

CNS Paragraph Form

Date: 09.02.08

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	<b>(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)</b>
<b>Paragraph Number</b>	<b>Y0044</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00004</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2009</b>	<b>(YYMMDD)</b>
<b>Title</b>	<b>Accept Instit Individ Ancillary Only Fail to Provide Doc of Resources, 1-Mo Exc Inc SD Not Met</b>	
<b>Comment</b>		
<b>Reason Code</b>	<b>S83</b>	

We have accepted your Medicaid application dated \_\_\_\_\_ for ancillary services only with a spenddown requirement effective \_\_\_\_\_ for:

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

In order for us to determine your eligibility for nursing facility services, you must provide proof of your resources for the transfer of assets look-back period (up to 60 months). You failed to verify \_\_\_\_\_.

This means that you are not eligible to receive Medicaid coverage for the following nursing facility services:

- Nursing home care
- Nursing home care provided in a hospital
- Hospice in a nursing home
- Managed long-term care in a nursing home
- Intermediate care facility services

You are eligible to receive Medicaid coverage for other care and services not included in the facility's rate, e.g., eyeglasses, hearing aides, and dentures with a spenddown requirement.

Please read the section "Explanation of the Resource Documentation Requirements for Medicaid" for an explanation of the way you should document your resources in order to obtain nursing facility services.

**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 for 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 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."

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 360-2.3, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7, and 360-4.8 and Section 366-a(2) of the Social Services Law.

~S\

Hemos aceptado su solicitud de Medicaid de fecha \_\_\_\_\_, solamente para servicios auxiliares con requisito de sobrante, a partir de \_\_\_\_\_ para:

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

Para que podamos determinar si usted puede recibir servicios de enfermería, debe someter comprobante de sus recursos referente al traspaso de bienes de un periodo retroactivo (de hasta 60 meses). Usted no verifico lo siguiente

\_\_\_\_\_.

Esto significa que usted no habilita para recibir cobertura de Medicaid para los siguientes servicios de enfermería:

- Atención médica en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atención médica tipo hogar de convalecencia (nursing home) proporcionada en un hospital
- Cuidados paliativos en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atención médica administrada de tratamiento a largo plazo en un hogar de convalecencia (nursing home)

- Centro de servicios de atención médica intermedia

Usted habilita para recibir cobertura de Medicaid para servicios y atención médica no incluidos en la tarifa institucional, tales como: espejuelos, dispositivos auditivos y dentaduras postizas con requisito de sobrante.

Favor de leer la sección, “Explicación del requisito de documentación de recursos de Medicaid” para informarse de que manera debe comprobar sus recursos para recibir servicios de enfermería.

**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 Medicaid, fijado en \$\_\_\_\_\_. El monto que sobrepasa el límite se denomina ingreso excesivo o sobrante. La cantidad mensual de su ingreso excesivo es de \$\_\_\_\_\_.

Favor de consultar la sección referente al cálculo del presupuesto para ver como calculamos sus ingresos excesivos.

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 Medicaid para cubrir gastos de paciente interno y externo 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 tituladas: “Explicación del Programa de Ingresos Excesivos”, y el “Programa Opcional de Contribución de Pagos”.

Si sometió recibos de facturas médicas pagadas con el objeto de recibir un reembolso directo, se le notificará por separado de nuestra decisión.

Esta decisión se basa en Reglamentación 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7, y 360-4.8 y la Sección 366-a(2) de la Ley de Servicios Sociales.