

**CNS Paragraph Form**

Date: 11.10.00

<b>Program Area</b>	<b>03</b> (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>U0052</b>
<b>Version Number</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2000</b>
<b>Title</b>	<b>Intent to Establish Liability Toward Chronic Care (Waiver Recipient) Income Contribution</b>
<b>Comment</b>	
<b>Reason Code</b>	<b>V57</b>

The following person who is receiving home and community-based waiver services has been approved for Medical Assistance coverage 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  
Community Spouse/  
Family Member ..... - \_\_\_\_\_  
Medical Expenses Used  
to Reduce Income ..... - \_\_\_\_\_

Contribution to  
Community Spouse/  
Family Member ..... - \_\_\_\_\_  
Medical Expenses Used  
to Reduce Income ..... - \_\_\_\_\_

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

Remaining Available  
Monthly Income ..... = \_\_\_\_\_  
Contribution from  
Spouse ..... + \_\_\_\_\_  
Contribution per Mo. ... = \_\_\_\_\_

### 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 recibiendo servicios renunciados provistos en el hogar y basados en la comunidad ha sido aprobada para la cobertura de la Asistencia Medica a partir de/del \_\_\_\_\_:

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 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	
Disponibile .....	= _____	Disponibile .....	= _____
Contribucion del		Contribucion del	
Esposo(a) .....	+ _____	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 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 ingreso que se espera recibir. Los ajustes se haran si su ingreso o circunstancias cambian.