

**CNS Paragraph Form**

Date:

<b>Program Area</b>	<b>03</b> (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>U0041</b>
<b>Version Number</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>11.16.00</b>
<b>Title</b>	<b>Intent to Establish Liability Toward Chronic Care (Spouse) Excess Income Only</b>
<b>Comment</b>	
<b>Reason Code</b>	<b>V53</b>

The following person who is residing in a medical institution has been approved for Medical Assistance coverage of institutional services effective \_\_\_\_\_:

Name Client I.D. #

We have calculated a monthly income contribution of \_\_\_\_\_ to be paid toward the cost of care from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ to be paid toward the cost of care effective \_\_\_\_\_.

We will pay any additional 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 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 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(s) as follows:

**From** \_\_\_\_\_ **To** \_\_\_\_\_ **Effective** \_\_\_\_\_

**(Month of Institutionalization) (Chronic Care)**

Total Monthly Income ... _____	Total Monthly Income .... _____
Deductions ..... - _____	Deductions ..... - _____
Medical Assistance	Personal Needs
Income Level ..... - _____	Allowance ..... - _____
Contribution to	Contribution to
Community Spouse/	Community Spouse/

Family Member ..... - \_\_\_\_\_ Family Member ..... - \_\_\_\_\_  
 Medical Expenses Used            Medical Expenses Used  
 to Reduce Income ..... - \_\_\_\_\_ to Reduce Income ..... - \_\_\_\_\_

Remaining Available                    Remaining Available  
 Monthly Income ..... = \_\_\_\_\_ Monthly Income ..... = \_\_\_\_\_  
 Contribution from                    Contribution from  
 Spouse ..... + \_\_\_\_\_ Spouse ..... + \_\_\_\_\_  
 Total Income Total Income  
 Contribution per Mo. ... = \_\_\_\_\_ Contribution per Mo. .... = \_\_\_\_\_  
 Payable to:                            Payable to:  
 Payable to:            Payable to:

**RESOURCES**

Resources must also be considered in calculating your eligibility.

Total Combined Countable Resources ..... \_\_\_\_\_  
 Resources Attributed to the Community Spouse ..... - \_\_\_\_\_  
 Resources Attributed to the Institutionalized Spouse ... = \_\_\_\_\_  
 Medical Assistance Resource Level ..... - \_\_\_\_\_  
 Excess Resources ..... = \_\_\_\_\_  
 Medical Bills Used to Reduce Excess Resources ..... - \_\_\_\_\_  
 Remaining Excess Resources ..... = \$0.00

**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.

~\S

La siguiente persona que esta residiendo en una institucion medica ha sido aprobada para la cobertura de servicios institucionales por la Asistencia Medica a partir de/del \V1\.

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

Hemos calculado una contribucion mensual de ingresos de \_\_\_\_\_ destinada a pagar el costo del cuidado de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ destinada a pagar el costo del cuidado a partir de/del \_\_\_\_\_.

Nosotros pagaremos cualquier gasto medico adicional cubierto.

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 y recursos.

Si desea mas detalles sobre 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(s) mensual de ingresos de la siguiente manera:

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

### RECURSOS

Los recursos tambien deben considerarse al calcular su elegibilidad.

Recursos Contables Combinados Totales ..... \_\_\_\_  
Recursos Atribuidos al Esposo(a) que  
Vive en la Comunidad o Fuera de una Institucion ..... - \_\_\_\_  
Recursos Atribuidos al Esposo(a) en una Institucion .... = \_\_\_\_  
Nivel de Recursos de la Asistencia Medica ..... - \_\_\_\_  
Recursos Excesivos ..... = \_\_\_\_  
Cuentas Medicas Utilizadas  
para Reducir Recursos Excesivos ..... - \_\_\_\_

Recursos Excesivos Restantes ..... = \$0.00

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.