

**CNS Paragraph Form**

Date: 08.26.2022

**Program Area**        **03**        (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number** **U0125**  
**Version Number**    **00003**  
**Effective Date**     **2023**    (YYMMDD)  
**Title**                 **MBI-WPD to MA**  
**Comment**  
**Reason Code**        **U17**

We will change your Medicaid from coverage under the Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) to regular Medicaid effective \_\_\_\_\_ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

Choose one of the following messages:

Message 1

This is because you are no longer working and your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$\_\_\_\_\_ is under the Medicaid income limit of \$\_\_\_\_\_.

Message 2

This is because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$\_\_\_\_\_ is now under the Medicaid income limit of \$\_\_\_\_\_.

Use for All:

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

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

This decision is based on Sections 366(1)(c)(5), 366(1)(c)(6) and 367-a(12) of the Social Services Law.

~\S

Cambiaremos la cobertura de Medicaid que usted actualmente recibe por medio del programa Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD), a cobertura de Medicaid comun a partir del \_\_\_\_\_ para:

Nombre  
Nombre  
Nombre

Numero de ID del cliente:  
Numero de ID del cliente:  
Numero de ID del cliente:

Choose one of the following messages:

Message 1

La razon de esto es que usted ya no trabaja y el monto de sus ingresos netos (ingresos brutos menos deducciones de Medicaid) de \$ \_\_\_\_\_ es inferior al limite de ingresos de \$ \_\_\_\_\_ establecido por Medicaid.

Message 2

La razon de esto es que el monto de sus ingresos netos (ingresos brutos menos deducciones de Medicaid) de \$ \_\_\_\_\_ actualmente es inferior al limite de ingresos de \$ \_\_\_\_\_ establecido por Medicaid.

Use for All:

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

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

Esta decision se basa en las Secciones 366(1)(c)(5), 366(1)(c)(6) y 367-a(12) de la Ley de Servicios Sociales.