

CNS Paragraph Form

Date: 12.01.17

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0053	
Version Number	00004	
Effective Date	2018	(YYMMDD)
Title	Intent to Estab Liab Chronic Care Waiver Resource Contrib	
Comment		
Reason Code	V58	

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 that \$_____ of excess resources must be contributed toward the cost of care for the month of _____.

There is no income contribution required to be paid toward the cost of care.

We will pay any additional covered medical costs.

RESOURCES

We figured your excess resource amount as follows:

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.

INCOME

Income must also be considered in calculating your eligibility.

From _____ To _____	Effective _____
(Month of Institutionalization)	(Chronic Care)
Total Monthly Income \$ _____	Total Monthly Income \$ _____
Deductions - _____	Deductions - _____
Medicaid Income Level - _____	Personal Needs Allowance - _____
Contribution to Community Spouse/ Family Member - _____	Contribution to Community Spouse/Family Member - _____
Medical Expenses Used to Reduce Income - _____	Medical Expenses Used to Reduce Income - _____
Remaining Available Monthly Income = _____	Remaining Available Monthly Income = _____
Contribution from Spouse + _____	Contribution from Spouse + _____
Total Income Contribution per Mo.= \$00.00	Total Income Contribution per Mo.= \$00.00

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.

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 que \$ _____ de recursos excesivos deben contribuirse deben contribuirse al costo de cuidado para el meses de _____.

No se requiere una contribucion de ingresos destinada al costo de cuidada medica.

Nosotros pagaremos cualquier gasto medico adicional cubierto.

RECURSOS

Nosotros calculamos su recursos excesivos de la siguiente manera:

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.

INGRESOS

Los ingresos tambien deben considerarse al calcular su elegibilidad.

Desde _____ Hasta _____ (Mes de Institucionalizacion)	Desde _____ (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 Disponibile = _____	Resto del Ingreso Mensual Disponibile = _____
Contribucion del Esposo(a) + _____	Contribucion del Esposo(a) + _____
Ingreso Total	Ingreso Total

Contribucion al Mes =\$0.00

Contribucion al Mes =\$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.

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 Servicios Sociales y en las Regulaciones 18 NYCRR 360-4.9 y 360-4.10.

~\#