

CNS Paragraph Form

Date: 04.04.12

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0214	
Version Number	00001	
Effective Date	2012	(YYMMDD)
Title	Notice of Intent to Change Medicaid Coverage (Recipient Discharged From a Skilled Nursing Facility and Enrolled in a Managed Long Term Care Plan)	
Comment	language mirrors OHIP-0057	
Reason Code	CC4	

We will reduce your Medicaid coverage from all covered care and services to community coverage with community-based long-term care effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#

This reduction in your coverage is because you are no longer receiving nursing facility services. In order to be eligible to receive Medicaid coverage for nursing facility services, you must be in receipt of nursing facility services.

This means that you are not eligible to receive Medicaid coverage 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

You have enrolled in a Managed Long Term Care health plan, which provides services for individuals who are chronically ill and/or who have disabilities. Your health plan will be _____. Because you have been discharged from a skilled nursing facility and have enrolled in a Managed Long Term Care health plan, a housing allowance of \$_____ is used to determine your Medicaid eligibility.

Choose one of the following messages

Message 1 (Net Income Does Not Exceed the Medicaid Level, No Spend down)

Your net income (gross income less Medicaid deductions and the housing allowance) of \$_____ is equal to/under the allowable Medicaid income limit of \$_____. There is no additional income contribution required.

Message 2 (Net Income Exceeds the Medicaid Level, Recipient has Excess Income)

Your net income (gross income less Medicaid deductions and the housing allowance) of \$_____ is over the allowable Medicaid income limit of \$_____. This amount over the total amount of the Medicaid income limit is called excess income or spenddown. Your monthly excess income amount is \$_____. Your excess income amount for six months is \$_____. Please read the enclosed "Explanation of the Excess Income Program" and "Optional Pay-In Program."

Us for All

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.

If you begin receiving nursing facility services, notify your social services district immediately. We will then review your eligibility for Medicaid coverage for these services.

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

~S\

Su cobertura de Medicaid se reducira de cobertura de todos los servicios y atencion medica que cubre Medicaid a cobertura comunitaria con atencion de salud a largo plazo, a partir de _____ para:

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

Esta reduccion de cobertura se debe a que usted ya no esta recibiendo servicios en un centro de servicios de enfermeria. Para que pueda recibir cobertura de Medicaid en un centro de servicios de enfermeria, usted tiene que estar actualmente recibiendo servicios en dichos centros.

Esto significa que usted no tiene derecho a cobertura de Medicaid en los siguientes centros de 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 a largo plazo en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Servicios en instalaciones de atencion medica intermedia

Usted esta inscrito en un plan de atencion medica a largo plazo de cuidados administrados, que ofrece servicios a personas que tienen enfermedades cronicas o tienen alguna discapacidad, o ambas. Su seguro de salud sera _____. Debido a que usted fue dado de alta de un centro de enfermeria especializada y esta inscrito(a) en un plan de atencion medica a largo plazo de cuidados administrados, se utilizo la asignacion de vivienda de \$ _____ con el proposito de determinar su habilitacion para recibir Medicaid.

Choose one of the following messages

Message 1 (Net Income Does Not Exceed the Medicaid Level, No Spend down)

Su ingreso neto (ingresos brutos menos las deducciones de Medicaid y la asignacion de vivienda) de \$ _____ es igual o menor que el limite de ingreso fijado por Medicaid de \$ _____. No se requiere una contribucion de ingresos adicional.

Message 2 (Net Income Exceeds the Medicaid Level, Recipient has Excess Income)

Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid y la asignacion de vivienda) de \$ _____ sobrepasa el limite de ingreso fijado por Medicaid de \$ _____. Este monto que sobrepasa el monto total limite de ingreso de Medicaid se denomina ingreso excesivo o sobrante. El monto mensual de su ingreso excesivo es \$ _____. El monto de ingreso excesivo de seis meses es \$ _____. Vea el adjunto titulado "Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos" y "Programa Opcional de Contribucion de Pagos".

Use for All

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

Si usted comienza a recibir servicios en un centro de servicios de enfermeria, notifiquese inmediatamente a su distrito de servicios sociales. Una vez que lo haga, determinaremos su habilitacion para recibir cobertura de Medicaid por esos servicios.

Conforme reglamentacion 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.7, 360-4.8, Secciones 366-a(2) y 366.14 de la Ley de Servicios Sociales.