

CNS Paragraph Form

Date: 11.20.2020

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	Y0037	
Version Number	00006	
Effective Date	2020	
Title	CC no LTC, HE Int Exc Lmt, No Undue Hardship, 1mo SD met	
Comment	Include: E0002, E0010, E0012	
Reason Code	S91	

We have accepted your application dated _____ for Medicaid for community coverage without Long-Term Care with a spenddown requirement effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

You are not eligible for Medicaid coverage of the following long-term care services:

- Nursing home care
- Nursing home care provided in a hospital
- Hospice in a nursing home
- Managed long-term care in a nursing home
- Adult day health care
- Assisted living program
- Certified home health care, other than short-term rehabilitation
- Hospice in the community
- Managed long-term care in the community
- Personal care services
- Personal emergency response services
- Limited licensed home care
- Private duty nursing
- Consumer directed personal assistance program
- Waiver and other services provided through a home and community-based waiver program

You are not eligible for Medicaid coverage of these services because we have determined that your home equity interest exceeds the home equity limit of \$906,000 and we have decided that an undue hardship does not exist.

What is undue hardship?

Undue hardship means a situation where denial of Medicaid coverage would deprive you:

1. of medical care such that your health or life would be endangered; or
2. of food, clothing, shelter, or other necessities of life; and
3. there is a legal impediment that prevents you from being able to access your interest in the property.

How is the equity interest determined?

The home equity interest is calculated by subtracting any encumbrances (liens, mortgages, etc.) from the fair market value of the home. If the home is owned jointly by two or more individuals, each owner is presumed to have an equal interest in the property, unless evidence exists to prove otherwise.

Why you have a spenddown:

Your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the allowable Medicaid income limit of \$_____. The amount over the limit is called excess income or spenddown. Your monthly excess income amount is \$_____.

Please look at the budget calculation section to see how we figured your excess income.

Because you have shown us paid or unpaid medical expenses which are equal to or more than your monthly excess income amount for the period _____ to _____, we will pay any additional outpatient covered medical expenses except those services listed above for this period.

After _____, you will have to submit paid or unpaid medical expenses each month that are equal to or more than your monthly excess income amount of \$_____ in order to be eligible for payment of any additional covered outpatient expenses. You may also pay your excess income amount to this agency for any month you need outpatient coverage.

You can become eligible for Medicaid for both inpatient and outpatient coverage, if you become hospitalized and have medical expenses (paid or unpaid) that are equal to or more than your six-month excess income amount of \$_____, or have other medical expenses (paid or unpaid) that are equal to or more than your six-month excess income amount. Bills for the services listed above cannot be used to meet your excess income amount.

Please read the Sections: "Explanation of the Excess Income Program" and "Optional Pay-In Program."

In some circumstances, the Medicaid program does not count income that is placed in a Supplemental Needs Trust. Please read the section "Explanation of the Effect of Trusts on

Medicaid Eligibility". This information is also available on the Department of Health website at: https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-4.7, 360-4.8, 360-4.10(c), and Section 366.2(a)(1) of Social Services Law.

- S -

Hemos aceptado su solicitud de fecha _____ donde solicita Medicaid con cobertura comunitaria sin atención médica a largo plazo con requisito de sobrante, a partir de _____ para:

Nombre	# de ID del Cliente
Nombre	#
Nombre	#

Usted no habilita para recibir cobertura de Medicaid por los siguientes servicios de atención médica a largo plazo:

- Atención médica en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atención médica tipo hogar de convalecencia (nursing home) proporcionada en un hospital
- Cuidados paliativos en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atención médica administrada a largo plazo en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atención médica diurna para adultos
- Programa de ayuda ocasional
- Atención médica profesional a domicilio, aparte de la rehabilitación a corto plazo.
- Cuidados paliativos provistos en la comunidad
- Atención médica administrada a largo plazo en la comunidad
- Servicios de cuidados personales
- Servicio privado de respuesta a emergencias
- Atención médica profesional domiciliar limitada
- Servicios privados de enfermería
- Programa de servicios de asistente personal administrados por el consumidor
- Dispensas y otros servicios de exención provistos por un programa de base domiciliar y comunitaria

Usted no tiene derecho a recibir cobertura de Medicaid por estos servicios porque hemos determinado que el interés sobre el valor líquido de la propiedad inmueble excede el límite del valor líquido, fijado en \$906,000 y que tampoco existe una privación injustificada.

Que significa una privación injustificada?

Una privación injustificada significa una situación en la cual, al negarsele cobertura de Medicaid al individuo, a este se le priva de:

1. recibir cuidados y atención médica, a tal punto que pone en peligro la salud o la vida del individuo; o
2. comida, vestimenta, alojamiento u otras necesidades básicas; y
3. existe un impedimento legal que lo abstiene de tener acceso al interés sobre el valor líquido del bien inmueble.

Como se calcula el interés sobre el valor líquido?

El interés sobre el valor líquido de la propiedad inmueble se calcula sustrayendo toda carga (gravámenes, hipotecas, etc.) del valor equitativo de venta de la propiedad inmueble. Si la propiedad inmueble es mancomunada por dos o más personas, cada propietario se supone tendrá iguales derechos sobre la propiedad, salvo que exista comprobantes que indiquen lo contrario.

Por que usted tiene el requisito de sobrante:

Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$_____, sobrepasa el límite de ingresos de \$_____ fijado por Medicaid. El monto que sobrepasa el límite se denomina ingreso excesivo o sobrante. El monto mensual de su ingreso excesivo es \$_____.

Favor de consultar la sección referente al cálculo del presupuesto para ver como calculamos sus ingresos excesivos.

Debido a que usted nos ha presentado facturas médicas pagas o impagas no cubiertas por un seguro médico y cuyo monto iguala o sobrepasa la cantidad mensual de sus ingresos excesivos para el periodo de _____ a _____, pagaremos todo gasto médico adicional por atención de paciente externo, incurrido durante ese periodo, excepto los servicios citados anteriormente.

Después del _____, tendrá que someter mensualmente las facturas médicas pagas o impagas que igualen o sobrepasen la cantidad de su ingreso mensual excesivo de \$_____ para que le podamos pagar las facturas adicionales de atención médica de paciente externo. También, puede pagar a esta agencia la cantidad del ingreso excesivo durante un dado mes en el que necesite cobertura de paciente externo.

Usted puede recibir beneficios del programa de Medicaid para cubrir gastos de paciente interno y externo si se encuentra hospitalizado y tiene facturas médicas (pagas o impagas) que igualen o sobrepasen la cantidad de ingresos excesivos de seis meses de \$_____; o tiene otras facturas médicas (pagas o impagas) que igualen o sobrepasen

la cantidad del ingreso excesivo de seis meses. Las facturas de los servicios médicos citados arriba no se pueden usar para calcular la cantidad del ingreso excesivo.

Lea la secciones tituladas: “Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos”, y el “Programa Opcional de Contribucion de Pagos”.

En ciertas circunstancias, el programa de Medicaid no tiene en cuenta los ingresos que se colocan en un Fondo para Complementar Necesidades. Lea la sección “Explicación del Efecto de los Fondos sobre la Elegibilidad de Medicaid”. Esta información también está disponible en el sitio web de Department of Health: https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

Esta decision se basa en Reglamentacion 18 NYCRR 360-4.7, 360-4.8, 360-4.10(c),y la Seccion 366.2(a)(1) de la Ley de Servicios Sociales.