

OCNS Paragraph Form

Date: 08.08.2022

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	Y0077	
Version Number	00002	
Effective Date	2022	(YYMMDD)
Title	Accept QI from LIS Application	
Comment		
Reason Code	894	

You recently applied to the Social Security Administration for Extra Help with your Medicare Part D prescription drug coverage. At that time, you agreed to have your application sent to the New York State Medicaid office to apply for help with your Medicare costs.

Based upon the information you provided to the Social Security Administration, you are eligible for the Medicare Savings Program as a Qualified Individual (QI):

We have accepted your application dated _____ to have the Medicaid Program pay for our monthly Medicare Part B premium effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

You are responsible for premium bills incurred before the effective date listed above.

This decision is based on Social Services Law section 367-a(3)(a).

Additional Benefits:

You may be entitled to additional benefits. If you think that any of the following situations apply to you, please complete the enclosed form and mail it to the Medicaid office listed at the top of this notice.

- Your income has changed since you applied for extra help with the Social Security Administration.
- You pay health insurance premiums other than Medicare premiums.
- You would like to apply for full Medicaid benefits.
- You would like to be considered for payment of your Medicare premium for a period before the effective date of this notice.

If you do not send in the attached form, you will still receive the benefit listed above.

~S/

Usted recientemente solicito de la Administracion del Seguro Social ayuda adicional con los pagos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. En aquel entonces, usted estuvo de acuerdo en que mandamos su solicitud a la oficina de Medicaid de Nueva York para solicitar ayuda con sus costos de Medicare.

En base a los datos que usted suministro a la Administracion del Seguro Social, usted habilita para recibir beneficios del Programa de Ahorros de Medicare como Individuo Habilitado (QI):

Hemos aceptado su solicitud de fecha _____ en la que solicita que el Programa de Medicaid pague nuestras primas mensuales de Medicare Parte B a partir del _____ para:

Nombre	No de ID del cliente:
Nombre	#
Nombre	#

Usted es responsable de pagar las facturas de primas que haya incurrido antes de la fecha efectiva indicada arriba.

Conforme a la Ley de Servicios Sociales Seccion 367-a(3)(a).

Beneficios adicionales:

Usted podria tener derecho a beneficios adicionales. Si cree que alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso en particular, favor de rellenar el formulario adjunto y regresarlo a la oficina de Medicaid indicada en la parte superior de esta notificacion.

- Ha habido un cambio en el monto de ingresos desde la ultima vez que usted solicito ayuda adicional de la Administracion del Seguro Social.
- Usted paga primas de seguro medico ademas de las primas de Medicare.
- Usted desea solicitar por los beneficios completos de Medicaid.
- Usted desea solicitar que pagamos su prima de Medicare por el periodo previo a la fecha efectiva de esta notificacion.

Si usted no devuelve el formulario adjunto, de igual manera recibira el beneficio indicado anteriormente.