

CNS Paragraph Form

Date: 12.29.2022

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	Y0013	
Version Number	00006	
Effective Date	2022	(YYMMDD)
Title	Accept MBI-WPD No Premium Payment	
Comment		
Reason Code	S32	

We have accepted your application dated _____ for Medicaid coverage under the Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) effective _____ for:

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

This is because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$ _____ is at or below the Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) income (250% of the Federal Poverty Level) limit of \$ _____. Also, your countable resources are at or below the Medicaid resource limit of \$ _____.

This means that you will be enrolled in the New York State MBI-WPD program, which will provide you with Medicaid coverage as long as you:

- are certified disabled; and
- are working; and
- are at least 16 but less than 65 years of age; and
- have net income at or below 250% of the Federal Poverty Level (FPL); and
- have resources at or below the Medicaid resource limit.

NOTE: If your income is at least 150% of the Federal Poverty Level (FPL), but at or below 250% FPL, you will be required to pay a premium. However, a premium will not be required at this time.

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

Choose One Of The Following:

Message 1 (Community Coverage: No LTC) (S0024)

Message 2 (Community Coverage With Community-Based LTC) (S0025)

Message 3 (No Longer Eligible For LTC) (S0022)

Message 4 (None of the above)

Use for all

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-2.3 and Section 366-a(2), 366(1)(c)(5), 366(1)(c)(6) and 367-a(12) of the Social Services Law.

~IS

Hemos aceptado su solicitud de fecha _____ para cobertura de Medicaid bajo el programa de Adquisición de beneficios de Medicaid para personas discapacitadas que trabajan (MBI-WPD) a partir del _____ para:

Nombre	Nº de ID del cliente
Nombre	#
Nombre	#

Ello se debe a que su ingreso neto (ingreso bruto menos deducciones de Medicaid) de \$_____ es igual o inferior al límite de ingresos del programa Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD), fijado en \$_____. También, sus recursos contables son igual o inferior al límite de recursos del programa Medicaid fijado en \$_____.

Ello significa que usted estará inscrito en el Programa MBI-WPD del Estado de Nueva York el cual le suministrará cobertura de Medicaid siempre y cuando usted:

- haya sido declarado incapacitado; y
- trabaje; y
- tenga por lo menos 16 años de edad, pero menos de 65; y
- tenga ingresos netos equivalentes o menores al 250% del índice nacional de pobreza; y
- Tener recursos igual o inferior al límite de recursos de Medicaid.

NOTA: Su ingreso es de por lo menos el 150% del índice nacional de pobreza, pero igual o inferior al 250% del índice nacional de pobreza, se le exigirá que pague una prima. Sin embargo, por el momento no tiene que pagar una prima.

Consulte la sección de cálculo de presupuesto para entender la manera en que calculamos sus ingresos y recursos.

Choose One Of The Following:

Message 1 (Community Coverage: No LTC) (S0024)

Message 2 (Community Coverage With Community-Based LTC) (S0025)

Message 3 (No Longer Eligible For LTC) (S0022)

Message 4 (None of the above)

Use for all

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-2.3 y la Sección 366-a(2), 366(1)(c)(5), 366(1)(c)(6) y 367-a(12) de la Ley de Servicios Sociales.