

**CNS Paragraph Form**

Date: 12.11.07

**Program Area**            **03**            (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**   **Y0035**  
**Version Number**        **00003**  
**Effective Date**         **2006**        (YYMMDD)  
**Title**                      **Accept Instit Individ Limited Coverage Due to Prohib**  
                                     **Transfer 1-Mo Exc Inc SD Met**  
**Comment**  
**Reason Code**            **S71**

We have accepted your application dated \_\_\_\_\_ for Medical Assistance with limited coverage and a spenddown requirement effective \_\_\_\_\_ for:

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

You are **not** eligible for Medical Assistance coverage of the following services until \_\_\_\_\_:

- Services provided in a nursing home, including hospice and managed long-term care, or intermediate care facility; or
- Nursing home care provided in a hospital

You are not eligible for Medical Assistance 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. \_\_\_\_\_

**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 Medical Assistance 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.

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

**Why you have a spenddown:**

Your net income (gross income less Medical Assistance deductions) of \$ \_\_\_\_\_ is over the allowable Medical Assistance 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.

Because you have shown us paid or unpaid medical expenses which are equal to or more than your monthly excess income amount, we will pay any additional outpatient covered medical expenses.

You can become eligible for Medical Assistance 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.

You are eligible to receive Medical Assistance coverage for other care and services not included in the facility's rate, e.g., eyeglasses, hearing aides, dentures and acute hospital care.

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

This decision is based on 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 Asistencia Medica con cobertura limitada y requisito de sobrante, a partir de \_\_\_\_\_ para:

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

Usted **no** habilita para recibir los siguientes servicios de Asistencia Medica hasta \_\_\_\_\_:

- Servicios provistos en un hogar de convalencia (*nursing home*), inclusive un centro de servicios paliativos y cuidados administrados de servicios y atencion medica a largo plazo, o centros de atencion medica intermedia; o
- Atencion medica tipo hogar de convalecencia (*nursing home*) proporcionada en un hospital

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

Fecha	Bien	Valor	Cantidad recibida	Diferencia (valor no compensado)
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____

5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_

**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 Asistencia Medica 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.

Lea la seccion titulada: "Efecto de la transferencia de bienes en la habilitacion para Asistencia Medica" para informarse sobre que tipo de traspasos le impiden recibir cobertura de Asistencia Medica por los servicios indicados anteriormente.

**Por que usted tiene el requisito de sobrante:**

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

Vea la seccion de calculo de presupuesto para entender la manera en que calculamos el ingreso excesivo.

Debido a que usted nos ha presentado facturas medicas pagas e impagas cuyo monto iguala o sobrepasa la cantidad mensual de sus ingresos excesivos, pagaremos todo gasto medico adicional por atencion de paciente externo.

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

Usted habilita para recibir cobertura de Asistencia Medica por servicios y atencion medica no incluidos en la tarifa institucional, tal como: espejuelos, dispositivos auditivos, dentaduras postizas y cuidados criticos.

Lea la secciones llamadas: "Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos" y el "Programa Opcional de Contribucion de Pagos".

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