

CNS Paragraph Form

Date: 04.13.2018

Program Area **03** (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number **Y0029**
Version Number **00002**
Effective Date **2018** (YYMMDD)
Title **Accept Limited Coverage Due to Transfer Indiv in
Community No Excess**
Comment
Reason Code **S69**

We have accepted your application dated _____ for Medicaid with limited coverage 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 the cost of the services listed above 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 that 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 the 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.

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 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 and Section 366(5) of the Social Services Law.

~\S

Hemos aceptado su solicitud de fecha _____ para Medicaid con cobertura limitada partir del _____ para:

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

Usted **no** habilita para recibir cobertura de Medicaid por los siguientes servicios hasta el _____:

- 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 para estos servicios porque usted o su conyuge traspasaron bienes por una cantidad inferior al valor de los mismos, según se indica a continuación:

Fecha	Bien	Valor	Cantidad recibida	Diferencia (valor no compensado)
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____	_____
10. _____	_____	_____	_____	_____

La manera que se determina el periodo limitado de cobertura?

Cuando usted o su conyuge hacen un traspaso de bienes por un valor inferior al valor actual de los mismos, usted no puede recibir Medicaid por los servicios indicados arriba por un periodo determinado. La manera en que determinamos los meses en los cuales usted no habilita para recibir dichos servicios es dividiendo el valor no compensado de los bienes traspasados por el monto promedio mensual de la tarifa regional de servicios de enfermeria de acuerdo a la region donde usted vive.

Total del valor no compensado (menos la excepciones de MA, si es pertinente)
\$ _____

Dividido por la tarifa mensual regional \$ _____

Numero de meses del periodo de cobertura limitada _____

El periodo de cobertura limitada para estos traspasos comienza del _____ al _____.

Usted tendra \$ _____ adicionales que tendra que contribuir para con los costos de los servicios indicados arriba para el mes de _____. Esto es adicional a toda contribucion de ingresos que se le requiera contribuir hacia los costos de cuidado durante ese mes.

Si actualmente usted no necesita los servicios indicados arriba, este periodo de cobertura limitada tendra que calcularse nuevamente cuando usted necesite dichos servicios. Por lo tanto, si en un futuro usted necesita estos servicios, le sugerimos notificar este departamento inmediatamente.

Favor de leer la seccion: "Explicacion del efecto de traspaso de bienes con relacion a la habilitacion para Medicaid" para informarse que tipo de traspasos le impiden recibir Medicaid para cubrir los servicios indicados arriba.

Favor de consultar la seccion que trata sobre el Umbral de Utilizacion que se encuentra en la seccion sobre Asistencia Medica en el folleto titulado "LDSS 4148B SP: Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales". En dicha seccion se le informa sobre limitacion de servicios. El LDSS 4148B se le entrego al momento de solicitar asistencia.

Si sometio recibos de facturas medicas pagadas para un reembolso directo, se le notificara por separado de nuestra decision.

Esta decision se basa en Reglamentacion 18 NYCRR 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 y Seccion 366(5) de la Ley de Servicios Sociales.

~\#