

CNS Paragraph Form

Date: 01.24.18

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0058	
Version Number	00003	
Effective Date	2018	(YYMMDD)
Title	Recalc of Cont Chronic Care Spous Res Only No Inc Chng	
Comment		
Reason Code	V51	

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	- _____
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: _____

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. 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 and Regulations 18 NYCRR 360-4.9 and 360-4.10.

~\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 Medicaid	-	_____
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	-	_____
Contribucion al Espos(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 Espos(a)	+	_____
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.

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