

**CNS Paragraph Form**

Date: 08.08.2020

**Program Area**           **03**           **(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**  
**Paragraph Number**   **U0219**  
**Version Number**       **00002**  
**Effective Date**       **2022**  
**Title**                   **Renewal—Medicare Savings Program**  
**Comment**             **revise citations**  
**Reason Code**         **D11 / 883 / 885**

\*\* Note: 883 will be used for the MSP/QMB/ Auto renewal  
885 will be used for the annual QI Renewal  
D11 will be used if a manual notice is required  
They all will be using this paragraph #

Every year we must review your case to see if you can continue to get help from the Medicare Savings Program to pay your monthly Medicare premium. We have reviewed your case and benefits under the Medicare Savings Program will continue for:

Name:	Client I.D. #
Name:	Client I.D. #

If your income has changed or you have any other changes to report (see the following list of changes), contact your local Department of Social Services by phone, mail or in person by \_(10 days from notice date)\_\_. The agency phone number and address are listed at the top of this page.

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

**If you do not let us know that your income has changed, you may have to pay money back to Medicaid.**

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-2.3, 360-7.7 and Sections 366-a and 367-a(3)(a) of Social Services Law.

**Report changes in income, health insurance or other changes for:**

- Any person receiving the Medicare Savings Program
- Spouse

**Income changes we must know about:**

- Any change in pay from retirement, pensions, annuities or Veterans benefits;
- Any new income

**Health Insurance changes we need to know about:**

- If you have a new health insurance, including Medicare supplements
- Any changes in premium that you pay for health insurance
- Any health insurance that has been cancelled

**Other changes that need to be reported:**

- name
- marital status
- pregnancy
- immigration status
- home address, mailing address or phone number

To report any changes or if you have any questions, call your local Department of Social Services.

~S/

Cada año debemos hacer una revisión de su caso para determinar si usted puede continuar recibiendo ayuda del Programa de Ahorros de Medicare para pagar las primas mensuales de Medicare. Hemos llevado a cabo una revisión de su caso y de los beneficios asociados con el Programa de Ahorros de Medicare, y hemos determinado que las siguientes personas lo continuarán recibiendo:

Nombre:	No. de ID del cliente:
Nombre:	No. de ID del cliente:

Si ha habido un cambio en sus ingresos o tiene otros cambios que informar (vea la siguiente lista de cambios), comuníquese con el departamento local de servicios sociales por teléfono, por correo o en persona para el (10 días contados a partir de la fecha de la notificación). El número de teléfono de la agencia y dirección están indicados en la parte superior de esta página.

Consulte la seccion de calculo de presupuesto para entender la manera en que calculamos sus ingresos.

**Si usted no nos informa que su ingreso ha sido modificado, probablemente tenga que reembolsarle dinero al programa de Medicaid.**

Esta decision se basa en Reglamentacion 18 NYCRR 360-2.3, 360-7.7 y las Secciones 366-a y 367-a(3)(a) de la Ley de Servicios Sociales.

**Informe de todo cambio en ingresos, seguro de salud, y demas cambios en cuanto a:**

- Toda persona que reciba beneficios del Programa de Ahorros de Medicare
- El conyugue

**Cambios en ingresos que usted debe informar:**

- Toda cambio en pagos que se reciben de jubilacion, pensiones, anualidades o beneficios a veteranos.
- Un nuevo ingreso

**Cambio en seguro de salud que debe informar:**

- Si usted tiene un nuevo seguro de salud, inclusive un suplemento de Medicare
- Todo cambio en pagos de primas por seguro medico
- Toda cobertura de seguro de salud que haya sido cancelada

**Otros cambios de debe informar:**

- nombre
- estado civil
- embarazo
- estado migratorio
- domicilio, direccion de correo y numero de telefono

Si desea informar cambios o si tiene preguntas, llame el departamento local de servicios sociales.