

**CNS Paragraph Form**

Date:

<b>Program Area</b>	<b>03</b> (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>U0051</b>
<b>Version Number</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>10.26.00</b>
<b>Title</b>	<b>Recalculation of Chronic Care (Individual), Same Income Contribution</b>
<b>Comment</b>	
<b>Reason Code</b>	<b>V45</b>

We have recalculated the contribution required toward the cost of care for:

Name            Client I.D. #

Effective \_\_\_\_\_, the monthly income contribution required toward the cost of care continues to be \_\_\_\_\_.

We will pay any additional covered medical costs.

Please read the following page to see how we figured the contribution toward the cost of care. Also attached is a budget page. Please look at the budget page to see how we figured your income.

This decision is based on Section 366 of the Social Services Law and Regulations 18 NYCRR 360-4.9 and 360-4.3(f).

**INCOME**

We figured your monthly income contribution as follows:

Total Monthly Income ..... \_\_\_\_\_

Deductions ..... - \_\_\_\_\_

Personal Needs Allowance ..... - \_\_\_\_\_

Dependent Household

Member(s) Allowance ..... - \_\_\_\_\_

Medical Expenses Used

to Reduce Income ..... - \_\_\_\_\_

Total Income

Contribution per Month ..... = \_\_\_\_\_

Payable to: \_\_\_\_\_

This recalculation has been made as a result of: \_\_\_\_\_

**IMPORTANT INFORMATION:** Your monthly income contribution is based on a projection of income expected to be received. Adjustments will be made if your

income or circumstances change.

~\S

Hemos vuelto a calcular la contribucion requerida hacia el costo de cuidado medico para:

Nombre No. de I.D. del Cliente

A partir de/del \_\_\_\_\_, la contribucion mensual de ingresos de la contribucion mensual de ingresos requerida hacia el costo de cuidado continua siendo \_\_\_\_\_.

Nosotros pagaremos cualquier gasto medico adicional cubierto.

Lea por favor la pagina siguiente para ver como se ha calculado la contribucion a sus gastos de salud. Tambien esta incluida una hoja de presupuesto. Por favor fijese en la pagina del presupuesto para ver como calculamos su ingreso.

Esta decision esta basada en la Seccion 366 de la Ley de Servicios Sociales y en las Regulaciones 18 NYCRR 360-4.9 y 360-4.3(f).

INGRESOS

Nosotros calculamos su contribucion mensual de ingresos de la siguiente manera:

Ingreso Mensual Total ..... \_\_\_\_\_

Descuentos ..... - \_\_\_\_\_

Asignacion para

Necesidades Personales ..... - \_\_\_\_\_

Asignacion para Miembro(s)

Dependientes del Hogar ..... - \_\_\_\_\_

Gastos Medicos Utilizados

para Reducir Ingresos ..... - \_\_\_\_\_

Ingreso Total

Contribucion al Mes ..... = \_\_\_\_\_

Pagadero a: \_\_\_\_\_

Este nuevo calculo se ha hecho como resultado de: \_\_\_\_\_

**INFORMACION IMPORTANTE:** Su contribucion mensual de ingresos esta basada en una proyeccion de ingresos que se espera recibir. Los ajustes se haran si su ingreso o circunstancias cambian.

