

CNS Paragraph Form

Date: 12.11.07

Program Area 03 (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number U0010
Version Number 00002
Effective Date 1999 (YYMMDD)
Title Reduce MA to Limited Cov Transfer Instit Ind
Comment
Reason Code S02

We will reduce Medical Assistance effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

You are not eligible for Medical Assistance coverage for the following services until _____.

- Services provided in a nursing home, including hospice and managed long-term care, or intermediate care facility; or
- Nursing home care provided in a hospital

You are not eligible to receive these services because you transferred the following asset(s) for less than they were worth:

No.	Date	Asset	Value Received	Amount (Uncompensated Value)	Difference
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____	_____

- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____

How is the limited coverage period determined?

When you or your spouse make certain transfers of assets for less than they are worth, you cannot get Medical Assistance for the services listed above for a certain period of time. We determined the number of months you are ineligible for these services by dividing the uncompensated value of the asset which you transferred by the average monthly regional rate for nursing facility services in the region where you live.

Total Uncompensated value (Less MA Exemption if applicable) \$_____

Monthly Regional Rate \$_____

Number of months in limited coverage period _____

Period of Limited Coverage for this transfer(s)
is effective from _____ to _____

You will also have an additional \$_____ that you will have to contribute toward the cost of care for the month of _____. This is in addition to any income contribution that must be contributed toward the cost of care for that month.

You are eligible to receive coverage for other care and services not included in the facility's rate, (e.g., eyeglasses, hearing aides, dentures and acute hospital care).

Please look at the section called "Explanation of the Effect of Transfers of Assets on Medical Assistance Eligibility" for an explanation of what types of transfers prevent you from receiving full Medical Assistance coverage and to see how we calculated the limited coverage period.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-4.4, 360-4.5 and 360-4.7

~\S

Nosotros reduciremos los beneficios de la Asistencia Medica a partir del _____ para:

Nombre	No. del I.D. del Cliente
Nombre	#
Nombre	#

Usted no es elegible para la cobertura de la Asistencia Medica de los siguientes servicios hasta el (fecha):

- Servicios provistos en un hogar de convalencia (*nursing home*), inclusive un centro de servicios paliativos y cuidados administrados de servicios y atencion medica a largo plazo, o centros de atencion medica intermedia; o
- Atencion medica tipo hogar de convalecencia (*nursing home*) proporcionada en un hospital

Usted no es elegible para recibir estos servicios porque transfirio el (los) siguiente(s) recurso(s) por menos de su valor:

No.	Fecha	del Recurso	Cantidad Valor	Diferencia (Valor No Recibida	Compensado)
1.	___	_____	_____	_____	_____
2.	___	_____	_____	_____	_____
3.	___	_____	_____	_____	_____
4.	___	_____	_____	_____	_____
5.	___	_____	_____	_____	_____
6.	___	_____	_____	_____	_____
7.	___	_____	_____	_____	_____
8.	___	_____	_____	_____	_____
9.	___	_____	_____	_____	_____
10.	___	_____	_____	_____	_____

Como se determina el periodo de cobertura limitada?

Quando usted o su esposa(o) efectuen ciertas transferencias de recursos por menos del valor de las transferencias, usted no puede obtener la Asistencia Medica para los servicios indicados arriba por cierto periodo de tiempo. Nosotros hemos determinado el numero de meses durante los cuales usted no es elegible para estos servicios dividiendo el valor no compensado del recurso que usted transfirio entre la tarifa regional promedio mensual establecida para los servicios de enfermeria en una instalacion en la region en la que usted vive.

Valor Total No Compensado (Menos la Exencion de MA si se aplica)

\$ _____

o

Tarifa Regional Mensula

\$ _____

Numero de meses dentro del periodo de cobertura limitada _____

El periodo de cobertura limitada para esta(s) transferencia(s) esta vigente a partir del _____ hasta el _____.

Usted tambien tendra una cantidad adicional de \$ _____ que usted tendra que contribuir hacia el costo de cuidado para el mes de _____. Esto es adicional a cualquier contribucion de ingreso que debe contribuirse hacia el costo de cuidado para ese mes.

Usted es elegible para recibir cobertura para otro tipo de atencion y servicios que no se incluyen en la tarifa de la institucion, (por ejemplo, lentes para la vista, dispositivos para el oido, dentaduras postizas y atencion hospitalaria aguda).

Por favor lea la seccion denominada "Explicacion del Efecto de las Transferencias de Recursos sobre la Elegibilidad de la Asistencia Medica" para obtener una explicacion de los tipos de transferencias que previenen que usted reciba la completa cobertura de la Asistencia Medica.

Esta decision se basa en las Regulaciones 18 NYCRR 360-4.4 360-4.5 y 360-4.7.

~\#