

CNS Paragraph Form

Date: 08.24.2022

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0127	
Version Number	00007	
Effective Date	2022	(YYMMDD)
Title	MA to MBI-WPD, Client Request	
Comment		
Reason Code	U50	

We will change your coverage from regular Medicaid to 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 you have requested Medicaid coverage under the Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD), and we have determined that you meet the following requirements.

You are:

- Certified disabled **and**
- Working; **and**
- At least 16 but less than 65 years of age; **and**
- Your income is at or below 250% of the Federal Poverty Level; **and**
- Your resources are at or below the Medicaid resource limit.

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

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

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.

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

~!S

Modificaremos la cobertura que usted recibe de Medicaid regular a cobertura bajo el programa Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD), a partir del _____ para:

Nombre	No de ID de cliente
Nombre	#
Nombre	#

Ello se debe a que usted ha solicitado cobertura de Medicaid bajo el Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD), y hemos determinado que usted cumple con los siguientes requisitos.

Usted:

- Ha sido declarado incapacitado; **y**
- Trabaja; **y**
- Tiene por lo menos 16 años de edad, pero menos de 65; **y**
- Sus ingresos son equivalentes o inferiores al 250% del Nivel Nacional de Pobreza (FPL, siglas en inglés); **y**
- Tener recursos igual o inferior al límite de recursos de Medicaid.

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

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

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

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