

CNS Paragraph Form

Date: 09.14.04

Program Area 03 (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number U0155
Version Number 00001
Effective Date 2004 (YYMMDD)
Title **Accept, Short-Term Rehabilitative Nursing Home Care
(Undercare Only)**
Comment
Reason Code S33

We have approved Medical Assistance coverage for short-term rehabilitative nursing home care from _____ to _____ for:

Name Client I.D. #

We have calculated a monthly income contribution of \$_____ to be paid toward the cost of care for _____ to _____ and \$_____ to be paid toward the cost of care for _____ to _____.

We have calculated the monthly contribution toward the cost of care for the period(s) indicated, as follows:

We figured your monthly income contribution as follows:

Your net monthly income (gross income less Medical Assistance deductions) is \$_____. The allowable income standard for a family household your size is \$_____. The difference between your net monthly income and this standard is \$_____ and is the monthly amount you will pay toward the cost of care.

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

IMPORTANT INFORMATION: If you need nursing home care beyond 29 days, notify your social services district immediately. We will then arrange to review your resources to find out if you are eligible for Medical Assistance coverage for these services.

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

~\S

Hemos aprobado cobertura de Asistencia Medica para tratamiento de rehabilitacion a corto plazo en un centro de cuidados de convalescencia (nursing home) de _____ a _____ para:

Nombre	Numero de ID del cliente
--------	--------------------------

Hemos calculado una contribucion mensual de ingresos de \$_____ aplicables hacia los costos de cuidado de _____ a _____ y \$_____ aplicables hacia los costos de cuidado de _____ a _____.

Hemos calculado la contribucion mensual por costos de cuidado para los periodos indicados a continuacion:

Hemos calculado su contribucion mensual de ingresos segun se muestra a continuacion:

Su ingreso mensual neto (ingresos brutos menos deducciones de Asistencia Medica) es \$_____. El ingreso estandar establecido para una familia con el numero de integrantes como la suya es de \$_____. La diferencia entre su ingreso neto mensual y el estandar mencionado es \$_____ y cuya misma cifra representa la cantidad mensual que usted pagara hacia los costos de cuidado.

Favor de consultar la seccion referente al calculo del presupuesto para ver como calculamos su ingreso.

IMPORTANTE: Si necesita cuidados de convalescencia (nursing home) por mas de 29 dias, notifiquese inmediatamente a la oficina de servicios sociales de su localidad. Haremos lo posible para realizar una revision de sus recursos y determinar si usted habilita para recibir cobertura de Asistencia Medica para dichos servicios.

Esta decision se basa en Reglamentacion 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.8 y las secciones 366 y 366-a(2) de la Ley de Servicios Sociales.

~\#