

CNS Paragraph Form

Date: 01.17.18

**Program Area**            **03**            (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**   **U0096**  
**Version Number**        **00003**  
**Effective Date**         **2018**        (YYMMDD)  
**Title**                     **Intent to Establish Liability Toward Chronic Care  
Individual, Resource Contribution, Not Month 1 of  
Institution**  
**Comment**  
**Reason Code**            **V75**

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:

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                                = \$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.**

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 la 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.

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 Ingreso - \_\_\_\_\_  
Ingreso Total  
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 de Servicios Sociales y en las Regulaciones 18 NYCRR 360-4.9 y 360-4.10.

~\#