

CNS Paragraph Form

Date: 10.05.17

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	X0003	
Version Number	00005	
Effective Date	2017	(YYMMDD)
Title	Accept Excess Resources Spenddown Met	
Comment		
Reason Code	S20/AD	

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

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because your countable resources of \$_____ are over the allowable Medicaid resource limit of \$_____. The amount over the limit is called excess resources or spenddown. Your excess resource amount is \$_____.

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

The determination of excess resources includes information received through computer matches with banking institutions. If you think the excess resource amount is incorrect, you must contact the agency immediately, but no later than 30 days from the date of this notice

Because you have shown us paid or unpaid medical expenses not covered by insurance which are equal to or more than your excess resource amount, we will pay any additional covered medical expenses for the period _____ to _____.

Please read the section "Explanation of the Excess Resource 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.

This decision is based on Section 366-a(2) of Social Services Law.

- S -

Hemos aceptado su solicitud de fecha _____ para Asistencia Medica con requisito de sobrante con fecha efectiva del _____ para:

Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	# de ID del cliente:

Esto se debe a que sus recursos contables de \$_____, sobrepasan el limite de recursos de \$_____ fijado por Asistencia Medica. El monto que excede el limite se llama recursos excesivos o sobrante. El monto de sus recursos excesivos es \$_____.

Consulte la seccion de calculo de presupuesto para entender la manera en que calculamos el monto de sus recursos excesivos.

La decisión sobre recursos en exceso incluye la información que se recibió a través de coincidencias informáticas con instituciones bancarias. Si considera que el monto de recursos en exceso es incorrecto, debe comunicarse con la agencia de inmediato, antes de pasados los 30 días desde la fecha de la presente notificación.

Debido a que usted nos ha presentado facturas medicas pagas e impagas no cubiertas por un seguro medico y cuyo monto iguala o sobrepasa la cantidad de su recurso excesivo, pagaremos todo gasto medico adicional, comprendido dentro del plan, durante el periodo de _____ a _____.

Favor de leer la seccion titulada "Explicacion del programa de recursos excesivos".

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.

Esta decision se basa en Seccion 366-a(2) de la Ley de Servicios Sociales.