

CNS Paragraph Form

Date: 09.28.17

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	X0007	
Version Number	00006	
Effective Date	2017	(YYMMDD)
Title	Accept Excess Inc/Res, Resource Spenddown Met	
Comment		
Reason Code	S20/AF	

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

Name	Client I.D. #
Name	Client I.D. #
Name	Client I.D. #

This is because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the allowable Medicaid income limit of \$_____. In addition, your countable resources of _____ are over the Medicaid resource limit of \$_____. The amounts over the limits are called excess income and excess resources or spenddown. Your monthly excess income amount is \$_____. Your excess resource amount is \$_____.

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.

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

Even though your income and countable resources are over the limits, you have shown us paid or unpaid medical expenses not covered by insurance which are equal to or more than your excess resource amount of \$_____. This means you will have to submit paid or unpaid medical expenses each month which are equal to or more than your monthly excess income amount of \$_____ in order to be eligible for payment of any additional 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," "Explanation of the Excess Resource 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.

This decision is based on Sections 366(1)(f) and 366-a(2) of Social Services Law.

- S -

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

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

El motivo es porque su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$_____ sobrepasa el limite de ingresos de \$_____ fijado por Medicaid. Además, sus recursos contables de \$_____, sobrepasan el limite de recursos de \$_____ fijado por Medicaid. Las cantidades que sobrepasan el limite se denominan ingresos y recursos excesivos o sobrantes. La cantidad mensual de su ingreso excesivo es de \$_____. El monto de sus recursos excesivos es \$_____.

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.

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

Aunque sus ingresos y recursos contables sobrepasan los límites establecidos, usted ha presentado facturas médicas pagas e impagas no cubiertas por un seguro médico, cuyo monto es igual o mayor al monto de sus recursos excesivos de \$_____. Esto significa que usted tendrá que someter mensualmente facturas médicas pagas o impagas cuyo monto iguale o sobrepase la cantidad mensual de su ingreso excesivo de \$_____ para que podamos pagarle gastos adicionales de servicios de paciente externo, según se comprendan en el plan de salud. También, puede pagar a esta agencia la cantidad del ingreso excesivo durante un dado mes en el que necesite cobertura de paciente externo.

Usted puede recibir beneficios del programa de Medicaid para cubrir gastos de paciente interno y externo si se encuentra hospitalizado y tiene facturas médicas (pagas o impagas) que igualen o sobrepasen la cantidad de ingresos excesivos de seis meses de \$_____; o tiene otras facturas médicas (pagas o impagas) que igualen o sobrepasen la cantidad del ingreso excesivo de seis meses.

Lea las secciones llamadas: “Explicación del Programa de Ingresos Excesivos”, “Explicación del Programa de Recursos Excesivos” y “Programa Opcional de Contribución 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 información sobre el Umbral de Utilización de Asistencia Médica que aparece en el folleto, “LDSS-4148B -SP: Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales”. Aquí encontrará información sobre límites en los servicios. El folleto LDSS-4148B-SP se le entregó cuando usted solicitó los beneficios de asistencia.

Esta decisión se basa en Secciones 366(1)(f) y 366-a(2) de la Ley de Servicios Sociales.