

CNS Paragraph Form

Date: 5.7.2018

Program Area **03** (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number **X0034**
Version Number **00004**
Effective Date **2018** (YMMMDD)
Title **Accept Limited Coverage Due to Transfer Indiv in
Community Excess Resource SD Met**
Comment
Reason Code **S76**

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 _____.

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.

You will also have an additional \$ _____ that you will have to contribute for 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.

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 for all the services listed above.

Why you have a spenddown requirement:

Your countable resources of \$ _____ are over the allowable Medicaid resource limit of \$ _____. The amount over the limit is called excess resources or spenddown. Your excess resource amount is \$ _____.

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

Because you have shown us paid or unpaid medical expenses not covered by insurance which are equal to or more than your excess resource amount, for the period _____ to _____

_____. We will pay any additional covered medical expenses except those listed above for this period.

The determination of excess resources includes information received through computer matches with banking institutions. If you think the excess resource amount is incorrect, you must contact the agency immediately, but no later than 30 days from the date of this notice.

Please read the section "Explanation of the Excess Resource Program."

Please review the Medicaid Utilization Threshold information found in the Medicaid 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.

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 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 _____

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.

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: "Efectos de la transferencia de bienes en la habilitacion 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:

Sus recursos contables de \$ _____, sobrepasan el limite de recursos de \$ _____ fijado por Medicaid. El monto que excede el limite se llama recursos excesivos o sobrante. El monto de sus recursos excesivos es \$ _____.

Consulte la seccion de calculo de presupuesto para entender la manera en que calculamos el monto de sus recursos excesivos.

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 sus recursos excesivos, durante el periodo de _____ a _____. pagaremos todo gasto medico adicional, comprendido dentro del plan, durante ese periodo, excepto los servicios citados arriba.

La decisión sobre recursos en exceso incluye la información que se recibió a través de coincidencias informáticas con instituciones bancarias. Si considera que el monto de recursos en exceso es incorrecto, debe comunicarse con la agencia de inmediato, antes de pasados los 30 días desde la fecha de la presente notificación.

Favor de leer la seccion titulada "Explicacion del programa de recursos excesivos".

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 entrego cuando usted solicito los beneficios de asistencia.

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.

~\#