

CNS Paragraph Form

Date: 12.01.17

**Program Area**            **03**            (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**   **U0033**  
**Version Number**        **00004**  
**Effective Date**         **2018**        (YYMMDD)  
**Title**                     **Intent to Estab Liabil Chronic Care Waiver Rec Inc/Res**  
**Comment**  
**Reason Code**           **V56**

The following person who is receiving home and community-based waiver services has been approved for Medicaid coverage 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)  
Total Monthly Income \$ \_\_\_\_\_  
Deductions - \_\_\_\_\_  
Medicaid Income  
Level - \_\_\_\_\_  
Contribution to  
Community Spouse/  
Family Member - \_\_\_\_\_  
Medical Expenses Used  
to Reduce Income - \_\_\_\_\_  
Remaining Available  
Monthly Income = \_\_\_\_\_  
Contribution from  
Spouse + \_\_\_\_\_

Effective \_\_\_\_\_  
(Chronic Care)  
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 Mo.= \$ \_\_\_\_\_  
Payable to: \_\_\_\_\_

Total Income  
Contribution per Mo.= \$ \_\_\_\_\_  
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 recibiendo servicios renunciados provistos en el hogar y basados en la comunidad ha sido aprobada para la cobertura de 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, 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 _____	A partir de/del _____	
(Mes de Institucionalizacion)		(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	= \$ _____
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.

**INFORMACION IMPORTANTE: Su contribucion mensual de ingresos esta basada en una proyeccion de ingreso 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.

~\#