

CNS Paragraph Form

Date: 1.9.18

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	<b>(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)</b>
<b>Paragraph Number</b>	<b>U0024</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00003</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2018</b>	<b>(YYMMDD)</b>
<b>Title</b>	<b>Recalc of Contrib to Chronic Care (Spousal) Inc/Res</b>	
<b>Comment</b>		
<b>Reason Code</b>	<b>V46</b>	

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

Name Client I.D. #  
 Name #  
 Name #

Effective \_\_\_\_\_, we will change the monthly income contribution required toward the cost of care from \$\_\_\_\_\_ to \$\_\_\_\_\_.

In addition to the income contribution, \$\_\_\_\_\_ of excess resources must be contributed toward the cost of care for the month of \_\_\_\_\_.

We will pay any additional covered medical costs.

**INCOME**

We figured your monthly income contribution as follows:

Total Monthly Income	\$_____
Deductions	- _____
Personal Needs Allowance	- _____
Contribution to Community Spouse/ Family Member	- _____
Medical Expenses Used to Reduce Income	- _____
Remaining Available Monthly Income	= _____
Contribution from Spouse	+ _____
Total Income Contribution per Month	= \$_____
Payable to:	_____

**RESOURCES**

Resources must also be considered in calculating your eligibility.

Total Countable Resources	\$ _____
Medicaid Resource Limit	- _____
Excess Resources	= _____
Medical Bills Used to Reduce Excess Resources	- _____
Remaining Excess Resources	= \$ _____
Payable to:	_____

This recalculation has been made as a result of:

---



---



---

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.

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

Please look at the budget page to see how we figured your income and resources. If you want a further breakdown on how we figured your contribution toward the cost of care, please ask your worker for a copy of the Institutionalized Budget Worksheet.

This decision is based on Section 366 of the Social Services Law.

~\S

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

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

A partir de/del \_\_\_\_\_, nosotros cambiaremos la contribucion mensual de ingresos requerida hacia el costo de cuidado de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_.

Ademas de cualquier contribucion de ingresos, \$ \_\_\_\_\_ de recursos excesivos deben contribuirse hacia el costo de cuidado durante el mes de \_\_\_\_\_.

Nosotros pagaremos cualquier gasto medico adicional cubierto.

INGRESOS

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

Ingreso Mensual Total \$ \_\_\_\_\_ Descuentos - \_\_\_\_\_ Asignacion para Necesidades Personales - \_\_\_\_\_  
 Contribucion al Esposo(a) que Vive en la Comunidad o Fuera de una Institucion para Envejecientes/Miembro de la Familia - \_\_\_\_\_  
 Gastos Medicos Utilizados para Reducir Ingresos - \_\_\_\_\_  
 Resto del Ingreso Mensual Disponible = \_\_\_\_\_ Contribucion del Esposo(a) + \_\_\_\_\_  
 Ingreso Total  
 Contribucion al Mes.= \$ \_\_\_\_\_  
 Pagadero a: \_\_\_\_\_

RECURSOS

Tambien se deben considerar recursos al calcular su elegibilidad.

Total de Recursos Contables \$ \_\_\_\_\_ Nivel de Recursos de la Medicaid - \_\_\_\_\_  
 Recursos Excesivos = \_\_\_\_\_  
 Cuentas Medicas Utilizadas para Reducir Recursos Excesivos - \_\_\_\_\_ Recursos Excesivos Restantes = \$ \_\_\_\_\_  
 Pagadero a: \_\_\_\_\_

Este nuevo calculo se ha hecho como resultado de:

---



---



---

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.

**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.

Por favor fijese en la pagina del presupuesto para ver como calculamos su ingreso y recursos.

Si desea mas detalles en cuanto a como calculamos su contribucion hacia el costo de cuidado, por favor pidale a su trabajador(a) una copia que detalla el Presupuesto Institucional.

Esta decision esta basada en la Seccione 366 de la Ley de Servicios Sociales