

CNS Paragraph Form

Date: 03.02.2017

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0264	
Version Number	00003	
Effective Date	2017	(YYMMDD)
Title	Medicaid to FPBP Due to Excess Income (S/CC, Parents/ Caretaker Relatives, age 19 & 20 Living Alone or with Parents, Children 1-18)	
Comment		
Reason Code	UU3	

We will change your coverage from Medicaid to Family Planning Benefit Program coverage effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

Choose one of the following messages:

Message 1 – MA ineligible due to excess income (SCC)

You are not eligible for Medicaid because your gross income of \$_____ is over the allowable MAGI limit of \$_____.

We also evaluated your eligibility for the Family Planning Benefit Program. You are eligible for the Family Planning Benefit Program, because your gross income of \$_____ is under the Family Planning Benefit Program income limit of \$_____.

Message 2 – MA ineligible due to excess income (Parent/Caretaker Relative, 19-20 yr old Living Alone)

You are not eligible for Medicaid because your gross income of \$_____ is over the allowable MAGI limit of \$_____.

We also evaluated your eligibility for the Family Planning Benefit Program. You are eligible for the Family Planning Benefit Program, because your gross income of \$_____ is under the Family Planning Benefit Program income limit of \$_____.

Message 3 – MA ineligible due to excess income (19-20 yr old Living with parents)

You are not eligible for Medicaid because your gross income of \$_____ is over the allowable MAGI limit of \$_____.

We also evaluated your eligibility for the Family Planning Benefit Program. You are eligible for the Family Planning Benefit Program, because your gross income of \$_____ is under the Family Planning Benefit Program income limit of \$_____.

Message 4 – MA ineligible due to excess income (Child 1-18)

You are not eligible for Medicaid because your gross income of \$_____ is over the allowable MAGI limit of \$_____.

We also evaluated your eligibility for the Family Planning Benefit Program. You are eligible for the Family Planning Benefit Program, because your gross income of \$_____ is under the Family Planning Benefit Program income limit of \$_____.

Use for all:

Family Planning services are services that may help prevent or reduce unwanted pregnancies. The Family Planning service package includes certain prescription and non-prescription drugs, medical supplies, transportation, sterilization and medical counseling. If you do not want Family Planning services for the individual(s) listed above, let your worker know.

If you are enrolled in a Medicaid Managed Care health plan, and now that your Medicaid eligibility has changed to the Family Planning Benefit Program, you will no longer be enrolled in your health plan on the effective date of the change. Instead, Family Planning Benefit Program recipients will have to receive family planning services from Medicaid providers they choose instead of from the health plan. They can begin using the services covered under the Family Planning Benefit Program as of the effective date on this notice.

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

Only use with messages 2, 3, or 4:

However, you may be eligible for Medicaid with a spenddown. A spenddown is the difference between the Medicaid income limit, which is lower than the MAGI limit, and your net income (gross income less Medicaid disregards).

To receive Medicaid coverage with a spenddown in a particular month, you will be required to present incurred medical bills equal to the difference between your net income and the Medicaid income limit. It is like a deductible. Medicaid will pay your additional medical bills beyond that for the rest of that month. Meeting a spenddown entitles you to services which include outpatient care, doctor and dental visits, lab tests, prescription drugs, and long-term care in the community such as home care and assisted living.

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

If you are interested in receiving Medicaid coverage with a spenddown, call the Unit telephone number listed above within 30 days of the effective date of this notice.

Use for All:

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

This decision is based on Section 366(1)(b)(6) of the Social Services Law.

If your income is too high for Medicaid coverage, you may still be able to get health care coverage.

Individuals and families who file or will file Federal taxes with incomes up to 400% of the FPL, which is equivalent to \$48,240 for an individual and \$98,400 for a family of four (based on 2017 FPLs), may be eligible for advance tax credits to help buy health insurance through New York's health benefit exchange, NY State of Health. If annual income is greater than 400% of the FPL, health insurance can still be purchased through NY State of Health.

If you need help in applying for health care coverage through the NY State of Health, assistance is available. Navigators and Certified Application Counselors are people trained to help you understand your health coverage options and enroll in a plan. Your local department of social services can also help you with your application and choices.

To learn more about NY State of Health and to find Navigators or Certified Application Counselors in your area, please call 1-855-355-5777 or visit our Web site at <http://www.nystateofhealth.ny.gov/>.

~/S

Cambiaremos su cobertura de Medicaid a la cobertura del Programa Family Planning Benefit a partir de _____ para:

Nombre	No. de Id. del cliente:
Nombre	No.
Nombre	No.

Choose one of the following messages:

Message 1 – MA ineligible due to excess income (SCC)

Usted no es elegible para Medicaid porque sus ingresos brutos de \$_____ estan sobre el limite permitido en virtud de MAGI, de \$_____.

Tambien evaluamos su elegibilidad para el Programa Family Planning Benefit. Usted es elegible para el Programa Family Planning Benefit porque sus ingresos brutos de \$_____ estan por debajo del limite de ingresos del Programa Family Planning Benefit de \$_____.

Message 2 – MA ineligible due to excess income (Parent/Caretaker Relative, 19-20 yr old Living Alone)

Usted no es elegible para Medicaid porque sus ingresos brutos de \$_____ estan sobre el limite permitido en virtud de MAGI, de \$_____.

