

CNS Paragraph Form

Date: 11.27.00

Program Area	03 (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0086
Version Number	
Effective Date	2000
Title	Intent to Establish Liability Toward Chronic Care (Spouse) Income Contribution, Not Month 1 of Institutionalization
Comment	
Reason Code	V65

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 a monthly income contribution of _____ to be paid toward the cost of care effective _____.

We will pay any additional 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 as follows:

Effective _____
(Chronic Care)

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 Month = _____
 Payable to: _____

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 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 una contribucion mensual de ingresos de _____ destinada a pagar el costo del cuidado a partir de/del _____.

Nosotros pagaremos cualquier gasto medico adicional cubierto.

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

INGRESOS

Nosotros calculamos su contribucion mensual de ingresos de la siguiente manera:

A partir de/del _____
(Cuidado Cronico)

Ingreso Mensual Total	_____
Descuentos	- _____
Asignacion para Necesidades Personales	- _____
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	- _____
Resto del Ingreso Mensual Disponibile	= _____
Contribucion del Esposo(a)	+ _____
Ingreso Total Contribucion al Mes	= _____
Pagadero a: _____	

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.