

CNS Paragraph Form

Date: 1.17.18

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	D0036	
Version Number	00003	
Effective Date	2018	(YYMMDD)
Title	Deny MA Exc Res Spousal Impov Institutionalized Spouse	
Comment		
Reason Code	X13	

We have denied your application for Medicaid dated _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because you and your spouse (husband/wife) have countable resources which are over the resource limits.

You and your spouse's total countable resources are	\$ _____
Your spouse who lives at home is allowed to keep	\$ _____
The difference, which is the amount available to you is	\$ _____
The allowable resource limit is	\$ _____
You are over the resource limit by	\$ _____

You also do not have medical bills that are equal to or more than (\$The amount over the resource standard).

An applicant is ineligible for Medicaid if his or her resources are over the resource limit unless there are incurred medical bills that are equal to or greater than the amount over the resource limit.

If you incur medical bills in the amount of your excess resources or if the amount of your resources goes down, you may reapply.

Please read the "Explanation of the Excess Resources Program" Section.

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.

This decision is based on Section 366 of the Social Services Law and Regulations 18 NYCRR 360-4.9 and 360-4.10.

~\S

Nosotros hemos rechazado su solicitud de la Medicaid fechada el _____ para:

Nombre	No. del I.D. del Cliente
Nombre	#
Nombre	#

Esto se debe a que usted y su conyuge (esposo/esposa) tienen recursos contables superiores a los límites de recursos.

Los recursos contables totales de usted y su conyuge son	\$ _____
Su conyuge que vive en su casa puede guardar	\$ _____
La diferencia, es decir la cantidad disponible para usted es	\$ _____
El límite de recursos permisibles es de	\$ _____
Usted se encuentra sobre el límite permitido por	\$ _____

Así mismo, usted no tiene cuentas médicas que sean iguales a o mayores que (\$La cantidad sobre el estándar de recursos).

Un solicitante no es elegible para la Medicaid si los recursos de él o ella exceden el límite de recursos a menos que se haya incurrido en cuentas médicas que igualan o exceden a la cantidad que está por encima del límite de recursos.

Si usted incurre en cuentas médicas que igualan a la cantidad de sus recursos excesivos, usted puede volver a solicitar.

Por favor lea la Sección de "Explicación del Programa de Recursos Excesivos".

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.

Esta decisión está basada en la Sección 366 de la Ley de Servicios Sociales y en las Regulaciones 18 NYCRR 360-4.9 y 360-4.10.

~\#