Tambien evaluamos su elegibilidad para el Programa Family Planning Benefit. Usted es elegible para el Programa Family Planning Benefit porque sus ingresos brutos de \$_____ estan por debajo del limite de ingresos del Programa Family Planning Benefit de \$_____.

Message 3 – MA ineligible due to excess income (19-20 yr old Living with parents)

Usted no es elegible para Medicaid porque sus ingresos brutos de \$_____ estan sobre el limite permitido en virtud de MAGI, de \$_____.

Tambien evaluamos su elegibilidad para el Programa Family Planning Benefit. Usted es elegible para el Programa Family Planning Benefit porque sus ingresos brutos de \$_____ estan por debajo del limite de ingresos del Programa Family Planning Benefit de \$_____.

Message 4 – MA ineligible due to excess income (Child 1-18)

Usted no es elegible para Medicaid porque sus ingresos brutos de \$_____ estan sobre el limite permitido en virtud de MAGI, de \$_____.

Tambien evaluamos su elegibilidad para el Programa Family Planning Benefit. Usted es elegible para el Programa Family Planning Benefit porque sus ingresos brutos de \$_____ estan por debajo del limite de ingresos del Programa Family Planning Benefit de \$_____.

Use for all:

Los servicios de planificacion familiar son servicios que pueden ayudar a evitar o reducir los embarazos no deseados. El paquete de servicios de planificacion familiar incluye ciertos medicamentos recetados y no recetados, suministros medicos, transporte, esterilizacion y asesoramiento medico. Si usted no desea servicios de planificacion familiar para las personas enumeradas arriba, informelo a su trabajador.

Si usted esta inscrito(a) en un programa de salud de Atencion Administrada de Medicaid, y ahora que su elegibilidad para Medicaid ha cambiado al Programa Family Planning

Benefit, ya no estara inscrito(a) en su plan de salud en la fecha entrada en vigor del cambio. En su lugar, los(as) receptores(as) del Programa Family Planning Benefit tendran que recibir los servicios de planificacion familiar de los proveedores de Medicaid que ellos(as) elijan y no del plan de salud. Pueden empezar a usar los servicios cubiertos bajo el Programa Family Planning Benefit a partir de la fecha de entrada en vigor de esta notificacion.

Si Medicaid esta pagando las primas de sus seguros de salud por usted, incluyendo Medicare, el pago de estas primas sera descontinuado.

Only use with messages 2, 3, or 4:

No obstante, usted puede ser elegible para Medicaid con un "spenddown" o exceso de gastos. Un "spenddown" es la diferencia entre el límite de ingresos de Medicaid, que es menor al limite de MAGI, y sus ingresos netos (ingresos brutos menos el valor no considerado por Medicaid).

Para recibir cobertura de Medicaid con un exceso de gastos en un mes en particular, se requiere que usted presente gastos medicos, que sean iguales a la diferencia entre sus ingresos netos y el límite de ingresos de Medicaid. Funciona como un deducible. Medicaid pagara sus facturas medicas adicionales mas alla del limite por el resto del mes. Alcanzar un "spenddown" le da derecho a servicios que incluyen cuidado para el paciente ambulatorio, consultas con el medico y el dentista, analisis de laboratorio, medicamentos con receta y atencion a largo plazo en la comunidad (atencion en el hogar y servicios de vida cotidiana asistida).

Por favor lea las Secciones: "Explicacion del Programa de Ingresos en Exceso" y "Programa Opcional con Pago".

Si esta interesado(a) en recibir cobertura de Medicaid asumiendo parte de la responsabilidad economica, llame al numero de telefono de la Unidad indicado arriba dentro de los 30 dias siguientes a la fecha de entrada en vigor de esta notificacion.

Use for All:

Por favor mire la seccion de calculo del presupuesto para ver como calculamos sus ingresos.

Esta decision se basa en el artículo 366(1)(b)(6) de la Ley de Servicios Sociales.

Si sus ingresos son demasiado altos para la cobertura de Medicaid, es posible que pueda seguir obteniendo cobertura para atencion de salud.

Las personas individuales y las familias que declaran o declararan impuestos federales con ingresos hasta del 400% del FPL, que es equivalente a \$48,240 para una persona individual y \$98,400 para una familia de cuatro (con base en los 2017 FPL), pueden ser

elegibles para créditos fiscales por adelantado para ayudar a comprar el seguro médico a través de NY State of Health, el intercambio de beneficios médicos de Nueva York. Si los ingresos anuales son superiores al 400% del FPL, todavía se puede comprar el seguro médico a través de NY State of Health.

Si necesita ayuda para solicitar la cobertura de atención médica a través de NY State of Health, hay asistencia disponible. Los Navegadores y los Consejeros Certificados para Solicitudes son personas capacitadas para ayudarle a entender sus opciones de cobertura médica y a inscribirse en un plan. Su departamento local de servicios sociales también puede ayudarle con su solicitud y las opciones disponibles para usted.

Si desea obtener más información sobre NY State of Health y para encontrar a los Navegadores o Consejeros Certificados para Solicitudes en su área, llame al 1-855-355-5777 o visite nuestro sitio web en: <http://www.nystateofhealth.ny.gov/>.