

CNS Paragraph Form

Date: 01.11.2018

Program Area **03** (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number **U0055**
Version Number **00004**
Effective Date **2018** (YYMMDD)
Title **Intent to Estab Liab To Chronic Care Spous Res Contrib**
Comment
Reason Code **V62**

The following person who is residing in a medical institution has been approved for Medicaid coverage of institutional services 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		Personal Needs
Level - _____		Allowance - _____
Contribution to		Contribution to
Community Spouse/		Community Spouse/
Family Member - _____		Family Member - _____
Medical Expenses Used		Medical Expenses Used
to Reduce Income - _____		to Reduce Income - _____
Remaining Available		Remaining Available
Monthly Income = _____		Monthly Income = _____
Contribution from		Contribution from
Spouse + _____		Spouse + _____
Total Income		Total Income
Contribution per Mo.=\$00.00		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 residiendo en una institucion medica ha sido aprobada para la cobertura de servicios institucionales por la Medicaid a partir de/del _____:

Nombre	No. de I.D. del Cliente
Nombre	#
Nombre	#

Hemos calculado que \$ _____ de los recursos excesivos deben ser contribuidos hacia el costo de la atención para el mes de _____.

No se requiere una contribución de ingresos destinada al costo de cuidado médico.

Nosotros pagaremos cualquier gasto médico 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 también deben considerarse al calcular su elegibilidad.

Desde _____ Hasta _____ (Mes de Institucionalización)	A partir de/del _____ (Cuidado Crónico)
Ingreso Mensual Total \$ _____	Ingreso Mensual Total \$ _____
Descuentos - _____	Descuentos - _____
Nivel de Ingreso de la Medicaid - _____	Asignación para Necesidades Personales - _____
Contribución al Esposo(a) que Vive en la Comunidad o Fuera de una Institucion para Envejecientes/ Miembro de la Familia- _____	Contribución 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	Resto del Ingreso Mensual

Disponible = _____
Contribucion del
Esposo(a) + _____
Ingreso Total _____
Contribucion al Mes.=\$00.00

Disponible = _____
Contribucion del
Esposo(a) + _____
Ingreso Total _____
Contribucion al Mes. =\$00.00

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.

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.

~\#