

CNS Paragraph Form

Date: 12.01.17

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0056	
Version Number	00005	
Effective Date	2018	(YYMMDD)
Title	Intent to Estab Liab To Chronic Care Indiv Res Contr	
Comment		
Reason Code	V63	

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 Countable Resources	\$ _____
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 _____ (Month of Institutionalization)	Effective _____ (Chronic Care)
Total Monthly Income \$ _____	Total Monthly Income \$ _____
Deductions - _____	Deductions - _____
Medicaid Income Level - _____	Personal Needs Allowance - _____
Dependent Household Member(s) Allowance- _____	Dependent Household Member(s) Allowance- _____
Medical Expenses Used to Reduce Income - _____	Medical Expenses Used to Reduce Income - _____
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 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.

~\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 recursos excesivos deben contribuirse al costo de cuidado para el mes de _____.

No se requiere una contribucion de ingresos destinada al costo de cuidado medico.

Nosotros pagaremos cualquier gasto medico adicional cubierto.

RECURSOS

Nosotros calculamos su recursos excesivos de la siguiente manera:

Recursos Contables Totales \$ _____
Nivel de Recursos
de 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

Tambien se deben considerar ingresos al calcular su elegibilidad.

Desde _____ Hasta _____ (Mes de Institucionalizacion)	A partir de/del _____ (Cuidado Cronico)
Ingreso Mensual Total \$ _____	Ingreso Mensual Total \$ _____
Descuentos - _____ Medicaid/	Descuentos - _____ Asignacion de Necesidades
Nivel de Ingreso - _____ Asignacion para Miembros	Personales - _____ Asignacion para Miembros
Dependientes del Hogar - _____ Gastos Medicos Utilizados	Dependientes del Hogar - _____ Gastos Medicos Utilizados
para Reducir Ingreso - _____ Ingreso Total	para Reducir Ingresos - _____ 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 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 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.

~\#