

CNS Paragraph Form

Date: 10.20.17

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	E0028	
Version Number	00006	
Effective Date	2017	(YYMMDD)
Title	Explanation of the Income and Resource Documentation Requirements for Medicaid	
Comment		
Reason Code		

Explanation of the Income and Resource Documentation Requirements for Medicaid

In order to be eligible for Medicaid coverage of certain care and services, you must submit proof of your income and resources. The following explains the information that must be submitted in order to be eligible for coverage of certain care and services.

When you apply for Medicaid, you will be asked to choose one of the following:

1. Community coverage **without** long-term care;
2. Community coverage with community-based long-term care; or
3. Medicaid coverage for **all** covered care and services.

Note:

- If you are applying for Medicaid coverage for all covered care and services, you must be in receipt of nursing facility services (see #3 below) in order for eligibility to be determined for this level of care.
- Pregnant women, children under age one, and children between the ages of one and 19, who have incomes at or below the applicable federal poverty level, do not need to provide proof of their resources in order to qualify for Medicaid coverage for all care and services; they do, however, need to submit proof of income.

1. Community Coverage Without Long-Term Care

Applicants/recipients who do **not** need nursing facility services or community-based long-term care must submit proof of income and may attest to the amount of their resources. At renewal you may also attest to the amount of your income. If we find that you are

eligible under this simplified review, you will get Medicaid coverage but **not** coverage for nursing facility services or community-based long-term care. If at some time you need nursing facility or community-based long-term care services, we will need to look at your income and resources before Medicaid can cover these services.

People who attest to the amount of their income and resources are eligible for short-term rehabilitation services. Short-term rehabilitation includes one commencement/admission in a 12-month period of up to 29 consecutive days of nursing home care and certified home health care.

If we find the information you report is different from the information we get from investigating what you reported, you will be requested to give us proof of your income and resources.

2. Community Coverage With Community-Based Long-Term Care Includes:

- Adult day health care
- Limited licensed home care
- Certified Home Health Agency Services
- Hospice in the community
- Hospice residence program
- Personal care services
- Personal emergency response services
- Private duty nursing
- Residential treatment facility
- Consumer directed personal assistance program
- Assisted Living Program
- Managed long-term care in the community
- Waiver and other services provided through a home and community-based waiver program

To be eligible for community coverage **with** community-based long-term care services, you must give us proof of your current income and resources. However, you only need to submit documentation for certain resources at this time. See “Documentation Requirements” below for a list of these resources. If we find that you are eligible, you will get Medicaid covered care and services that include community-based long-term care services, but, you will **not** get coverage for nursing facility services, except for short-term rehabilitation. If you later need nursing facility services, we will need to review documentation of your resources for the transfer of assets look-back period (up to 60 months) before Medicaid can cover these services (see #3 below).

3. Medicaid Coverage for All Covered Care and Services includes:

- Nursing home care

- Nursing home care provided in a hospital
- Hospice in a nursing home
- Managed long-term care in a nursing home
- Intermediate care facility services

To be eligible for these services, you must submit proof of your current income and, we must review proof of your resources for up to 60 months (the transfer of assets look-back period) prior to your application. However, you only need to submit documentation for certain resources at this time. See “Documentation Requirements” below for a list of these resources. If we find that you are eligible, you will get **all** Medicaid covered care and services including the nursing facility services listed above and the community-based long-term care services listed under #2 above.

Applicants/recipients who are not receiving nursing facility services now may only apply for Community Coverage with Community-Based Long-Term Care (#2 above) or Community Coverage **without** Long-Term Care (#1 above).

Documentation Requirements

Certain resources may be verified through computer matches, if you are requesting coverage for **community based long term care** or **nursing home care**, provide documentation for the period indicated above for all of the following resources, if applicable.

- Life insurance policy;
- Securities, stocks, bonds and mutual funds;
- Annuities;
- Burial agreement or fund;
- Trust document and accounts.

You do not need to send proof of any other resources at this time. This is because other resources may be verified through computer matches. If the resources you report do not match our records or cannot be verified through our records, we may ask you to submit proof of those resources at a later date.

If you become in need of a service for which you have not received coverage, contact your worker immediately for assistance.

~S\

Explicacion de los Requisitos de Documentacion de Ingresos y Recursos de Medicaid

Para poder recibir cobertura de Medicaid de ciertos servicios de atención y cuidados, usted debe someter comprobante de ingresos y recursos. A continuación explicamos la información que se debe presentar para poder recibir cobertura por ciertos servicios y cuidados de atención.

Cuando usted solicite Medicaid, se le pedirá que escoja uno de los siguientes:

1. Cobertura comunitaria **sin** atención médica a largo plazo;
2. Cobertura comunitaria con atención médica a largo plazo de base Comunitaria; o
3. Cobertura de Medicaid para **todo** tipo de servicio y atención de salud comprendido en el plan.

Nota:

- Si usted está solicitando cobertura de Medicaid para todo tipo de servicio y atención comprendido en el plan, usted debe estar recibiendo actualmente servicios de enfermería en centros de atención médica (vea el #3 abajo) para que podamos determinar si puede recibir este nivel de cuidados.
- Las mujeres embarazadas, los niños menores de un año, y los niños entre las edades de uno a 19 años, con ingresos equivalentes o inferiores al índice nacional de pobreza, no necesitan someter comprobante de recursos para poder recibir cobertura de Medicaid para todo tipo de servicios y cuidados de atención de salud; sin embargo si necesitan someter comprobante de ingresos.

