

**CNS Paragraph Form**

Date: 11.27.00

<b>Program Area</b>	<b>03</b> (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>U0090</b>
<b>Version Number</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2000</b>
<b>Title</b>	<b>Intent to Establish Liability Toward Chronic Care (Waiver) Income Contribution, Not Month 1 of Institution</b>
<b>Comment</b>	
<b>Reason Code</b>	<b>V69</b>

The following person who is receiving home and community-based waiver services has been approved for Medical Assistance coverage 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:

<b>Effective</b> _____	
<b>(Chronic Care)</b>	
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 recibiendo servicios renunciados provistos en el hogar y basados en la comunidad ha sido aprobada para la cobertura de 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 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 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.