

CNS Paragraph Form

Date: 11.03.07

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	X0036	
Version Number	00003	
Effective Date	2006	(YYMMDD)
Title	Reduce MA to Limited Cov Exc Inc SD Met Transfer Inst Ind	
Comment		
Reason Code	S09	

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	Amount Received	Difference (Uncompensated Value)
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 asset(s) 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.

Why you have a spenddown requirement

Your net income (gross income less Medical Assistance deductions) of \$_____ is over the allowable Medical Assistance income limit of \$_____. The amount over the limit is called excess income or spenddown. Your monthly excess income amount is \$_____.

Please look at the budget calculation section to see how we figured your excess income.

Because you have shown us unpaid medical expenses which are equal to or more than your monthly excess income amount, you are eligible to receive covered outpatient medical expenses.

You can become eligible for Medical Assistance for all covered medical care and services (in-patient and outpatient) except those services listed above, 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 Section: "Explanation of the Excess Income Program".

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-4.4, 360-4.7 and 360-4.8

~\S

Reduciremos la cobertura de Asistencia Medica a partir de _____ para:

Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	#
Nombre	#

Usted no habilita para recibir los siguientes servicios de Asistencia Medica hasta _____:

- 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 habilita para recibir estos servicios porque usted traspaso los siguientes bienes por un valor menor al que correspondia:

No.	Fecha	Bien	Valor	Cantidad Recibida	Diferencia (valor no compensado)
1.	___	_____	_____	_____	_____
2.	___	_____	_____	_____	_____
3.	___	_____	_____	_____	_____
4.	___	_____	_____	_____	_____
5.	___	_____	_____	_____	_____
6.	___	_____	_____	_____	_____
7.	___	_____	_____	_____	_____
8.	___	_____	_____	_____	_____
9.	___	_____	_____	_____	_____
10.	___	_____	_____	_____	_____

Manera en que se calcula el periodo de cobertura limitada

Cuando usted o su conyuge traspasan ciertos bienes por un valor menor al valor que corresponde, usted no puede recibir Asistencia Medica por los servicios indicados arriba, por un cierto periodo de tiempo. La manera en que se calculan los meses durante los cuales usted no puede recibir cobertura de estos servicios es, dividiendo el valor no compensado del bien que usted traspaso, por el promedio mensual de la tarifa regional de servicios de enfermeria que se cobra en la zona donde usted reside.

Total del valor no compensado (menos las deducciones de MA) \$ _____

Tarifa regional mensual \$ _____

Meses de periodo de cobertura limitada _____

El periodo de cobertura limitada por esta transferencia comienza a partir de _____ a _____

Ademas, tendra que contribuir \$ _____ adicionales para cubrir costos de atencion medica del mes de _____. Esto es adicional a toda contribucion que se le requiera contribuir por costos de atencion medica de ese mes.

Por que usted tiene el requisito de sobrante:

Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Asistencia Medica) de \$ _____, sobrepasa el limite de ingresos de \$ _____ fijado por Asistencia Medica. El monto que sobrepasa el limite de ingresos se denomina ingreso excesivo o sobrante. La cantidad mensual de su ingreso excesivo es de \$ _____.

Vea la seccion de calculo de presupuesto para entender la manera en que calculamos el ingreso excesivo.

Debido a que usted nos ha presentado facturas medicas impagas cuyo monto iguala o sobrepasa la cantidad mensual de sus ingresos excesivos, pagaremos todo gasto medico adicional por atencion de paciente externo.

Usted puede recibir beneficios del programa de Asistencia Medica para cubrir todo gasto de cuidado medico y servicios (paciente interno y externo), excepto por los servicios citados arriba; si se encuentra hospitalizado y tiene facturas medicas (pagas o impagas) y cuyo monto iguala o sobrepasa la cantidad de ingresos excesivos de seis meses de \$ _____; o tiene otras facturas medicas (pagas o impagas) cuyo monto iguala o sobrepasa el monto de sus ingresos excesivos de seis meses.

Lea la seccion titulada: "Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos".

Conforme a Reglamentacion 18 NYCRR 360-4.4, 360-4.7, y 360-4.8