

CNS Paragraph Form

Date: 12.4.18

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	<b>(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)</b>
<b>Paragraph Number</b>	<b>X0004</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00008</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2019</b>	<b>(YYMMDD)</b>
<b>Title</b>	<b>Accept Excess Income and Resources, Both Met</b>	
<b>Comment</b>	Include: E0002, E0003, E0010, E0012	
<b>Reason Code</b>	<b>S20/AE</b>	

We have accepted your application dated \_\_\_\_\_ for Medicaid with a spenddown requirement effective \_\_\_\_\_ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because 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 resource limit of \$\_\_\_\_\_. The amounts over the limits are called excess income and excess resources or spenddown. Your monthly excess income amount is \$\_\_\_\_\_. Your excess resource amount is \$\_\_\_\_\_.

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.

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

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 excess income amount for the period \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, we will pay any additional outpatient covered medical expenses for this period.

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.

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.

Please read the Sections: "Explanation of the Excess Income Program," "Explanation of the Excess Resource 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](https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts).

Choose one of the following messages:

Message 1 (Community Coverage: No LTC) (S0024)

Message 2 (Community Coverage With Community-Based LTC) (S0025)

Message 3 (No Longer Eligible For LTC) (S0022)

Message 4 (None of the Above)

Use for all:

Please review the Medicaid Utilization Threshold information found in the Medical Assistance section of the booklet, "LDSS-4148B: What You Should Know About Social Services Programs." The information explains any services limitations. The LDSS-4148B was given to you when you applied for assistance.

This decision is based on Sections 366(1)(f) and 366-a(2) of Social Services Law.

~\S

Hemos aceptado su solicitud de fecha \_\_\_\_\_ para Medicaid con requisito de sobrante con fecha efectiva del \_\_\_\_\_ para:

Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	# de ID del cliente:

El motivo es porque su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$\_\_\_\_\_ sobrepasa el limite de ingresos de \$\_\_\_\_\_ fijado por Medicaid. Ademias, sus recursos contables de \$\_\_\_\_\_, sobrepasan el limite de recursos de \$\_\_\_\_\_ fijado por Medicaid. Las cantidades que sobrepasan el limite se denominan

ingresos y recursos excesivos o sobrantes. La cantidad mensual de su ingreso excesivo es de \$\_\_\_\_\_. El monto de sus recursos excesivos es \$\_\_\_\_\_.

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.

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

Debido a que usted nos ha presentado facturas medicas pagas o impagas y cuyo monto iguala o sobrepasa la cantidad de sus recursos excesivos y sus ingresos excesivos durante el periodo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, pagaremos todo gasto medico adicional por atencion de paciente externo incurrido durante ese periodo.

Despues del \_\_\_\_\_, tendra que someter mensualmente las facturas medicas pagas o impagas que igualen o sobrepasen 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.

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

Favor de consultar las 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](https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts).

Choose one of the following messages:

Message 1 (Community Coverage: No LTC) (S0024)

Message 2 (Community Coverage With Community-Based LTC) (S0025)

Message 3 (No Longer Eligible For LTC) (S0022)

Message 4 (None of the Above)

Use for all

Favor de consultar la informacion sobre el Umbral de Uso de Medicaid, contenida en la seccion de Asistencia Medica del folleto "LDSS-4148B-SP: Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales". Esta informacion le explica las limitaciones en los servicios. El LDSS-4148B-SP se le entrego cuando usted solicito asistencia.

Esta decision se basa las Secciones 366(1)(f) y 366-a(2) de la Ley de Servicios Sociales.