

CNS Paragraph Form

Date: 08.08.2022

Program Area **03** **(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**
Paragraph Number **C0102**
Version Number **00002**
Effective Date **2022** **(YYMMDD)**
Title **Disc Qualified Individual (QI) Over Income**
Comment
Reason Code **X70**

We will discontinue Medicaid coverage for the Qualified Individual (QI) program effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This means that Medicaid will no longer pay for your Medicare Part B premium.

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.

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

~\S

Nosotros discontinuaremos la cobertura de Medicaid bajo el programa de Individuos Calificados (QI) fechada el _____ para:

Nombre	I.D. del Cliente
Nombre	#
Nombre	#

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

Esto se debe a que su ingreso neto (ingresos bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$_____ iguala o excede al limite de ingresos de \$_____ establecido por el programa de Individuos Calificados (QI).

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

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