

CNS Paragraph Form

Date: 09.27.12

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	X0226	
Version Number	00005	
Effective Date	2013	(YYMMDD)
Title	MBI-WPD to MA Excess Income, SD Not Met	
Comment		
Reason Code	U12	

We will reduce Medicaid coverage from coverage under the Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) to Medicaid coverage with a spenddown requirement effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over 250% of the Federal Poverty Level of \$_____, which is the allowable income limit under the Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD). Since your income is over 250% of the Federal Poverty Level, we now compare your income and resources to the Medicaid limits.

You are not eligible for Medicaid because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the allowable Medicaid limit of \$_____. The amount over the limit is called excess income or spenddown. Your monthly excess income amount is \$_____.

Please look at the budget calculation section to see how we figured your excess income.

This means that you will have to submit paid or unpaid medical expenses each month which are equal to or more than your monthly excess income amount of \$_____ in order to be eligible for payment of any additional covered outpatient expenses. You may also pay your excess income amount to this agency for any month you need outpatient coverage.

You can become eligible for Medicaid for both inpatient and outpatient coverage if you become hospitalized and have medical expenses (paid or unpaid) that are equal to or more than your six-month excess income amount of \$_____, or have other medical expenses (paid or unpaid) that are equal to or more than your six-month excess income amount.

Please read the Sections: "Explanation of the Excess Income Program" and "Optional Pay-In Program."

Choose One Of The Following:

Message 1

S0020 (Community Coverage: No LTC)

Message 2

S0021 (Community Coverage with Community-Based LTC)

Message 3

S0022 (No Longer Eligible For LTC)

Message 4

None of the Above

Use For All

If Medicaid is paying health insurance premiums, including Medicare, for you, payment of these premiums will be discontinued.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.7, 360-4.8 and Sections 366-a(2), 366(1)(a)(12), 366(1)(a)(13), and 367-a(12) of the Social Services Law.

~\S

Reduciremos la cobertura de Medicaid de cobertura por medio del programa Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD) a cobertura de Medicaid con requisito de sobrante, a partir del _____ para:

Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	# de ID del cliente:

Esto se debe a que sus ingresos netos (ingresos brutos menos deducciones de Medicaid) de \$_____ excede por un 250% el índice nacional de pobreza fijado en \$_____, que es el límite de ingresos fijado por el Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD). Debido a que su ingreso excede por un 250% el índice nacional de pobreza, comparamos sus ingresos y recursos con los límites fijados por Medicaid.

Usted no habilita para recibir Medicaid porque sus ingresos netos (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$_____, sobrepasa el límite de ingresos de \$_____ fijado por Medicaid. El monto que sobrepasa el límite de ingresos se denomina ingreso excesivo o sobrante. El monto mensual de sus ingresos excesivos es \$_____.

Vea la seccion de calculo de presupuesto para entender la manera en que calculamos el ingreso excesivo.

Esto significa que usted tendra que someter mensualmente facturas medicas pagas o impagas cuyo monto iguale o sobrepase la cantidad mensual de su ingreso excesivo de \$_____ para que podamos pagarle gastos adicionales de servicios de paciente externo, segun se comprendan en el plan de salud. Tambien, puede pagar a esta agencia la cantidad del ingreso excesivo durante un dado mes en el que necesite cobertura de paciente externo.

Usted puede recibir beneficios del programa de Medicaid para cubrir gastos de paciente interno y externo si se encuentra hospitalizado y tiene facturas medicas (pagas o impagas) que igualen o sobrepasen la cantidad de ingresos excesivos de seis meses de \$_____; o tiene otras facturas medicas (pagas o impagas) que igualen o sobrepasen la cantidad del ingreso excesivo de seis meses.

Lea la secciones llamadas: "Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos" y el "Programa Opcional de Contribucion de Pagos".

Choose one of the following:

Message 1

S0020 (Community Coverage: No LTC)

Message 2

S0021 (Community Coverage WITH Community-Based LTC)

Message 3

S0022 (No Longer Eligible For LTC)

Message 4

None of the Above

Use For All

Si Medicaid le esta pagando las primas de seguro medico, inclusive las de Medicare, el pago de dichas primas se suspendera.

Esta decision se basa en Reglamentacion 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.7, 360-4.8 y las Secciones 366-a(2), 366(1)(a)(12), 366(1)(a)(13), y 367-a(12) de la Ley de Servicios Sociales.