

**CNS Paragraph Form**

Date: 01.08.15

**Program Area**            **03**            (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**   **R8308**  
**Version Number**        **00013**  
**Effective Date**         **2015**        (YYMMDD)  
**Title**                        **Income**  
**Comment**                 **Question 8**  
**Reason Code**            **Z61, Z85, Z62, Z86, and Z49**

**A) FOR USE WITH CT 20 WHEN RVI CODE EQUALS 1 OR 4**

a. Write the types of income (money) and the amount received by everyone listed in Questions 2 and 3. See the documentation checklist for examples of income. **Write the amount before any taxes or other deductions; include tips/commissions. Send pay stubs or other proof.**

If you or anyone renewing or applying is self-employed, check here:

Name	Type of Income/Source	Name of Employer (if income is from employment)	How Much (before taxes /deductions include tips /commissions)	How Often Weekly/2 weeks/ Monthly
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____

Check the box if the statement applies to you:

- I do not get paychecks or pay stubs.
- I get paid in cash.

b. Do you or any adult in Question 2 or 3 have no income?  No  Yes Who? \_\_\_\_\_

If there is no income listed above, please explain how you are living:  
(For example: living with friend or relative.)

c. Have you or anyone who is applying changed jobs or stopped working in the last three months?

No  Yes If yes, who? \_\_\_\_\_

If yes, last job was: Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Name of Employer: \_\_\_\_\_

d. Are you or anyone who is renewing or applying a student, in a vocational, undergraduate, or graduate program?

No  Yes If yes:  Full Time  Part Time  Undergraduate  Graduate

Student's name: \_\_\_\_\_

e. Do you or anyone who is renewing or applying pay for health insurance premiums, Medicare premiums, court ordered support, or child/adult care expenses?

No  Yes If yes, fill out below and send proof of each expense.

Type of expense	Name of person paying the expense	How much is being paid	How often is the expense paid (Ex. Weekly, monthly)
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____

The Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) offers Medicaid coverage to people who are disabled, working, and at least 16 years old but not yet 65 years old. The program allows higher income levels than the regular Medicaid program so working people with disabilities can earn more and keep their Medicaid coverage.

Are you currently enrolled in the Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities, or applying for MBI-WPD?

No.  
 Yes.

**If YES, you must submit proof of your employment.** See the enclosed Documentation Checklist for the documents you can use to prove you are employed.

If you are enrolled in the MBI-WPD program but are no longer working, please state the reason and the date you last worked.

Reason no longer working: \_\_\_\_\_  
 Date last worked: \_\_\_\_\_

~S/

**A) FOR USE WITH CT 20 WHEN RVI CODE EQUALS 1 OR 4**

a. Escriba los tipos de ingresos (dinero) y el monto recibido por cada persona listada en las preguntas 2 y 3. Consulte la lista de verificación de documentación para ver ejemplos de ingresos. **Escriba el monto adecuado antes de la deducción de impuestos u otras deducciones; incluya propinas/comisiones. Envíe talones de cheques salariales o demás comprobantes.**

Marque esta casilla si usted o alguna de las personas que solicita una renovación o esta sometiendo una solicitud es trabajador autónomo:

Nombre	Tip de Ingreso/Fuente	Nombre del Empleador (si el ingreso es del trabajo)	Cuanto? (antes de impuestos/ deducciones incluya propinas/comisiones)	Frecuencia Semanal/Mensual/ Cada 2 semanas
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____

Marque la casilla si la afirmación aplica a su caso:

- No recibo cheques de sueldo o talonario de cheques.
- Me pagan en efectivo.

b. Acaso usted o alguna de las personas adultas listadas en la pregunta 2 o 3 no recibe ingresos?  No  Si  Quien?

\_\_\_\_\_

Si no ha indicado un monto de ingresos arriba, explique como se sostiene:  
(Por ejemplo: vive con amistades o parientes).

\_\_\_\_\_

c. Acaso usted o alguna de las personas que esta sometiendo una solicitud ha cambiado de empleo o ha dejado de trabajar en los ultimos tres meses?

- No  Si  Si contesto si, Quien? \_\_\_\_\_

Si respondio que si, su ultimo empleo fue: Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

d. Acaso usted o alguna de las personas que someten una solicitud es estudiante de un programa vocacional, de pregrado o de postgrado?

- No  Si  Si contesto si:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Pregrado  Postgrado

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

e. Acaso usted o alguna de las personas que estan renovando o sometiendo una solicitud paga primas de seguro de salud, primas de Medicare, sustento de menores por orden judicial o gastos de cuidado de ninos o adultos?

- No  Si  Si respondio que si, rellene los siguientes espacios y envíe comprobante de cada gasto.

