

**CNS Paragraph Form**

Date:

<b>Program Area</b>	<b>03</b> (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>U0046</b>
<b>Version Number</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>11.10.00</b>
<b>Title</b>	<b>Recalculation of Contribution to Chronic Care (Spouse), No Liability</b>
<b>Comment</b>	
<b>Reason Code</b>	<b>V48</b>

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

Name   Client I.D. #

Effective \_\_\_\_\_, there continues to be no income contribution required to be paid towards the cost of care.

We will pay all 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.

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 Spouse Budget Worksheet.

This decision is based on Section 366 of the Social Services Law and Regulations 18 NYCRR 360-4.9 and 360-4.10.

**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 ..... = \$0.00

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

**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.

~\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 \_\_\_\_\_, todavia no se requiere una contribucion de ingresos destinada al costo de cuidado medico.

Nosotros pagaremos todos los costos medicos cubiertos.

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.

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 de Hoja de Trabajo del Presupuesto que se refiere a su esposo(a) internado(a).

Esta decision esta basada en la Seccion 366 de la Ley de Servicios Sociales y en las Regulaciones 18 NYCRR 360-4.9 y 360-4.10.

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  
Disponibile ..... = \_\_\_\_\_  
Contribucion del Esposo(a) ..... + \_\_\_\_\_  
Ingreso Total  
Contribucion al Mes ..... = \$0.00

Este cambio se ha efectuado 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.