

CNS Paragraph Form

Date: 010.05.17

Program Area **03** **(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**
Paragraph Number **U0057**
Version Number **00004**
Effective Date **2017** **(YYMMDD)**
Title **Recalc Contr to Chronic Indiv Res Contr, Inc Contr Same**
Comment
Reason Code **V50**

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

Name Client I.D. #
Name #
Name #

Effective _____,\$_____ of excess resources must be contributed toward the cost of care for the month of _____. The monthly income contribution required toward the cost of care continues to be \$_____. We will pay any additional covered medical costs.

RESOURCES

We figured your excess resource amount as follows:

Total Countable Resources \$ _____
Medicaid Resource Limit - _____
Excess Resources = _____

Medical Bills Used to Reduce
Excess Resources - _____
Remaining Excess Resources = \$ _____

Payable to: _____

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.

INCOME

Income must also be considered in calculating your eligibility.

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: _____

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.

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 _____, \$ _____ de recursos excesivos deben contribuirse hacia el costo de cuidado para el mes de _____. La contribucion mensual de ingresos requerida hacia el costo de cuidado continua siendo \$ _____.
Nosotros pagaremos cualquier gasto medico adicional cubierto.

RECURSOS

Nosotros calculamos su recursos excesivos de la siguiente manera:

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: _____

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.
INGRESOS

Tambien se deben considerar ingresos al calcular su elegibilidad.

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 cambien.

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

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