1. Cobertura Comunitaria sin Atención Médica a Largo Plazo

Los solicitantes/beneficiarios que **no** necesitan servicios de enfermería en centros de atención médica o servicios de atención médica a largo plazo de base comunitaria, deben someter comprobante de ingresos y dar fe de la cantidad de recursos con los que cuentan. Al momento de la renovación también puede atestar sobre la cantidad de sus ingresos. Si determinamos que usted habilita por medio de esta revisión simplificada, recibirá cobertura de Medicaid pero **no** cobertura de servicios de enfermería en centros de atención médica o servicios de atención médica a largo plazo de base comunitaria. Si en algún momento usted necesita servicios de enfermería en centros de atención médica o servicios de atención médica a largo plazo de base comunitaria, tendremos que volver a examinar sus ingresos y recursos antes de que Medicaid pueda cubrir dichos servicios.

Las personas que pueden atestar sobre la cantidad de sus ingresos y recursos, pueden recibir servicios de rehabilitación a corto plazo. La rehabilitación a corto plazo incluye un inicio/ingreso (en un periodo de 12 meses) de hasta 29 días consecutivos de servicios de enfermería y atención médica profesional domiciliaria.

Si descubrimos que la información que usted nos proporciono difiere de la información que obtengamos de nuestra indagación, se le pedirá que someta comprobante de ingresos y recursos.

2. La cobertura comunitaria con atención médica a largo plazo de base comunitaria incluye lo siguiente:

- Atención médica diurna para adultos
- Atención médica profesional domiciliar limitada
- Servicios de agencias acreditadas de cuidados de la salud a domicilio
- Cuidados paliativos provistos en la comunidad
- Programa de cuidados paliativos residenciales
- Servicios de cuidados personales
- Servicio privado de respuesta a emergencias
- Servicios privados de enfermería
- Servicios en una instalación residencial para tratamiento médico
- Programa de servicios de asistente personal administrados por el consumidor
- Programa de ayuda ocasional
- Atención médica administrada de atención médica a largo plazo provista en la comunidad
- Dispensas y otros servicios de exención provistos por un programa de base domiciliar y comunitaria

Para que usted pueda recibir cobertura comunitaria **con** servicios de atención médica a largo plazo de base comunitaria, debe someter comprobante de ingresos y recursos actuales. Sin embargo, sólo debe presentar la documentación para determinados recursos en este momento. Consulte la sección “Requisitos de documentación” que aparece a continuación para conocer la lista de estos recursos. Si determinamos que usted reúne los requisitos, recibirá los servicios de cuidado y atención que cubre Medicaid inclusive servicios de atención médica a largo plazo de base comunitaria; sin embargo, **no** recibirá cobertura de servicios de enfermería en centros de atención médica, excepto rehabilitación a corto plazo. Si usted después necesita servicios de enfermería en centros de atención médica, tendremos que examinar documentación de sus recursos referente al traspaso de bienes de un periodo retroactivo (de hasta 60 meses) antes de que Medicaid pueda cubrir estos servicios (vea el #3 abajo).

3. La cobertura de Medicaid en cuanto todo tipo de servicio y atención de salud incluye:

- Atención médica en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atención médica tipo hogar de convalecencia (nursing home) proporcionada en un hospital

- Cuidados paliativos en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atención médica administrada de atención médica a largo plazo en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Centro de servicios de atención médica intermedia

Para poder recibir estos servicios, debe presentar evidencia de su ingreso actual y debemos revisar la evidencia de sus recursos durante un máximo de 60 meses (el periodo retroactivo de transferencia de activos) previos a su solicitud. Sin embargo, sólo debe presentar la documentación para determinados recursos en este momento. Consulte la sección “Requisitos de documentación” que aparece a continuación para conocer la lista de estos recursos. Si determinamos que usted reúne los requisitos, obtendrá **todos** los servicios y la atención cubiertos por Medicaid, incluidos los servicios del centro de enfermería que se mencionan más arriba y los servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad que se mencionan en el N° 2 anterior.

Los solicitantes/destinatarios que no reciben servicios del centro de enfermería ahora sólo pueden solicitar la Cobertura Comunitaria con Atención a Largo Plazo Basada en la Comunidad (Community Coverage with Community-Based Long-Term Care) (N° 2 anterior) o Cobertura Comunitaria sin Atención a Largo Plazo (Community Coverage **without** Long-Term Care) (N° 1 anterior).

Requisitos de la documentación

Determinados recursos pueden verificarse a través de las coincidencias informáticas, si usted solicita la cobertura para la **atención a largo plazo basada en la comunidad (community based long term care)** o la **atención domiciliaria de enfermería (nursing home care)**, proporcione documentación para el período indicado anteriormente para todos los siguientes recursos, según corresponda.

- Póliza del seguro de vida.
- Títulos valores, acciones, bonos y fondos mutuos.
- Anualidades.
- Fondo o acuerdo de entierro.
- Cuentas y documentos fiduciarios.

No es necesario que envíe la evidencia de otros recursos en este momento. Esto se debe a que se pueden verificar otros recursos a través de coincidencias informáticas. Si los recursos que informa no coinciden con nuestros registros o no se pueden verificar a

través de nuestros registros, es posible que le solicitemos que envíe la evidencia de esos recursos más adelante.

Si llegase a necesitar un servicio para el cual no recibe cobertura, comuníquese inmediatamente con la persona a cargo de su caso para que le asista.