseña cuando las solicitó.
3. Si no recuerda su nombre de usuario o contraseña, puede restablecerlos haciendo clic en el enlace «Olvidé mi contraseña» u «Olvidé mi nombre de usuario», o llamando al servicio de atención al cliente de District Direct al (202) 727-5355 o al TTY 711.