

CNS Paragraph Form

Date 08.26.2022

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	X0222	
Version Number	00006	
Effective Date	2022	(YYMMDD)
Title	MA Exc Inc/Res to MBI-WPD	
Comment		
Reason Code	U53	

We will change your Medicaid coverage from Medicaid with a spenddown requirement to the Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD). You no longer have a spenddown requirement effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because we have determined that you meet the following Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) 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 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: A PREMIUM PAYMENT WILL NOT BE REQUIRED AT THIS TIME. WHEN THE PREMIUM PAYMENT REQUIREMENT BECOMES EFFECTIVE YOU WILL BE NOTIFIED OF THE AMOUNT OF THE PREMIUM REQUIRED.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7, 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

Cambiaremos tu Medicaid cobertura de Medicaid con un requisito de reducción de gastos para el Programa de participación para trabajadores con discapacidades de Medicaid (MBI-WPD). Ya no tiene un requisito de reducción de gastos a partir de _____ para:

Nombre	Número de identificación del cliente
Nombre	#
Nombre	#

Esto se debe a que determinamos que usted cumple los siguientes requisitos del Programa de participación para trabajadores con discapacidades de Medicaid (MBI-WPD).

Usted tiene:

- Un certificado de discapacidad **y**
- Está trabajando; **y**
- Tiene al menos 16 pero menos de 65 años de edad; **y**
- Su ingreso es igual o menor al 250% del nivel federal de pobreza; **y**
- Sus recursos están en o por debajo del límite de recursos de Medicaid.

Mire el cálculo del presupuesto para ver cómo calculamos 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: NO SE REQUERIRÁ UN PAGO DE PRIMA EN ESTE MOMENTO. CUANDO EL REQUISITO DE PAGO DE LA PRIMA ENTRE EN VIGOR SE LE AVISARÁ EL MONTO DE LA PRIMA REQUERIDO.

Esta decisión se basa en la Reglamentación 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7, 360-4.8 y secciones 366-a(2), 366(1)(c)(5), 366(1)(c)(6) y 367-a(12) de la Ley de servicios sociales.