

CNS Paragraph Form

Date: 10.6.17

Program Area **03** (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number **8314**
Version Number **00009**
Effective Date **2017**
Title **Resources**
Comment
Reason Code

A) FOR USE WITH CT 20 WHEN RVI CODE EQUALS 1,2,3 OR 4

RESOURCES

List all resources (resources include money in a bank or credit union, stocks, bonds, mutual funds, certificates of deposit, money market accounts, 401k plans, trust funds, the cash value of life insurance, or property that someone owns. Do not list your home).

If you do not have any resources, please write "NONE" under "Resource Type."

What are your current resources?

<u>Resource Type</u>	<u>Value</u>	<u>Owner</u>	<u>Bank/Company Name</u>
_____	\$ _____	_____	_____
_____	\$ _____	_____	_____
_____	\$ _____	_____	_____
_____	\$ _____	_____	_____

SPOUSE INFORMATION NEEDED TO VERIFY RESOURCES

Please provide the following information for a spouse who is not applying for Medicaid. We need this information to verify your spouse's resources through computer matches for the purpose of determining your eligibility for Medicaid.

Spouse's Name

Last	First	Middle Initial	Maiden Name or Other Name Known by
------	-------	----------------	------------------------------------

Social Security No. _____

Date of Birth _____

Address (if different) _____

House #	Street	Apt. #
_____	_____	_____
City	State	Zip Code
_____	_____	_____

~S/

A) FOR USE WITH CT 20 WHEN RVI CODE EQUALS 1,2,3 OR 4

RECURSOS

Enumere todos los recursos (los recursos incluyen el dinero en un banco o cooperativa de credito, acciones, bonos, fondos mutuos, certificados de deposito, cuentas de mercado monetario, planes 401k, fondos fiduciarios, el valor en efectivo de un seguro de vida o la propiedad que alguien posee. NO incluya su casa).

Si no tiene recursos, escriba “NINGUNO” bajo “Tipo de recurso”.

Cuales son sus recursos actuales?

<u>Tipo de recurso</u>	<u>Valor</u>	<u>Propietario</u>	<u>Nombre del banco/empresa</u>
_____	\$ _____	_____	_____
_____	\$ _____	_____	_____
_____	\$ _____	_____	_____
_____	\$ _____	_____	_____

INFORMACION DEL CONYUGE NECESARIA PARA VERIFICAR RECURSOS

Proporcione la siguiente informacion para un conyuge que no esta solicitando Medicaid. Necesitamos esta informacion para verificar los recursos de su conyuge a traves de coincidencias con datos de la computadora con el fin de determinar su elegibilidad para Medicaid.

Nombre del conyuge

_____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Inicial del 2nd nombre	Apellido de soltera u otro nombre que usa

No. de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento _____

Direccion (si es diferente) _____

No. de casa	Calle	No. de Apto.
-------------	-------	--------------

_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Codigo postal