

FORMULARIO DE PETICIÓN DE INICIATIVA DE ENMIENDA CONSTITUCIONAL
PARA USO EXCLUSIVAMENTE PERSONAL en virtud de (s. 100.371, F.S.)



Número de Serie

1816

Fecha de recepción

12/12/2018



Título de la votación: Proveer cobertura de Medicaid a adultos elegibles de bajos ingresos.

Resumen de la votación: Requiere que el Estado proporcione cobertura de Medicaid a las personas entre las edades de 18 y 65 años cuyos ingresos son o están por debajo del ciento treinta y ocho por ciento (138%) del nivel federal de pobreza y cumplan otros requisitos de elegibilidad no financieros, sin que pesen cargas mayores en la elegibilidad, inscripción o beneficios para estas personas recientemente elegibles en comparación con otros beneficiarios de Medicaid. Instruye a la Agencia para la Administración de Atención de la Salud a que implemente la iniciativa maximizando la participación financiera federal para las personas recientemente elegibles.

Declaración de impacto financiero:

Nombre del patrocinador: Florida Decides Healthcare, Inc.

Dirección del patrocinador: Post Office Box 10829 Tallahassee, FL 32302

Información y atestación del votante

Nombre - Apellido	Nombre	Segundo nombre
-------------------	--------	----------------

Dirección _____

Ciudad _____ **Código postal** _____ **Condado** _____

Número de registro del elector o Fecha de Nacimiento / /

Número de la licencia de conducir de la Florida o N.º de seguro social

Soy un votante registrado de la Florida, y estoy peticionando al secretario del estado que incorpore la enmienda propuesta a la boleta electoral.

Firma del elector _____ **Fecha** M M / D D / Y Y Y Y

Para uso exclusivamente personal

Este formulario es para USO EXCLUSIVAMENTE PERSONAL. A menos que esté inscrito como circulador de peticiones, es un delito grave de tercer grado de recopilar, distribuir o poseer físicamente más de 25 formularios de petición firmados, además de los formularios personales o los de familiares más cercanos.

Los formularios para circuladores de peticiones pueden ser obtenidos en el portal de circuladores de peticiones de la división (Division's Petition Circulator).

Para obtener más información, visite el sitio: <https://initiativepetitions.dos.fl.gov>.

Notificaciones

- Este formulario se convierte en un expediente público una vez que se haya presentado ante el supervisor electoral.
- Firmar conscientemente la misma petición más de una vez, es un delito menor de primer grado. [§104.185, F.S.]
- El formulario no será convalidado, bajo ninguna circunstancia, si no se completa toda la información requerida

ENMIENDA CONSTITUCIONAL TEXTO COMPLETO

Artículo y Sección que se Crean o Enmiendan:

Crea la nueva Sección 33 del Artículo X.

Texto Completo de la Enmienda Constitucional Propuesta:

Se incorpora una nueva Sección 33 al Artículo X de la Constitución Estatal, que establece:

SECCIÓN 33. Proporcionar cobertura de Medicaid a adultos de bajos ingresos elegibles

(a) COBERTURA DE MEDICAID PARA ADULTOS DE BAJOS INGRESOS. El Estado proporcionará beneficios de Medicaid a los adultos de bajos ingresos comprendidos entre las edades de 18 y 65 años cuyos ingresos sean ciento treinta y ocho por ciento (138%) del nivel federal de pobreza o inferior y que cumplan otros requisitos de elegibilidad no financieros del estatuto federal de Medicaid. El Estado no impondrá sobre los adultos de bajos ingresos ninguna carga adicional o mayor ni restricciones a la elegibilidad, inscripción o beneficios, que en cualquier otra población elegible para asistencia médica.

(b) DEFINICIONES. A los fines de esta sección, las siguientes palabras y términos tendrán estos significados:

(1) "Adultos de bajos ingresos" se refiere a aquellas personas comprendidas entre las edades de 18 y 65 años, cuyos ingresos son el ciento treinta y ocho por ciento (138%) del nivel federal de pobreza o por debajo, según se describe y usando la metodología de ingresos provista por el estatuto federal de Medicaid en 42 U.S.C. § 1396(a)(10)(A)(i)(VIII), y que cumplan las condiciones de elegibilidad no financieras vigentes para Medicaid conforme a 42 CFR Parte 435, Subparte E.

(2) "Agencia para la Administración de Atención de la Salud" o "Agencia" se refiere a la única agencia Estatal responsable de administrar el plan de Medicaid de Florida conforme a 42 U.S.C. § 1396a(a)(5) y § 409.902, estatutos de Florida.

(3) "Enmienda al Plan Estatal" se refiere a los documentos que el Estado presenta a los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para su análisis y aprobación antes de hacer un cambio a las políticas de sus programas, incluso para establecer los grupos de personas a quienes se cubrirá.

(4) "Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid" se refiere a la agencia responsable de administrar el programa de Medicaid a nivel federal, incluso el análisis y aprobación de las Enmiendas al Plan Estatal.

(c) IMPLEMENTACIÓN.

(1) Dentro de los 90 días de la aprobación del votante de esta Sección, con el fin de implementar la disposición de cobertura de Medicaid para Adultos de bajos ingresos y obtener fondos de Porcentaje de Asistencia Médica Federal por el costo de su cobertura, la Agencia para la Administración de Atención de Salud deberá presentar una Enmienda al Plan Estatal y los demás documentos correspondientes y tomar los pasos que fueren necesarios para obtener las aprobaciones requeridas de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid para incluir a los Adultos de bajos ingresos como grupo de cobertura en el programa de Medicaid de Florida.

(2) Ninguna disposición de esta Sección impedirá que la Legislatura sancione leyes compatibles con esta Sección. Específicamente, es compatible con esta sección incorporar una nueva subsección (sección (9) a continuación) a los estatutos de Florida 409.903 de pagos obligatorios para las personas elegibles.

(9) Toda persona comprendida entre las edades de 18 y 65 años cuyos ingresos se encuentran en el 138 por ciento del nivel federal de pobreza o inferior.

Información de la Iniciativa

Fecha de Aprobación: 12/12/2018

Número de Serie: 18-16

Nombre del Patrocinador: Florida Decides Healthcare, Inc.

Dirección del Patrocinador: Post Office Box 10829, Tallahassee, FL 32302