

CNS Paragraph Form

Date: 09.01.08

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>Y0055</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00003</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2009</b>	(YYMMDD)
<b>Title</b>	<b>Accept, Community Coverage with Community-Based Long-Term Care</b>	
<b>Comment</b>		
<b>Reason Code</b>	<b>C24</b>	

We have accepted your Medicaid application dated \_\_\_\_\_ for community coverage with community-based long-term care effective \_\_\_\_\_ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

Since you requested that we determine your Medicaid eligibility for community coverage with community-based long-term care, we did not review proof of your resources for the transfer of assets look-back period (up to 60 months).

This means that you will NOT be covered for the following nursing facility services:

- Nursing home care, other than short-term rehabilitation
- Nursing home care provided in a hospital
- Hospice in a nursing home
- Managed long-term care in a nursing home
- Intermediate care facility services

Please review the Medical Assistance Utilization Threshold information, found in the Medical Assistance section of the booklet, "LDSS-4148B: What You Should Know About Social Services Programs." The information explains any services limitations. The LDSS-4148B was given to you when you applied for assistance.

If you submitted paid medical bills for direct reimbursement, you will be notified separately of our decision.

If you need nursing facility services, notify your social services district immediately. We will then arrange to review your resources to find out if you are eligible for Medicaid coverage for these services.

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

~\S

Hemos aceptado su solicitud de Medicaid de fecha \_\_\_\_\_ en la que solicita cobertura comunitaria con atencion medica a largo plazo de base comunitaria a partir del \_\_\_\_\_ para:

Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	#
Nombre	#

Dado que usted solicito que determinaramos su habilitacion de Medicaid para cobertura comunitaria con atencion medica a largo plazo de base comunitaria, no hicimos una revision de sus recursos referente al traspaso de bienes de un periodo retroactivo (de hasta 60 meses).

Esto significa que NO recibira los siguientes servicios de enfermeria:

- Atencion medica en un hogar de convalecencia (nursing home), excepto rehabilitacion a corto plazo.
- Atencion medica tipo hogar de convalecencia (nursing home) proporcionada en un hospital
- Cuidados paliativos en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atencion medica administrada de tratamiento a largo plazo en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Centro de servicios de atencion medica intermedia

Favor de consultar la informacion sobre umbral de utilizacion de Asistencia Medica que aparece en la seccion de Asistencia Medica del folleto, "LDSS-4148B -SP: Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales". Aqui encontrara informacion sobre limites en los servicios. El folleto LDSS-4148B-SP se le entrego cuando usted solicito beneficios de asistencia.

Si sometio recibos de facturas medicas pagadas con el objeto de recibir un reembolso directo, se le notificara por separado de nuestra decision.

Si usted necesita servicios de enfermeria, notifique inmediatamente su distrito de servicios sociales. Haremos entonces una revision de sus recursos con objeto de determinar si usted habilita para recibir cobertura de Medicaid para estos servicios.

Conforme a Reglamentacion 18 NYCRR 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, y 360-4.7.