

CNS Paragraph Form

Date: 07.01.10

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	X0021	
Version Number	00004	
Effective Date	2010	(YYMMDD)
Title	No Change In Excess Income Amount	
Comment		
Reason Code	U75	

We will continue Medicaid unchanged for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

You will continue to be eligible for Medicaid with a spenddown requirement.

This means that you will have to submit to your local social services office 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. You may also pay your excess income amount to your local social services office for any month you need outpatient coverage. If you need assistance finding your local social services office, please contact the Medicaid Help Line Office at: 1-877-678-3728.

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

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."

Choose One Of The Following:

Message 1
S0020 (Community Coverage: No LTC)

Message 2
S0021 (Community Coverage WITH Community-Based LTC)

Message 3
S0022 (Not Eligible for/No Longer Eligible for Long-Term Care)

Message 4
None of The Above

Use for All

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 and 360-4.8 and Section 366-a(2) of Social Services Law.

~\S

Continuaremos la cobertura de Medicaid sin cambios para:

Nombre	No. del I.D. del Cliente
Nombre	#
Nombre	#

Usted continuara recibiendo cobertura de Medicaid con requisito de sobrante.

Esto significa que usted tendra que someter, a su oficina local de servicios sociales, mensualmente facturas medicas pagas o impagas cuyo monto iguale o sobrepase la cantidad mensual de su ingreso excesivo de \$_____ para que podamos pagarle gastos adicionales de servicios de paciente externo cubiertos por el plan. Tambien, puede pagarle a su oficina local de servicios sociales la cantidad del ingreso excesivo durante un dado mes en el que necesite cobertura de paciente externo. Si necesita ayuda para localizar la oficina local de servicios sociales, comuniquese con la línea de ayuda de Medicaid al: 1-877-678-3728.

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

Usted puede recibir Medicaid 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.

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

Choose One Of The Following:

Message 1
S0020 (Community Coverage: No LTC)

Message 2

S0021 (Community Coverage WITH Community-Based LTC)

Message 3

S0022 (Not Eligible for/No Longer Eligible for Long-Term Care)

Message 4

None of the above

Use for All

Esta decision se basa en la Reglamentacion 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 y 360-4.8 y la Seccion 366-a(2) de la Ley de Servicios Sociales.