

CNS Paragraph Form

Date: 08.12.10

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	X0006	
Version Number	00004	
Effective Date	2011	(YYMMDD)
Title	Provisional Coverage, Excess Income, FHP Ineligible Due to Excess Income, Chose Spenddown, Equivalent Insurance, Federal Employee or Over 65, Adults Only	
Comment		
Reason Code	S20/AB	

We have accepted your application dated _____ for Medicaid with a spenddown requirement effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the allowable Medicaid 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.

This means you will have to submit paid or unpaid medical expenses not covered by insurance which are equal to or more than your monthly excess income amount in order to be eligible for payment of any covered outpatient expenses. You may also pay your excess income amount to this agency for any month you need outpatient coverage.

You can become eligible for Medicaid for both inpatient and outpatient coverage 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 Sections: "Explanation of the Excess Income Program" and "Optional Pay-In Program."

Choose one of the following messages:

Message 1 (Community Coverage: No LTC) (S0024)

Message 2 (Community Coverage With Community-Based LTC) (S0025)

Message 3 (No Longer Eligible For LTC) (S0022)

Message 4 (None of the Above)

Use for all:

Please review the Medical Assistance Utilization Threshold information found in the Medical Assistance section of the booklet, "LDSS-4148B: What You Should Know About Social Services Programs." The information explains any services limitations. The LDSS-4148B was given to you when you applied for assistance.

Choose one of the following messages:

Message 1 (FH+ Over Income)

We also evaluated your eligibility for Family Health Plus. You were not eligible for Family Health Plus because your gross income of \$ _____ is over the Family Health Plus income limit of \$ ____.

Message 2 (FH+ chose spenddown of income)

The options of Family Health Plus and Medicaid with a spenddown of income were explained to you. You chose to participate in Medicaid with a spenddown of income. If you decide that you want to change to Family Health Plus, contact your worker.

Message 3 (FH+ Equivalent Insurance)

We also evaluated your eligibility for Family Health Plus. Family Health Plus is a health care program for people who do not have any other health insurance, except for very limited exceptions. You have a health insurance plan that is not one of these exceptions. Therefore, you are not eligible for Family Health Plus.

Message 4 (FHP Over 65)

No message.

Use for all:

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7, 360-4.8, Sections 366-a(2) and 369-ee of Social Services Law.

- S -

Hemos aceptado su solicitud de fecha _____ para Asistencia Medica con un requisito de ingresos y/o recursos excesivos o "spenddown" a partir del _____ para:

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

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

Favor de consultar la seccion que trata sobre el calculo del presupuesto para entender la manera que calculamos su ingreso excesivo.

Esto significa que usted tendra que presentar facturas medicas pagadas o pendientes por pagar que el seguro no cubra y que igualen o sobrepasen la cantidad mensual de su ingreso excesivo para reunir el requisito y podersele pagar por todo gasto medico, comprendido dentro del plan, por cuidados de paciente externo. Tambien, puede pagarle a esta agencia la cantidad del ingreso excesivo durante un dado mes en el que necesite cuidados como paciente externo.

Usted reúne los requisitos para recibir Medicaid por cuidados de paciente externo e interno si se encuentra hospitalizado y tiene facturas medicas (pagadas o pendientes por pagar) que igualan o sobrepasan el ingreso excesivo de seis meses por la cantidad de \$_____, o tiene otros gastos medicos (pagados o pendientes por pagar) que igualen o sobrepasen el ingreso excesivo de seis meses.

Favor de consultar las secciones tituladas: "Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos" y "Programa Opcional de Contribucion de Pagos".

Choose one of the following messages:

Message 1 (Community Coverage: No LTC) (S0024)

Message 2 (Community Coverage With Community-Based LTC) (S0025)

Message 3 (No Longer Eligible For LTC) (S0022)

Message 4 (None of the Above)

Use for All:

Favor de consultar la informacion sobre el Umbral de Utilizacion de Asistencia Medica que aparece en el folleto, "LDSS-4148B -SP: Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales". Aqui encontrara informacion sobre limites en los servicios. El folleto LDSS-4148B-SP se le entrego cuando usted solicito los beneficios de asistencia.

Choose one of the following messages:

Message 1 (FH+ Over income)

Tambien le hemos considerado para Family Health Plus. Usted no reúne los requisitos para recibir Family Health Plus debido a que su ingreso bruto de \$_____ sobrepasa el límite de ingresos de Family Health Plus establecido en \$_____.

Message 2 (FH+ Chose spenddown of income)

Se le explicaron las opciones de Family Health Plus y Medicaid con el requisito de ingresos excesivos (spenddown). Usted escogió participar en Medicaid con un exceso de ingresos (spenddown). Si desea cambiarse a Family Health Plus, comuníquese con su trabajador(a) de casos.

Message 3 (FH+ Equivalent Insurance)

Tambien le hemos considerado para Family Health Plus. Family Health Plus es un programa de seguro médico para aquellas personas que no tienen otro tipo de seguro médico, aparte de ciertas excepciones. Usted tiene un seguro médico que no está incluido en estas excepciones. Por lo tanto, usted no reúne los requisitos para recibir Family Health Plus.

Message 4 (FHP Over 65)

No message.

Use for all:

Esta decisión está basada en Regulaciones 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7, 360-4.8, Secciones 366-a(2) y 369-ee de la Ley de Servicios Sociales.