

CNS Paragraph Form

Date: 11.20.17

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0088	
Version Number	00003	
Effective Date	2017	(YYMMDD)
Title	Intent to Establish Liability Toward Chronic Care Individual, Income/Resource Contribution, Not Month 1 of Institutionalization	
Comment		
Reason Code	V67	

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.

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 as follows:

Effective_____	
(Chronic Care)	
Total Monthly Income	\$ _____
Deductions	- _____
Personal Needs Allowance	- _____
Dependent Household Member(s) Allowance	- _____
Medical Expenses Used to Reduce Income	- _____
Total Income Contribution per Month	= \$ _____
Payable to: _____	

RESOURCES

Resources must also be considered in calculating your eligibility.

Total Countable Resources	\$ _____
Medicaid Resource Level	- _____
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 la contribucion mensual de ingresos de \$ _____ destinada a pagar el costo del cuidado a partir de/del _____. Ademias de cualquier contribucion de ingresos, \$_____ de recursos excesivos deben contribuirse hacia el costo de cuidado durante 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.

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 mensual de ingresos de la siguiente manera:

A partir de/del _____
(Cuidado Cronico)
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. =\$ _____
Pagadero a: _____

RECURSOS

Los recursos tambien deben considerarse al calcular su elegibilidad.

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.

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.

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.

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

~\#