

**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>Y0034</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00003</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2009</b>	<b>(YYMMDD)</b>
<b>Title</b>	<b>Accept Instit Individ Ancillary Only Due to Failure to Provide Documentation of Resources (No Excess Income)</b>	
<b>Comment</b>		
<b>Reason Code</b>	<b>S84</b>	

We have accepted your Medicaid application dated \_\_\_\_\_ for ancillary services only 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, dentures and acute hospital care.

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.

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 Section 366-a(2) of the Social Services Law.

~S\

Hemos aceptado su solicitud de Medicaid de fecha \_\_\_\_\_ para servicios auxiliares solamente a partir del \_\_\_\_\_ 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 medica en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atención medica tipo hogar de convalecencia (nursing home) proporcionada en un hospital
- Cuidados paliativos en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atención medica administrada de tratamiento a largo plazo en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Centro de servicios de atención medica intermedia

Usted habilita para recibir cobertura de Medicaid para otros servicios y atención medica no incluidos en la tarifa institucional, tales como: espejuelos, dispositivos auditivos, dentaduras postizas y cuidados criticos.

Favor de leer la seccion, "Explicacion del requisito de documentacion de recursos de Medicaid" para informarse de que manera debe comprobar sus recursos para recibir servicios de enfermería.

Si sometio recibos de facturas medicas pagadas con el objeto de recibir un reembolso directo, se le notificara por separado de nuestra decision.

Esta decision se basa en Reglamentacion 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 y la Seccion 366-a(2) de la Ley de Servicios Sociales.