

CNS Paragraph Form

Date: 11.19.2020

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	Y0033	
Version Number	00008	
Effective Date	2020	
Title	CC no LTC, HE Int Exc Lmt, No Undue Hardship, 6mo SD met	
Comment	Include: E0002, E0003, E0010, E0012 based on Message selected	
Reason Code	X91	

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 the individual's 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 equity 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:

Choose one of the following messages:

Message 1 (Over Income)

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 \$_____. Your excess income amount for six months 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 six-month excess income amount, we will pay any additional covered medical expenses (inpatient and outpatient) for the period _____ to _____.

After _____, you will have to submit paid or unpaid medical expenses each month which 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.

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.

Message 2 (Over Resources)

Your countable resources of \$_____ are over the allowable Medicaid resource limit of \$_____. The amount over the limit is called excess resources or spenddown. Your excess resource amount is \$_____.

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

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.

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

Please read the Section: "Explanation of the Excess Resource Program."

Message 3 (Over Income and Resources)

Your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the allowable Medicaid income limit of \$_____. In addition, your countable resources of \$_____ are over the allowable Medicaid limit of \$_____. The amounts over the limits are called excess income and excess resources or spenddown. Your monthly excess income amount is \$_____. Your excess income amount for six months is \$_____. Your excess resource amount is \$_____.

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

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.

Because you have shown us paid or unpaid medical expenses which are equal to or more than the total of your excess resource amount and your six-month excess income amount, we will pay any additional covered medical expenses (inpatient and outpatient) except those services listed above for the period _____ to _____.

After _____, you will have to submit paid or unpaid medical expenses each month which 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.

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

Use for All:

This decision is based on Section 366.2(a)(1) of Social Services Law.

~\S

Hemos aceptado su solicitud de fecha _____ donde solicita Medicaid con cobertura comunitaria sin atencion medica 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 atencion medica a largo plazo:

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

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

Que significa una privacion injustificada?

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

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

Como se calcula el interes sobre el valor liquido?

El interes sobre el valor liquido 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 mas personas, cada propietario se supone tendra iguales derechos sobre la propiedad, salvo que exista comprobantes que indiquen lo contrario.

Por que usted tiene el requisito de sobrante:

Choose one of the following messages:

Message 1 (Over Income)

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

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

Debido a que usted nos ha presentado facturas medicas pagas e impagas y cuyo monto iguala o sobrepasa la cantidad de su ingreso excesivo de seis meses, pagaremos todo gasto medico adicional, comprendido dentro del plan, (por servicios de paciente interno y externo) durante el periodo de _____ a _____.

Después del _____, tendrá que someter mensualmente las facturas médicas pagas o impagas (por servicios de paciente interno y externo) cuyo monto iguale o sobrepase la cantidad de su ingreso mensual excesivo de \$_____ para reunir el requisito y poderle pagar gastos adicionales de servicios como 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.

Lea la secciones tituladas: “Explicación del Programa de Ingresos Excesivos”, y el “Programa Opcional de Contribución 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.

Message 2 (Over Resources)

Sus recursos contables de \$_____, sobrepasan el límite de recursos de \$_____ fijado por Medicaid. El monto que excede el límite se llama recursos excesivos o sobrante. El monto de sus recursos excesivos es \$_____.

Consulte la sección de cálculo de presupuesto para entender la manera en que calculamos el monto de sus 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.

Debido a que usted nos ha presentado facturas médicas pagas e impagas y cuyo monto iguala o sobrepasa la cantidad de su recurso excesivo, pagaremos todo gasto médico adicional, comprendido dentro del plan, excepto los servicios indicados arriba, durante el periodo de _____ a _____.

Lea la sección titulada: “Explicación del Programa de Recursos Excesivos”.

Message 3 (Over Income and Resources)

Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$_____, sobrepasa el límite de ingresos de \$_____ fijado por Medicaid. Además, sus recursos contables de \$_____, sobrepasan el límite de recursos de \$_____ fijado por Medicaid. Las cantidades que sobrepasan el límite se denominan ingresos y recursos excesivos o sobrantes. La cantidad mensual de su ingreso excesivo es de \$_____. La cantidad de su ingreso excesivo de seis meses es de \$_____. El monto de sus recursos excesivos es \$_____.

Favor de consultar la seccion que trata sobre el calculo del presupuesto para entender la manera que calculamos su ingreso y recurso excesivo.

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.

Debido a que usted nos ha presentado facturas medicas pagas o impagas y cuyo monto iguala o sobrepasa la cantidad total de sus recursos excesivos y el ingreso excesivo de seis meses; pagaremos todo gasto medico adicional (por cuidado de paciente interno y externo) comprendido dentro del plan, excepto los servicios indicados arriba, para el periodo de _____ a _____,

Despues del _____, tendra que someter mensualmente las facturas medicas pagas o impagas cuyo monto iguale o sobrepase la cantidad de su ingreso mensual excesivo de \$_____ para reunir el requisito y poderle pagar gastos adicionales de servicios como paciente externo. Tambien, puede pagar a esta agencia la cantidad del ingreso excesivo durante un dado mes en el que necesite cobertura de paciente externo.

Lea la secciones tituladas: “Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos”, “Explicacion del Programa de Recursos Excesivos” y “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.

Use for All:

Esta decision se basa en la Seccion 366.2(a)(1) de la Ley de Servicios Sociales.