

CNS Paragraph Form

Date: 08.24.2022

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	D0155	
Version Number	00007	
Effective Date	2022	(YYMMDD)
Title	Deny MBI-WPD Failure to Submit Proof of Work, MA Ineligible	
Comment		
Reason Code	U70	

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	#

This is because you failed to submit proof that you are working. To be eligible for Medicaid coverage under MBI-WPD you must be engaged in work (includes part-time and full-time work).

Proof of work includes:

- Current paycheck stubs, a letter from your employer, or tax records.
- Records and related materials concerning self-employment earnings and expenses, current income tax return.

The New York State MBI-WPD program provides Medicaid coverage as long as you are:

- certified disabled; **and**
- are working; **and**
- are at least 16 but less than 65 years of age; **and**
- have net income at or below 250% of the Federal Poverty Level (FPL); **and**
- have resources at or below the Medicaid resource limit; **and**
- are meeting your premium payment obligations (if required).

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

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 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)

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.

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.

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.

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-a (2) and (5), 366(1)(c)(2), 366(1)(c)(5), 366(1)(c)(6), of the Social Services Law.

~\S

Hemos rechazado su solicitud de cobertura 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	#

La razón de esto es que usted no presentó comprobantes de que está trabajando. Para que usted pueda recibir cobertura de Medicaid bajo el Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados MBI-WPD, usted debe estar trabajando (parcial o a tiempo completo).

Los comprobantes de trabajo incluyen:

- Talones actuales de pago, una carta de su empleador o expedientes impositivos.
- Comprobantes y documentos similares sobre ganancias y gastos por trabajo independiente y declaración actual de impuestos.

El programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD) del Estado de Nueva York proporciona cobertura de Medicaid siempre y cuando usted:

- haya sido declarado incapacitado; **y**
- trabaje; **y**
- tenga por lo menos 16 años de edad, pero menos de 65; **y**
- tenga ingresos netos equivalentes o menores al 250% del índice nacional de pobreza; **y**
- tener recursos igual o inferior al límite de recursos de Medicaid; **y**
- cumpla con los pagos de prima (si es obligatorio).

Dado que usted no puede recibir MBI-WPD, ahora comparamos sus ingresos y recursos con los límites establecidos por 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. 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 medicas 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: “Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos”, y el “Programa Opcional de Contribucion de Pagos”.

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 \$_____. Ademias, no hemos recibido documentacion 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 medicas equivalentes al monto de sus recursos excesivos, o si el monto de sus recursos disminuye, puede volver a presentar una solicitud.

Lea 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 \$_____. Ademias, 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 \$_____. El monto de sus recursos excesivos es \$_____. Ademias, no hemos recibido documentacion 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.

Si usted tiene gastos medicos por el monto de sus recursos excesivos y cree que tendra facturas medicas 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.

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 se basa en las Secciones 366-a(2) y (5), 366(1)(c)(2), 366(1)(c)(5), 366(1)(c)(6) de la Ley de Servicios Sociales.