

CNS Paragraph Form

Date: 05.27.2020

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	<b>(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)</b>
<b>Paragraph Number</b>	<b>X0025</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00009</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2020</b>	<b>(YYMMDD)</b>
<b>Title</b>	<b>Medicaid Level To Excess Income Due To COLA Increase</b>	
<b>Comment</b>	<b>Include: E0002, E0010, E0012 &amp; E0040/E0041</b>	
<b>Reason Code</b>	<b>S07</b>	

We will reduce Medicaid coverage from coverage with no spenddown requirement to coverage with a spenddown requirement effective \_\_\_\_\_ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because your monthly income has increased due to an increase in Social Security Benefits on January 1, \_\_\_\_\_.

Because of this, 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.

This means that 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 covered outpatient expenses. You may also pay your excess income amount to this agency for any month you need outpatient coverage. If you need assistance finding your local social services office, please contact the Medicaid Help Line Office at: 1-800-541-2831.

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" 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:

Message 1

S0020 (Community Coverage: No LTC)

Message 2

S0021 (Community Coverage WITH Community-Based LTC)

Message 3

S0022 (No Longer Eligible For LTC)

Message 4

None Of The Above

Use For All

If Medicaid is paying health insurance premiums, including Medicare, for you, payment of these premiums will be discontinued.

This decision is based on Section 366-a(2) of Social Services Law.

#### INFORMATION ABOUT DEDUCTIONS

We subtract certain things when we figure your income. The most common ones are:

- o \$20.00 for each individual or couple who is aged, blind or disabled.
- o The monthly amount of your health insurance premiums (such as Blue Cross/Blue Shield and Medicare).

#### IMPORTANT

If you lost Supplemental Security Income (SSI) benefits anytime since 1977 due to a Social Security Cost-of-Living increase, you may still be eligible for Medicaid coverage with no spenddown. Please call us or ask for a fair hearing.

~\S

Reduciremos la cobertura de Medicaid de cobertura sin sobrante a cobertura con requisito de sobrante a partir de \_\_\_\_\_ para:

Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	#

Nombre

#

Esto se debe a que su ingreso mensual ha incrementado debido a un aumento en los beneficios del Seguro Social a partir del primero de enero de \_\_\_\_\_.

Debido a esto, 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 de ingresos se denomina ingreso excesivo o sobrante. La cantidad mensual de su ingreso excesivo es de \$\_\_\_\_\_.

Vea la sección de cálculo de presupuesto para entender la manera en que calculamos el ingreso excesivo.

Esto significa que usted tendrá que presentar cada mes comprobantes de los gastos médicos pagos o impagos cuyo monto total sea igual o mayor que el monto de sus ingresos excesivos mensuales de \$ \_\_\_\_\_, para que se le considere el pago de cualquier gasto bajo cobertura por servicios recibidos como paciente externo. Usted también puede pagar a esta agencia el monto de sus ingresos excesivos para cualquier mes en el que necesite cobertura de servicios recibidos como paciente externo. Si necesita ayuda para localizar la oficina local de servicios sociales, comuníquese con la línea de ayuda de Medicaid al: 1-800-541-2831.

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.

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

Choose one of the following:

Message 1

S0020 (Community Coverage: No LTC)

Message 2

S0021 (Community Coverage WITH Community-Based LTC)

Message 3

S0022 (No Longer Eligible For LTC)

Message 4  
None Of The Above

Use For All

Si Medicaid le esta pagando las primas de seguro medico, inclusive las de Medicare, el pago de dichas primas se suspendera.

Esta decision se basa en la Seccion 366-a(2) de la Ley de Servicios Sociales.

#### INFORMACION SOBRE DEDUCCIONES

Sustraemos ciertas cosas al calcular su ingreso. Las mas comunes son:

- o \$20 por cada persona o pareja que sea ciego(a), incapacitado(a) o bien que sean mayor de edad.
- o La cantidad mensual de las primas de su seguro medico (tales como: Blue Cross/Blue Shield y Medicare).

#### IMPORTANTE

Si perdio el derecho a recibir el beneficio de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) desde 1977 debido a un aumento por concepto de costo de vida en los beneficios del Seguro Social, es posible que todavia tenga derecho a recibir Medicaid sin requisito de sobrante. Favor de llamarnos o de solicitar una audiencia imparcial.