

CNS Paragraph Form

Date: 1.9.18

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0087	
Version Number	00003	
Effective Date	2018	(YYMMDD)
Title	Intent to Establish Liability Toward Chronic Care (Spouse) Income/Resources Contribution, Not Month 1 of Institutionalization	
Comment		
Reason Code	V66	

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 a monthly income contribution of \$_____ to be paid toward the cost of care effective _____. In addition to the income contribution, _____ of excess resources must be contributed toward the cost of care for the month of _____.

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	= \$ _____
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.

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.

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

Ademas de cualquier contribucion de ingresos, los \$ _____ de recursos excesivos deben contribuirse hacia el costo del cuidado medico para el mes de _____.

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 Disponible		= _____
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 Medicaid		- _____
Recursos Excesivos		=\$ _____

Cuentas Medicas Utilizadas para Reducir Recursos

Excesivos

- _____

Recursos Excesivos Restantes

= \$ _____

Pagador 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.

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.

Esta decision esta basada en la Seccione 366 de la Ley de Servicios Sociales

~\