

CNS Paragraph Form

Date: 08.26.22

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0002	
Version Number	00005	
Effective Date	2022	(YYMMDD)
Title	MBI-WPD to MA Exc Inc SD Not Met Turning 65	
Comment	Include: E0002, E0010, E0012	
Reason Code	U11	

We will reduce your Medicaid coverage from coverage under the Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) to Medicaid coverage with a spenddown requirement effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because the MBI-WPD is for individuals at least 16 years but less than 65 years of age.

While you were eligible for MBI-WPD, we compared your net income (gross income less Medicaid deductions) to the MBI-WPD income limit and countable resources to the Medicaid resource limit. Now that you are no longer eligible for MBI-WPD, we compare your income to the Medicaid limit.

Your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the allowable Medicaid limit of \$_____. The amount over the limit is called excess income or spenddown. Your monthly excess income amount is \$_____.

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

This means that you will have to submit paid or unpaid medical expenses each month which are equal to or more than your monthly excess income amount of \$_____ in order to be eligible for payment of any additional covered outpatient expenses. You may also pay your excess income amount to this agency for any month you need outpatient coverage.

You can become eligible for Medicaid for both inpatient and outpatient coverage if you become hospitalized and have medical expenses (paid or unpaid) that are equal to or more than your six-month excess income amount of \$_____ or have other medical expenses (paid or unpaid) that are equal to or more than your six-month excess income amount.

Please read the Sections: "Explanation of the Excess Income Program" and "Optional Pay-In Program."

In some circumstances, the Medicaid program does not count income that is placed in a Supplemental Needs Trust. Please read the section "Explanation of the Effect of Trusts on Medicaid Eligibility". This information is also available on the Department of Health website at: https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

Choose One Of The Following:

Message 1

S0020 (Community Coverage: No LTC)

Message 2

S0021 (Community Coverage WITH Community-Based LTC)

Message 3

S0022 (No Longer Eligible For LTC)

Message 4

None Of The Above

Use For All

If Medicaid is paying health insurance premiums, including Medicare, for you, payment of these premiums will be discontinued.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.3, 360-4.6, 360-4.7 and 360-4.8 and Sections 366-a(2), 366(1)(c)(5), 366(1)(c)(6), and 367-a(12) of the Social Services Law.

~\S

Reduciremos la cobertura del programa de Medicaid que usted recibe, de cobertura por medio del programa Adquisicion de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD), a cobertura de Medicaid con requisito de sobrante, a partir del _____ para:

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

Ello se debe a que el programa MBI-WPD es para las personas de por lo menos 16 años de edad pero menores de 65 años.

Mientras usted recibía beneficios del programa Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD), comparamos su ingreso neto (ingreso bruto menos deducciones de Medicaid) con el límite de ingresos de MBI-WPD y recursos contables con el límite de recursos de Medicaid. Ahora que usted ya no es elegible para MBI-WPD, comparamos sus ingresos con el límite de Medicaid.

Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$_____, sobrepasa el límite de ingresos de \$_____ fijado por Medicaid. El monto que sobrepasa el límite se denomina ingreso excesivo o sobrante. El monto mensual de sus ingresos excesivos es \$ _____.

Favor de consultar la sección referente al cálculo del presupuesto para ver cómo calculamos sus ingresos excesivos.

Esto significa que usted tendrá que someter mensualmente facturas médicas pagas o impagas cuyo monto iguale o sobrepase la cantidad mensual de su ingreso excesivo de \$_____ para que podamos pagarle gastos adicionales de servicios de paciente externo, según se comprendan en el plan de salud. También, puede pagar a esta agencia la cantidad del ingreso excesivo durante un dado mes en el que necesite cobertura de paciente externo.

Usted puede recibir beneficios del programa de Medicaid para cubrir gastos de paciente interno y externo si se encuentra hospitalizado y tiene facturas médicas (pagas o impagas) que igualen o sobrepasen la cantidad de ingresos excesivos de seis meses de \$_____; o tiene otras facturas médicas (pagas o impagas) que igualen o sobrepasen la cantidad del ingreso excesivo de seis meses.

Lea las secciones tituladas: “Explicación del Programa de Ingresos Excesivos”, y el “Programa Opcional de Contribución de Pagos”.

En ciertas circunstancias, el programa de Medicaid no tiene en cuenta los ingresos que se colocan en un Fondo para Complementar Necesidades. Lea la sección “Explicación del Efecto de los Fondos sobre la Elegibilidad de Medicaid”. Esta información también está disponible en el sitio web de Department of Health: https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

Choose one of the following:

Message 1

S0020 (Community Coverage: No LTC)

Message 2

S0021 (Community Coverage WITH Community-Based LTC)

Message 3

S0022 (No Longer Eligible For LTC)

Message 4
None Of The Above

Use For All

Si Medicaid le esta pagando las primas de seguro medico, inclusive las de Medicare, el pago de dichas primas se suspendera.

Esta decision se basa en Reglamentacion 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.3, 360-4.6, 360-4.7 y 360-4.8 y las Secciones 366-a(2), 366(1)(c)(5), 366(1)(c)(6), y 367-a(12) de la Ley de Servicios Sociales.