

CNS Paragraph Form

Date: 12.01.17

**Program Area**            **03**            (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**   **U0040**  
**Version Number**        **00005**  
**Effective Date**         **2018**     (YYMMDD)  
**Title**                      **Intent to Estab Liab Chronic Care Individ Inc/Res**  
**Comment**  
**Reason Code**            **V55**

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-	_____
Dependent Household		Dependent Household	
Member(s) Allowance	- _____	Member(s) Allowance	- _____
Medical Expenses Used		Medical Expenses Used	
to Reduce Income	- _____	to Reduce Income	- _____
Total Income Contribution		Total Income Contribution	
per Mo	= \$ _____	per Mo	= \$ _____

Payable to: \_\_\_\_\_ Payable to: \_\_\_\_\_

**RESOURCES**

Resources must also be considered in calculating your eligibility.

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.

**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 la 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, \$ \_\_\_\_\_ de recursos excesivos deben contribuirse hacia el costo de cuidado durante 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 _____	A partir de/del _____	
(Mes de Institucionalizacion)		(Cuidado Cronico)	
Ingreso Mensual Total	\$ _____	Ingreso Mensual Total	\$ _____
Descuentos	- _____	Descuentos	- _____
Medicaid		Asignacion de Necesidades	
Nivel de Ingreso	- _____	Personales	- _____
Asignacion para Miembros		Asignacion para Miembros	
Dependientes del Hogar	- _____	Dependientes del Hogar	- _____
Gastos Medicos Utilizados		Gastos Medicos Utilizados	
para Reducir Ingresos	- _____	para Reducir Ingresos	- _____
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 Totales	\$ _____
Nivel de Recursos de Medicaid	- _____
Recursos Excesivos	=\$ _____
Cuentas Medicas Utilizadas	
para Reducir Recursos Excesivos	- _____
Recursos Excesivos Restantes	=\$ _____
Pagadero a:	_____

La decisi3n sobre recursos en exceso incluye la informaci3n que se recibió a trav3s de coincidencias inform3ticas 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 notificaci3n.

**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.

~\#