

CNS Paragraph Form

Date: 08.26.22

Program Area **03** (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number **D0152**
Version Number **00008**
Effective Date **2022** (YYMMDD)
Title **Deny MBI-WPD Excess Inc And/Or Res**
Comment
Reason Code **U19**

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

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

Choose one of the following:

Message 1 (Over Income MBI-MA)

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

Because you are not eligible for MBI-WPD, we now compare your income to the Medicaid income limit.

You are not eligible for Medicaid because 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 \$_____. Also, you do not have paid or unpaid medical expenses not covered by insurance that are equal to or more than your excess income amount.

If you incur medical bills in the amount of your excess income or if your income goes down, you may reapply.

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

Message 2 (Over Resources MBI)

This is because your countable resources of \$_____ are over the allowable Medicaid resource limit of \$_____.

The amount over the limit is called excess resources or spenddown. Your excess resource amount is \$_____. We have not received documentation that you have spent your excess resources by establishing or adding to a burial trust/fund.

If you incur medical bills in the amount of your excess resources or if the amount of your resources goes down, you may reapply.

The determination of excess resources includes information received through computer matches with banking institutions. If you think the excess resource amount is incorrect, you must contact the agency immediately, but no later than 30 days from the date of this notice.

Please read the Section: "Explanation of the Excess Resource Program."

Message 3 (Over Income and Resources for MBI and MA)

This is because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the allowable MBI-WPD income limit of \$_____. In addition, your countable resources of \$_____ are over the Medicaid resource limit of \$_____.

Because you are not eligible for MBI-WPD, we compare your income and resources to the Medicaid limits.

You are not eligible for Medicaid because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the allowable Medicaid income limit of \$_____. In addition, your countable resources are over the allowable Medicaid resource limit. The amounts over the limits are called excess income and resources or spenddown. Your monthly excess income amount is \$_____. Your excess resource amount is \$_____. Also, we have not received documentation that you have paid or unpaid medical expenses not covered by insurance that are equal to or more than your excess income and excess resources or that you have spent your excess resources by establishing or adding to a burial trust/fund.

If you incur medical bills in the amount of your excess resources and expect to have medical bills which are equal to or more than your excess income, or if your income or resources go down, you may reapply.

The determination of excess resources includes information received through computer matches with banking institutions. If you think the excess resource amount is incorrect, you must contact the agency immediately, but no later than 30 days from the date of this notice.

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

Use for All:

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

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

~\S

Hemos rechazado su solicitud de Medicaid por medio del programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD), de fecha _____ para:

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

Choose one of the following:

Message 1 (Over Income MBI-MA)

Esto se debe a que el monto de sus ingresos netos (ingresos brutos menos deducciones de Medicaid) de \$_____ excede el límite de ingresos establecido por el programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD) fijado en \$_____.

Dado que usted no reúne los requisitos del programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD), comparamos sus ingresos con el límite establecido por Medicaid.

Usted no habilita para recibir Medicaid porque sus ingresos netos (ingresos brutos menos deducciones de Medicaid) de \$_____, exceden el límite de ingresos de Medicaid, fijado en \$_____. El monto que sobrepasa el límite se denomina ingreso excesivo o sobrante. El monto mensual de sus ingresos excesivos es \$ _____. Usted tampoco tiene gastos médicos pagos o impagos no cubiertos por seguro médico que sean iguales o mayores al monto de sus ingresos excesivos.

Si usted incurre facturas médicas por un monto equivalente al monto de sus ingresos excesivos o si el monto de sus ingresos disminuye, puede volver a presentar una solicitud.

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

Message 2 (Over Resources MBI)

Ello se debe a que sus recursos contables de \$_____ están por encima del límite de recursos permitidos de Medicaid de \$_____.

El monto que excede el límite se denomina recursos excesivos o sobrante. El monto de sus recursos excesivos es \$_____. No hemos recibido documentación alguna que indique que usted ha gastado sus recursos excesivos en el establecimiento o incremento de un fondo/fideicomiso de entierro.

Si usted tiene facturas médicas equivalentes al monto de sus recursos excesivos, o si el monto de sus recursos disminuye, puede volver a presentar una solicitud.

La decisión sobre recursos en exceso incluye la información que se recibió a través de coincidencias informáticas con instituciones bancarias. Si considera que el monto de recursos en exceso es incorrecto, debe comunicarse con la agencia de inmediato, antes de pasados los 30 días desde la fecha de la presente notificación.

Lea la sección titulada: "Explicación del Programa de Recursos Excesivos".

Message 3 (Over Income and Resources for MBI and MA)

Esto se debe a que el monto de sus ingresos netos (ingresos brutos menos deducciones de Medicaid) de \$_____ excede el límite de ingresos establecido por el programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD), fijado en \$_____. Además, sus recursos contables de \$_____ están por encima del límite de recursos de Medicaid de \$_____.

Dado que usted no puede recibir MBI-WPD, ahora comparamos sus ingresos y recursos con los límites establecidos por Medicaid.

Usted no habilita para recibir Medicaid porque sus ingresos netos (ingresos brutos menos deducciones de Medicaid) de \$_____, exceden el límite de ingresos de Medicaid, fijado en \$_____. Además, sus recursos contables sobrepasan el límite de recursos de Medicaid. Los montos que exceden los límites se llaman ingresos y recursos excesivos o sobrante. La cantidad mensual de su ingreso excesivo es \$_____. La cantidad de su recurso excesivo es de \$_____. Además, no hemos recibido documentación alguna que indique que usted tiene facturas médicas pagas o impagas, no cubiertas por seguro médico, cuyo monto sea igual o mayor al monto de sus ingresos y recursos excesivos, ni tampoco de que usted haya gastado sus recursos excesivos para establecer o incrementar un fondo/fideicomiso de entierro.

Si usted tiene gastos médicos por el monto de sus recursos excesivos y cree que tendrá facturas médicas por un monto igual o mayor al monto de sus ingresos excesivos, o si sus ingresos o recursos disminuyen, puede volver a presentar una solicitud.

La decisión sobre recursos en exceso incluye la información que se recibió a través de coincidencias informáticas con instituciones bancarias. Si considera que el monto de recursos en exceso es incorrecto, debe comunicarse con la agencia de inmediato, antes de pasados los 30 días desde la fecha de la presente notificación.

Lea las secciones tituladas: "Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos", "Explicacion del Programa de Recursos Excesivos" y "Programa Opcional de Contribucion de Pagos".

Use for All:

Favor de consultar la seccion que trata sobre el calculo del presupuesto para entender la manera en que calculamos el monto de sus ingresos y/o recursos excesivos.

Esta decision esta basada en la Seccione 366 (1)(c), 366(1)(c)(5), 366(1)(c)(6) y 367-a(12) de la Ley de Servicios Sociales.