Tipo de gasto	Nombre de la persona que paga el gasto	Cantidad	Cada cuanto paga el gasto (p. ej., semanal, mensual)
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____

El Programa de Adquisicion de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD) ofrece cobertura de Medicaid a personas incapacitadas que gozan de un empleo y que tienen por lo menos 16 anos de edad pero menos de 65. El programa tiene limites mas elevados de ingresos que el programa regular de Medicaid, de manera que las personas con incapacidades puedan ganar mas y mantener su cobertura de Medicaid.

Esta usted actualmente inscrito en el Programa de Adquisicion de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados, o lo esta solicitando?

- [  ] No.
- [  ] Si.

**Si respondio "Si", debe suministrar comprobante de empleo.** Consulte la lista de verificacion de documentacion para informarse sobre los documentos que usted puede usar para comprobar que usted tiene empleo.

Si usted esta inscrito en el programa de MBI-WPD pero ya no trabaja, favor de indicar el motivo y la fecha de su ultimo dia de trabajo.

Motivo por el cual ya no trabaja: \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo dia de trabajo: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

The Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) offers Medicaid coverage to people who are disabled, working, and at least 16 years old but not yet 65 years old. The program allows higher income levels than the regular Medicaid program so working people with disabilities can earn more and keep their Medicaid coverage.

Are you currently enrolled in the Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities, or applying for MBI-WPD?

- [ ] No.
[ ] Yes.

If YES, you must submit proof of your employment. See the enclosed Documentation Checklist for the documents you can use to prove you are employed.

If you are enrolled in the MBI-WPD program but are no longer working, please state the reason and the date you last worked.

Reason no longer working: \_\_\_\_\_
Date last worked: \_\_\_\_\_

~S/

B) FOR USE WITH CT 20 WHEN RVI CODE EQUALS 2, 3 OR 9

a. Escriba los tipos de ingresos (dinero) y el monto recibido por cada persona listada en las preguntas 2 y 3. Consulte la lista de verificacion de documentacion para ver ejemplos de ingresos. Escriba el monto adecuado antes de la deduccion de impuestos u otras deducciones; incluya propinas/comisiones. Si usted cree que habilita para recibir Medicaid con requisito de sobrante (Programa de Ingresos Excesivos), envíe comprobante de ingresos.

Marque esta casilla si usted o alguna de las personas que solicita una renovacion o esta sometiendo una solicitud es trabajador autonomo: [ ]

Table with 5 columns: Nombre, Tip de Ingreso/Fuente, Nombre del Empleador, Cuanto?, Frecuencia. Includes multiple rows for data entry.

Marque la casilla si la afirmacion aplica a su caso:
[ ] No recibo cheques de sueldo o talonario de cheques.
[ ] Me pagan en efectivo.

b. Acaso usted o alguna de las personas adultas listadas en la pregunta 2 o 3 no recibe ingresos? [ ] No Si [ ]
Quien? \_\_\_\_\_

Si no ha indicado un monto de ingresos arriba, explique como se sostiene:
(Por ejemplo: vive con amistades o parientes).

\_\_\_\_\_

c. Acaso usted o alguna de las personas que esta sometiendo una solicitud ha cambiado de empleo o ha dejado de trabajar en los ultimos tres meses?

No  Si  Si contesto si, Quien? \_\_\_\_\_

Si respondio que si, su ultimo empleo fue: Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

d. Acaso usted o alguna de las personas que someten una solicitud es estudiante de un programa vocacional, de pregrado o de postgrado?

No  Si  Si contesto si:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Pregrado  Postgrado

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

e. Acaso usted o alguna de las personas que estan renovando o sometiendo una solicitud paga primas de seguro de salud, primas de Medicare, sustento de menores por orden judicial o gastos de cuidado de ninos o adultos?

No  Si

Envie comprobante de su prima de seguro de salud, si lo hubiese.

Tipo de gasto	Nombre de la persona que paga el gasto	Cantidad	Cada cuanto paga el gasto (p. ej., semanal, mensual)
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____

El Programa de Adquisicion de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD) ofrece cobertura de Medicaid a personas incapacitadas que gozan de un empleo y que tienen por lo menos 16 anos de edad pero menos de 65. El programa tiene limites mas elevados de ingresos que el programa regular de Medicaid, de manera que las personas con incapacidades puedan ganar mas y mantener su cobertura de Medicaid.

Esta usted actualmente inscrito en el Programa de Adquisicion de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados, o lo esta solicitando?

[ \_ ] No.

[ \_ ] Si.

**Si respondio "Si", debe suministrar comprobante de empleo.** Consulte la lista de verificacion de documentacion para informarse sobre los documentos que usted puede usar para comprobar que usted tiene empleo.

Si usted esta inscrito en el programa de MBI-WPD pero ya no trabaja, favor de indicar el motivo y la fecha de su ultimo dia de trabajo.

Motivo por el cual ya no trabaja: \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo dia de trabajo: \_\_\_\_\_