

**CNS Paragraph Form**

Date: 11.16.00

<b>Program Area</b>	<b>03</b> (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>U0054</b>
<b>Version Number</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2000</b>
<b>Title</b>	<b>Intent to Establish Liability Toward Chronic Care (Waiver) No Liability</b>
<b>Comment</b>	
<b>Reason Code</b>	<b>V59</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 that there is no income contribution required to be paid toward the cost of care.

We will pay all 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 ... \_\_\_\_\_  
Deductions ..... - \_\_\_\_\_  
Medical Assistance  
Income Level ..... - \_\_\_\_\_  
Contribution to  
Community Spouse/  
Family Member ..... - \_\_\_\_\_

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. ... = \$0.00

Medical Expenses Used  
to Reduce Income ..... - \_\_\_\_\_  
Remaining Available  
Monthly Income ..... = \_\_\_\_\_  
Contribution from  
Spouse ..... + \_\_\_\_\_  
Total Income  
Contribution per Mo. ... = \$0.00

### 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 de que no se requiere una contribucion de ingresos destinada al costo de cuidado medico.

Nosotros pagaremos todos los costos medicos cubiertos.

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 en cuanto a 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 de 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) 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 Mensal Disponible ..... = _____	Resto del Ingreso Mensal Disponible ..... = _____
Contribucion del Esposo(a) ..... + _____	Contribucion del Esposo(a) ..... + _____
Ingreso Total Ingreso Total	Ingreso Total Ingreso Total
Contribucion al Mes .... = \$0.00	Contribucion al Mes ..... = \$0.00

### 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 ingresos que se espera recibir. Los ajustes se haran si su ingreso o circunstancias cambian.