

CNS Paragraph Form

Date: 04.13.2018

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	X0227	
Version Number	00003	
Effective Date	2018	(YYMMDD)
Title	Accept Limited Coverage Due to Transfer Indiv in Comm Exc Inc SD NOT Met	
Comment		
Reason Code	S68	

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

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

You are **not** eligible for Medicaid coverage of the following services until _____:

- Nursing facility services provided in a nursing home, including hospice and managed long-term care
- Care and services in an intermediate care facility
- Nursing home level of care provided in a hospital

You are not eligible for Medicaid coverage of these services because you or your spouse transferred the following asset(s) for less than it was worth:

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 assets for less than they are worth, you cannot get Medicaid 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) \$ _____

Divided by 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 your cost of care for the month of _____. This is in addition to any income contribution that may be required to be contributed toward the cost of care for the month.

If you are not currently in need of the services listed above, this period of limited coverage will have to be redetermined at the time you require those services. Therefore, if you require these services in the future, you should notify this Department immediately.

Please read Section: "Explanation of the Effect of Transfers of Assets on Medicaid Eligibility" for an explanation of what types of transfers prevent you from receiving Medicaid coverage of the services listed above.

Why you have a spenddown:

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 except those services listed

above. 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 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 Sections: "Explanation of the Excess Income Program" and "Optional Pay-In Program."

Please review the Medicaid 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.

If you submitted paid medical bills for direct reimbursement, you will be notified separately of our decision.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7, 360-4.8 and Section 366(5) of the Social Services Law.

~\S

Hemos aceptado su solicitud de fecha _____ para Medicaid con cobertura limitada y requisito de sobrante, con fecha efectiva del _____ para:

Nombre	# de I.D del Cliente
Nombre	# de I.D del Cliente
Nombre	# de I.D del Cliente

Usted **no** habilita para recibir los siguientes servicios de Medicaid hasta_____:

- Servicios de enfermería prestados en un hogar de enfermería, inclusive un centro de servicios paliativos y cuidados administrados de servicios
- Atención y servicios en un centro de atención médica intermedia
- Nivel de cuidado en un hogar de enfermería proporcionada en un hospital

Usted no habilita para recibir cobertura de Medicaid por estos servicios porque usted o su conyuge traspasaron los siguientes bienes por un valor menor al que correspondía:

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 Medicaid 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) \$ _____

Dividido por la tarifa regional mensual \$ _____

Meses de periodo de cobertura limitada _____

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

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

Si usted no necesita por el momento los servicios indicados arriba, el periodo de cobertura limitada se tendra que volver a calcular cuando usted necesite esos servicios.

Por lo tanto, si usted llegase a necesitar esos servicios en un futuro, notifíquesele inmediatamente a este departamento.

Lea la sección titulada: “Efecto de la transferencia de bienes en la habilitación para Medicaid” para informarse sobre que tipo de traspasos le impiden recibir cobertura de Medicaid de los servicios indicados anteriormente.

Por que usted tiene el requisito de sobrante:

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

Vea la sección de cálculo de presupuesto para entender la manera en que calculamos el ingreso excesivo.

Esto significa que usted tendrá que someter mensualmente facturas médicas pagas e impagas, no cubiertas por un seguro médico, que igualen o sobrepasen la cantidad de su ingreso mensual excesivo para que le podamos pagar las facturas adicionales de atención médica de paciente externo, excepto los servicios indicados anteriormente. 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, excepto por los servicios citados arriba, 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” y el “Programa Opcional de Contribución de Pagos”.

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.

Si sometió recibos de facturas médicas pagadas para un reembolso, se le notificará por separado de nuestra decisión.

Esta decisión se basa en Reglamentación 18 NYCRR 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7, 360-4.8 y la Sección 366(5) de la Ley de Servicios Sociales.