

CNS Paragraph Form

Date: 10.26.00

| | |
|-------------------------|--|
| Program Area | 03 (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP) |
| Paragraph Number | U0047 |
| Version Number | |
| Effective Date | 2000 |
| Title | Intent to Establish Liability Toward Chronic Care (Individual) No Liability |
| Comment | |
| Reason Code | V60 |

The following person who is residing in a medical institution has been approved for Medical Assistance coverage of institutional services 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.

This decision is based on Section 366 of the Social Services Law and Regulations 18 NYCRR 360-4.9 and 360-4.3(f).

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 | - _____ |
| Dependent Household | |
| Member(s) Allowance ...- | _____ |
| Medical Expenses Used | |
| to Reduce Income | - _____ |

| | |
|--------------------------|---------|
| Total Monthly Income ... | _____ |
| Deductions | - _____ |
| Personal Needs | |
| Allowance | - _____ |
| Dependent Household | |
| Member(s) Allowance ...- | _____ |
| Medical Expenses Used | |
| to Reduce Income | - _____ |

Total Income

Total Income

Contribution per Mo. ..= \$0.00

Contribution per Mo. ... = \$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 residiendo en una institucion medica ha sido aprobada para la cobertura de servicios institucionales por 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 pageremos 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.

Esta decision esta basada en la Seccion 366 de la Ley de Servicios Sociales y en las Regulaciones 18 NYCRR 360-4.9 y 360-4.3(f).

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 .. | _____ |
| Descuentos | - _____ |
| Asistencia Medica/ Nivel de Ingreso | - _____ |
| Asignacion para Miembros Dependientes del Hogar . | - _____ |
| Gastos Medicos Utilizados para Reducir Ingreso ... | - _____ |
| Ingreso Total | |
| Contribucion al Mes | = \$0.00 |

| | |
|--|----------|
| Ingreso Mensual Total ... | _____ |
| Descuentos | - _____ |
| Asignacion para Necesidades Personales .. | - _____ |
| Asignacion para Miembros Dependientes del Hogar .. | - _____ |
| Gastos Medicos Utilizados para Reducir Ingresos ... | - _____ |
| Ingreso Total | |
| Contribucion al Mes | = \$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.