

CNS Paragraph Form

Date: 09.28.17

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0026	
Version Number	00003	
Effective Date	2017	(YYMMDD)
Title	Recalc of Cont to Chronic Care Individ Inc/Res	
Comment		
Reason Code	V47	

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 towards 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	- _____
Dependent Household Member(s) Allowance	- _____
Medical Expenses Used to Reduce Income	- _____
Total Income Contribution per Mo	= \$_____

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 income contribution is based on a projection of income expected to be received. Adjustments will be made if your circumstances change.

Please look at the budget page to see how we figured your income and resources.

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 para 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 - _____ Subsidio para Miembros
Dependientes del
Hogar - _____ Gastos Medicos Utilizados para
Reducir Ingresos - _____
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 Asistencia Medica - _____ 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.

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