

CNS Paragraph Form

Date: 1.22.18

**Program Area**            **03**            (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**   **U0023**  
**Version Number**        **00004**  
**Effective Date**         **2018**        (YYMMDD)  
**Title**                      **Intent to Estab Liab Chronic Care (Spouse) Inc/Ex Res**  
**Comment**  
**Reason Code**            **V54**

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

Name Client I.D. #  
Name #  
Name #

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 \_\_\_\_\_.

In addition to the income contribution, \$\_\_\_\_\_ of excess resources must be contributed toward the cost of care for the month of \_\_\_\_\_.

We will pay any additional covered medical costs.

**INCOME**

We figured your monthly income contribution(s) as follows:

From _____ To _____ (Month of Institutionalization)	Effective _____ (Chronic Care)		
Total Monthly Income	\$ _____	Total Monthly Income	\$ _____
Deductions	- _____	Deductions	- _____
Medicaid Income Limit	- _____	Personal Needs Allowance	- _____
Contribution to Community		Contribution to Community	
Spouse/Family Member	- _____	Spouse/ Family Member	- _____
Medical Expenses Used		Medical Expenses Used	
to Reduce Income	- _____	to Reduce Income	- _____
Remaining Available		Remaining Available	
Monthly Income	= _____	Monthly Income	= _____

Contribution From Spouse + \_\_\_\_\_  
 Total Income Contribution \_\_\_\_\_  
 Per Month = \_\_\_\_\_  
 Payable to: \_\_\_\_\_

Contribution From Spouse + \_\_\_\_\_  
 Total Income Contribution \_\_\_\_\_  
 Per Month = \_\_\_\_\_  
 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	=\$ _____
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.

**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

La siguiente persona que esta residiendo en una institucion medica ha sido aprobada para la cobertura de servicios institucionales por la Medicaid a partir de/del \_\_\_\_\_:

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

Hemos calculado su 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 \_\_\_\_\_.

Ademas de cualquier contribucion de ingresos, los \$ \_\_\_\_\_ de recursos excesivos deben contribuirse hacia el costo del cuidado medico para el mes de \_\_\_\_\_.

Nosotros pagaremos cualquier gasto medico adicional cubierto.

**INGRESOS**

Nosotros calculamos su contribucion(s) mensual de ingresos de la siguiente manera:

Desde _____ Hasta _____ (Mes de Institucionalizacion)	A partir de/del _____ (Cuidado Cronico)
Ingreso Mensual Total \$ _____	Ingreso Mensual Total \$ _____
Descuentos - _____	Descuentos - _____
Nivel de Ingreso de la Medicaid _____	Asignacion para Necesidades Personales - _____
Contribucion al Esposo(a) que Vive en la Comunidad o Fuera de una Institucion para Envejecientes/ Miembro de la Familia - _____	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 - _____	Gastos Medicos Utilizados para Reducir Ingresos - _____
Resto del Ingreso Mensual Disponible = _____	Resto del Ingreso Mensual Disponible = _____
Contribucion del Esposo(a) + _____	Contribucion del Esposo(a) + _____
Ingreso Total	Ingreso Total
Contribucion al Mes. =\$ _____	Contribucion al Mes. =\$ _____
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 Medicaid	- _____
Recursos Excesivos	= \$ _____
Cuentas Medicas Utilizadas	
para Reducir Recursos Excesivos	- _____
Recursos Excesivos Restantes	= \$ _____
Pagador 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.

**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 sobre como calculamos su contribucion hacia el costo de cuidado, por favor pidale a su trabajador(a) una copia de la pagina 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.

~\#