

CNS Paragraph Form

Date: 09.02.08

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>U0161</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00004</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2009</b>	(YYMMDD)
<b>Title</b>	<b>Community Coverage Without Long-Term Care to Community Coverage With Community-Based Long-Term Care</b>	
<b>Comment</b>		
<b>Reason Code</b>	<b>C26</b>	

We will increase your Medicaid coverage from community coverage without long-term care to community coverage with community-based long-term care effective \_\_\_\_\_ for:

Name	Client I.D. #
Name	Client I.D. #
Name	Client I.D. #

This is because you requested an increase in your Medicaid coverage and gave us proof of your current income and resources.

Because we did not review your resources for the transfer of assets look back period (up to 60 months), 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 read the section "Explanation of the Income and Resource Documentation Requirements for Medicaid" for an explanation of the way you should document your income and resources in order to obtain nursing facility services.

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 360-2.2, 360-2.3 and Sections 366-a(2) and 366-a(5)(d) and (e) of Social Services Law.

~S\

Incrementaremos su cobertura de Medicaid de cobertura comunitaria sin atencion medica a largo plazo, a cobertura comunitaria con atencion medica a largo plazo, a partir de \_\_\_\_\_ para:

Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	# de ID del cliente:

Esto se debe a que usted solicito un incremento en su cobertura de Medicaid y nos dio comprobante de sus ingresos y recursos actuales.

Dado que no hicimos una revision de sus recursos referente al traspaso de bienes de un periodo retroactivo (de hasta 60 meses), usted NO recibira cobertura por 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 leer la seccion, "Explicacion del Requisito de Documentacion de Ingresos y Recursos de Medicaid" para informarse de que manera debe comprobar sus ingresos y recursos para recibir servicios de enfermeria.

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.

Esta decision se basa en Reglamentacion 18 NYCRR 360-2.2, 360-2.3 y las Secciones 366-a(2) y 366-a(5)(d) y (e) de la Ley de Servicios Sociales.