

CNS Paragraph Form

Date: 08.08.2022

Program Area **03** **(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**
Paragraph Number **D0072**
Version Number **00004**
Effective Date **2022** **(YYMMDD)**
Title **Deny Qualified Individual (QI)**
Comment
Reason Code **U80**

We have denied your application dated _____ for the Qualified Individuals (QI) program for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This means that Medicaid cannot pay for your Medicare Part B premium.

Choose one of the following messages:

Message 1 (Over income)

This is because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the QI income limit of \$_____.

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

Message 2 (Other)

This is because _____.

This decision is based on subdivision 3 of Section 367-a of the Social Services Law.

~\S

Nosotros hemos rechazado su solicitud para el programa de Individuos Calificados (QI) fechada el _____ para:

Nombre	I.D. del Cliente
Nombre	#
Nombre	#

Esto significa que la Medicaid no puede pagar por la prima de la Parte B del Medicare.

| Choose one of the following messages

Message 1 (Over income)

Esto se debe a que sus ingresos neto (ingresos bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$_____ excede el limite de programa QI por \$_____

Favor de fijarse en la seccion referente al calculo del presupuesto para ver como calculamos su ingreso.

Message 2 (Other)

Esto se debe a que _____.

Esta decision esta basada en la subdivision 3 de la Seccion 367-a de la Ley de Servicios Sociales.