

CNS Paragraph Form

Date: 10.27.2014

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0154	
Version Number	00006	
Effective Date	2014	(YYMMDD)
Title	MBI-WPD to MA, Exc Inc Non-Financial Reasons, SD Not Met	
Comment		
Reason Code	U30	

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	#

Choose one or more of the following:

Message 1 (No longer working)

This is because you are no longer working. To be eligible for Medicaid coverage under MBI-WPD, you must be engaged in work (includes part-time and full-time work).

Message 2 (Over 65)

This is because you no longer meet the MBI-WPD age requirements. The MBI-WPD is for individuals at least 16 but under 65 years of age.

Use for all

While you were eligible for MBI-WPD, we compared your income and resources to the MBI-WPD income and resource limits. Now we compare your income and resources to the Medicaid limits.

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 Sections 366(1), 366(1)(c)(5) and 366(1)(c)(6) of the Social Services Law.

~\

Su cobertura de Medicaid se reducira de cobertura por medio del programa de Adquisicion de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD) a cobertura de Medicaid con el requisito de ingresos y/o recursos excesivos a partir del _____ para:

Nombre	No. I.D del Cliente
Nombre	#
Nombre	#

Choose one or more of the following:

Message 1 (No longer working)

Esta decision se debe a que usted ya no trabaja. Para recibir Medicaid dentro del MBI-WPD usted debe trabajar (tiempo completo o medio tiempo).

Message 2 (Over 65)

El motivo es porque usted ya no reune el requisito de edad fijado por el MBI-WPD. El programa de Adquisicion de beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD) esta destinado para personas de edad minima de 16 anos, pero menores de 65.

Use for all

Mientras recibia MBI-WPD, comparabamos sus ingresos y recursos al limite de ingresos y recursos fijados por el programa de MBI-WPD. Ahora comparamos sus ingresos y recursos a los limites de Medicaid.

Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$_____, sobrepasa el limite de ingresos de \$_____ fijado por Medicaid. El monto que sobrepasa el limite de ingresos se denomina ingreso excesivo o sobrante. La cantidad mensual de su ingreso excesivo es de \$_____.

Favor de consultar la seccion referente al calculo del presupuesto para entender la manera que calculamos su ingreso excesivo.

Esto significa que tendra que someter mensualmente facturas medicas pagadas o pendientes por pagar que igualen o excedan la cantidad del ingreso mensual excesivo de \$_____ para habilitar para el pago de gastos adicionales por cuidados de paciente externo. Tambien, puede pagar a esta agencia la cantidad del ingreso excesivo todo mes durante el cual necesite cuidados de paciente externo.

Usted reune los requisitos para recibir cobertura de Medicaid para cubrir los gastos de paciente interno y externo si se encuentra hospitalizado y tiene gastos medicos (pagados o pendientes por pagar) que igualen o sobrepasen la cantidad de ingresos excesivos de seis meses de \$_____; o tiene otros gastos medicos (pagados o pendientes por pagar) que igualen o sobrepasen la cantidad del ingreso excesivo de seis meses.

Favor de consultar las secciones tituladas: "Explicacion del programa de ingresos excesivos" y "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 las Secciones 366(1), 366(1)(c)(5) y 366(1)(c)(6) de la Ley de Servicios Sociales.