

**CNS Paragraph Form**

Date: 04.04.12

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>U0215</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00001</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2012</b>	(YYMMDD)
<b>Title</b>	<b>Notice of Intent to Change Medicaid Coverage (Recipient Disenrolled From a Managed Long Term Care Plan, No Housing Allowance)</b>	
<b>Comment</b>	<b>language mirrors OHIP-0058</b>	
<b>Reason Code</b>	<b>CC3</b>	

This is to inform you that we have recalculated your eligibility for the Medicaid program effective \_\_\_\_\_ for:

Name	Client I.D. #
Name	#

This is because you are no longer enrolled in a Managed Long Term Care health plan. While you were enrolled in the health plan, you were entitled to a housing allowance of \$\_\_\_\_\_.

Since you are no longer enrolled in the health plan, you are no longer entitled to this housing allowance. Your Medicaid eligibility has been revised based on the following calculations:

Gross Monthly Income	\$ _____
Total Deductions	\$ _____
Balance	\$ _____
Medicaid Income Standard	\$ _____
New Monthly Excess Income	\$ _____
New Excess Income (six months)	\$ _____
The former monthly excess income amount was	\$ _____
The former excess income amount for six months was	\$ _____

Based on the above calculations, your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$\_\_\_\_\_ is over the allowable Medicaid Income Standard of \$\_\_\_\_\_. The amount over the limit is called excess income or spenddown. Your monthly excess income amount is \$\_\_\_\_\_.

This means that you will have to submit to your local social services office paid or unpaid medical expenses each month which are equal to or more than your monthly excess income amount of \$\_\_\_\_\_ in order to be eligible for payment of any additional covered outpatient expenses. You may also pay your excess income amount to your local social services office for any month you need outpatient coverage. If you need assistance finding your local social services office, please contact the Medicaid Help Line Office at: 1-800-541-2831.

You can become eligible for Medicaid for both inpatient and outpatient coverage if you become hospitalized and have medical expenses (paid or unpaid) that are equal to or more than your six-month excess income amount of \$\_\_\_\_\_, or have other medical expenses (paid or unpaid) that are equal to or more than your six-month excess income amount. Please read the enclosed "Explanation of the Excess Income Program" and "Optional Pay-In Program."

We have enclosed a budget worksheet so that you can see how we determined your eligibility. If you need assistance, please contact your social services district at the telephone number above.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 and 360-4.8, and Sections 366-a(2) and 366.14 of Social Services Law.

~S\

Por la presente le informamos que hemos recalculado su habilitacion para el programa de Medicaid a partir del \_\_\_\_\_ para:

Nombre	# No. del I.D. del cliente
Nombre	#

Ello se debe a que usted ya no esta inscrito en un plan de atencion medica a largo plazo de cuidados administrados. Mientras usted era miembro del plan de salud, tenia derecho a una asignacion de vivienda de \$ \_\_\_\_\_.

Dado que usted ya no es un afiliado del plan de salud, ya no tiene derecho a esta asignacion de vivienda. Hemos hecho una revision de su habilitacion para recibir Medicaid segun los siguientes factores:

Ingreso Mensual Bruto	\$ _____
Total de deducciones	\$ _____
Balance	\$ _____
Estandar de ingreso de Medicaid	\$ _____
Nuevo monto mensual de ingreso en exceso	\$ _____
Nuevo monto de ingreso en exceso (seis meses)	\$ _____
El monto previo mensual de ingreso en exceso era de	\$ _____
El monto previo de ingreso en exceso de seis meses era de	\$ _____

Segun los calculos anteriores, su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$\_\_\_\_\_ sobrepasa el limite estandar de ingresos de Medicaid por \$\_\_\_\_\_. El monto que sobrepasa el limite se denomina ingreso excesivo o sobrante. La cantidad mensual de su ingreso excesivo es \$\_\_\_\_\_.

Ello significa que usted tendra que someter mensualmente facturas medicas pagas o impagas cuyo monto iguale o sobrepase la cantidad mensual de su ingreso excesivo de \$\_\_\_\_\_ para que podamos pagarle gastos adicionales de servicios de paciente externo, segun se comprendan en el plan de salud. Tambien, puede pagarle a la oficina local de servicios sociales la cantidad del ingreso excesivo durante un dado mes en el que necesite cobertura de paciente externo. Si necesita ayuda para ubicar la oficina local de servicios sociales, comuníquese con la Linea Directa de Ayuda de Medicaid al: 1-800-541-2831.

Usted puede recibir cobertura de paciente interno y externo de Medicaid si se encuentra hospitalizado y tiene facturas medicas (pagas o impagas) que iguallen o sobrepasen la cantidad de ingresos excesivos de seis meses de \$\_\_\_\_\_; o tiene otras facturas medicas (pagas o impagas) que iguallen o sobrepasen la cantidad del ingreso excesivo de seis meses. Vea el adjunto titulado "Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos" y "Programa Opcional de Contribucion de Pagos".

Hemos incluido una hoja de calculo presupuestario de manera que usted pueda ver como calculamos su habilitacion. Si necesita ayuda, comuníquese con el distrito de servicios sociales al numero de telefono indicado arriba.

Esta decision se basa en la Reglamentacion 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 and 360-4.8, y la Seccion 366-a(2) y 366.14 de la Ley de Servicios Sociales.