

CNS Paragraph Form

Date: 10.03.2022

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	C0092	
Version Number	00006	
Effective Date	2022	(YYMMDD)
Title	Disc MBI-WPD Turning 65 Exc Inc and/or Res for MA	
Comment	Include: E0002, E0003, E0010, E0012 based on Message	
Reason Code	U27	

We will discontinue your Medicaid coverage under the Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) 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.

Choose one of the following:

Message 1 (Over Income)

You are not eligible for Medicaid because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the allowable Medicaid income 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.

However, you may be eligible for Medicaid with a spenddown. A spenddown is the difference between the Medicaid income limit and your net income (gross income less Medicaid disregards).

To receive Medicaid coverage with a spenddown in a particular month, you will be required to present incurred medical bills equal to the difference between your net income and the Medicaid income limit. It is like a deductible. Medicaid will pay your additional medical bills beyond that for the rest of that month. Meeting a spenddown entitles you to

services which include outpatient care, doctor and dental visits, lab tests, prescription drugs, and long-term care in the community such as home care and assisted living.

If you are interested in receiving Medicaid coverage with a spenddown, please call the Unit's office telephone number listed in the box above within 30 days of the effective date of this notice.

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.

Message 2 (Over Resources)

You are not eligible for Medicaid 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 \$_____. Also, we have not received documentation that you have spent your excess resources by establishing or adding to a burial trust/fund.

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.

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

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

Message 3 (Over Income and Resources)

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 of \$ _____ are over the allowable Medicaid resource limit of \$_____. 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.

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.

However, you may be eligible for Medicaid with a spenddown. A spenddown is the difference between the Medicaid income limit and your net income (gross income less Medicaid disregards).

To receive Medicaid coverage with a spenddown in a particular month, you will be required to present incurred medical bills equal to the difference between your net income and the Medicaid income limit. It is like a deductible. Medicaid will pay your additional medical bills beyond that for the rest of that month. Meeting a spenddown entitles you to services which include outpatient care, doctor and dental visits, lab tests, prescription drugs, and long-term care in the community such as home care and assisted living.

If you are interested in receiving Medicaid coverage with a spenddown, please call the Unit's office telephone number listed in the box above within 30 days of the effective 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."

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.

Use for All:

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

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

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-4.1, 360-4.4, 360-4.6, 360-4.7, 360-4.8 and Sections 366 (1) (c), 366 (1) (c) (5) and 366 (1) (c) (6) of the Social Services Law.

~\S

Suspenderemos la cobertura de Medicaid que usted recibe por medio del programa Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD), 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 que usted era elegible para 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.

Choose one of the following:

Message 1 (Over Income)

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. La cantidad mensual de su ingreso excesivo 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.

No obstante, usted puede ser elegible para Medicaid con un "spenddown" o exceso de gastos. Un "spenddown" es la diferencia entre el límite de ingresos de Medicaid y sus ingresos netos (ingresos brutos menos el valor no considerado por Medicaid).

Para recibir cobertura de Medicaid con un exceso de gastos en un mes en particular, se requiere que usted presente gastos médicos, que sean iguales a la diferencia entre sus ingresos netos y el límite de ingresos de Medicaid. Funciona como un deducible. Medicaid pagará sus facturas médicas adicionales más allá del límite por el resto del mes. Alcanzar un "spenddown" le da derecho a servicios que incluyen cuidado para el paciente ambulatorio, consultas con el médico y el dentista, análisis de laboratorio, medicamentos con receta y atención a largo plazo en la comunidad (atención en el hogar y servicios de vida cotidiana asistida).

Si usted está interesado en recibir cobertura de Medicaid con exceso de gastos, comuníquese al número de teléfono de la oficina de la Unidad que se menciona en el recuadro anterior en un plazo de 30 días a partir de la fecha de vigencia de este aviso.

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.

Message 2 (Over Resources)

Usted no habilita para recibir Medicaid porque el monto de sus recursos contables de \$_____, excede el limite de recursos de Medicaid, fijado en \$ _____. El monto que excede el limite se denomina recursos excesivos o sobrante. La cantidad de su recurso excesivo es de \$_____. Además, 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.

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.

Si usted incurre en cuentas medicas en la cantidad de sus recursos excesivos o si la cantidad de sus recursos disminuye, usted puede volver a solicitar.

Favor de leer la seccion titulada "Explicacion del Programa de Recursos Excesivos".

Message 3 (Over Income and Resources)

Usted no habilita para recibir Medicaid porque sus ingresos netos (ingresos brutos menos deducciones de Medicaid) de \$_____, exceden el limite de ingresos de Medicaid, fijado en \$_____. Además, sus recursos contables de \$_____, sobrepasan el limite de recursos de Medicaid, fijado en \$_____. Los montos que exceden los limites 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 medicas pagas o impagas, no cubiertas por seguro medico, 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.

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.

No obstante, usted puede ser elegible para Medicaid con un "spenddown" o exceso de gastos. Un "spenddown" es la diferencia entre el limite de ingresos de Medicaid y sus ingresos netos (ingresos brutos menos el valor no considerado por Medicaid).

Para recibir cobertura de Medicaid con un exceso de gastos en un mes en particular, se requiere que usted presente gastos medicos, que sean iguales a la diferencia entre sus ingresos netos y el límite de ingresos de Medicaid. Funciona como un deducible. Medicaid pagara sus facturas medicas adicionales mas alla del limite por el resto del mes. Alcanzar un "spenddown" le da derecho a servicios que incluyen cuidado para el paciente ambulatorio, consultas con el medico y el dentista, analisis de laboratorio, medicamentos con receta y atencion a largo plazo en la comunidad (atencion en el hogar y servicios de vida cotidiana asistida).

Si usted esta interesado en recibir cobertura de Medicaid con exceso de gastos, comuníquese al número de teléfono de la oficina de la Unidad que se menciona en el recuadro anterior en un plazo de 30 dias a partir de la fecha de vigencia de este aviso.

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

Use for All:

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

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 se basa en Reglamentacion 18 NYCRR 360-4.1, 360-4.4, 360-4.6, 360-4.7, 360-4.8 y las Secciones 366 (1) (c), 366 (1) (c) (5) y 366 (1) (c) (6) de la Ley de Servicios Sociales.