

CNS Paragraph Form

Date: 05.11.06

Program Area 03 (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number X0035
Version Number 00003
Effective Date 2006 (YYMMDD)
Title **Accept Limited Coverage Due to Transfer Indiv in
Community 6-Mo Exc Inc SD Met**
Comment
Reason Code

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

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

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

- nursing facility services (residential health care facilities, residential treatment facilities or intermediate care facilities for the developmentally disabled)
- nursing facility services provided in a hospital
- home and community-based waiver services

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. _____
- 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 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.

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 Medical Assistance Eligibility" for an explanation of what types of transfers prevent you from receiving Medical Assistance coverage of the services listed above.

Why you have a spenddown requirement:

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 \$ _____. Your excess income amount for six months 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 not covered by insurance which are equal to or more than the total of your six-month excess income amount we will pay any additional covered medical expenses (inpatient and outpatient) except those services listed above for the period _____ to _____.

After _____, 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 except those services listed above. You may also pay your excess income amount to this agency for any month you need outpatient coverage.

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

Please review the Medical Assistance 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.

Use for all

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 Asistencia Medica 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 Asistencia Medica hasta _____:

- Servicios de enfermeria en centros de atencion medica (instalaciones residenciales de atencion medica, instalaciones residenciales de servicios de tratamiento o centro de atencion medica intermedia para el tratamiento de incapacidades evolutivas)
- Servicios de enfermeria provistos en un hospital

- Servicios de exención de base domiciliaria y comunitaria

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. ____	_____	_____	_____	_____
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 Asistencia Medica por los servicios indicados anteriormente 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, notifiquese lo inmediatamente a este departamento.

Lea la seccion titulada: "Efecto de la transferencia de bienes en la habilitación para Asistencia Médica" para informarse sobre que tipo de trasposos le impiden recibir cobertura de Asistencia Medica de 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 \$_____. La cantidad de su ingreso excesivo de seis meses 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 no cubiertas por un seguro medico y cuyo monto iguala o sobrepasa la cantidad de su ingreso excesivo de seis meses, pagaremos todo gasto medico adicional, comprendido dentro del plan por atencion de paciente interno o externo, durante el periodo de _____ a _____.

Despues del _____, tendra que someter mensualmente las facturas medicas pagas e impagas que igualen o sobrepasen la cantidad de su ingreso mensual excesivo de \$_____ para que le podamos pagar las facturas adicionales de atencion medica de paciente externo, excepto los servicios excluidos anteriormente. Tambien, puede pagar a esta agencia la cantidad del ingreso excesivo durante un dado mes en el que necesite cobertura de paciente externo.

Favor de consultar las secciones tituladas: "Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos", y el "Programa Opcional de Contribucion de Pagos".

Favor de consultar la informacion sobre el Umbral de Utilizacion de Asistencia Medica que aparece en el folleto, "LDSS-4148B -SP: Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales". Aqui encontrara informacion sobre limites en los

servicios. El folleto LDSS-4148B-SP se le entregó cuando usted solicitó los beneficios de asistencia.

Use for all

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.