

CNS Paragraph Form

Date: 12.3.2018

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	<b>(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)</b>
<b>Paragraph Number</b>	<b>X0093</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00003</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2019</b>	<b>(YYMMDD)</b>
<b>Title</b>	<b>ACCEPT RMA, EXCESS INCOME FOR MEDICAID</b>	
<b>Comment</b>	Include: E0002, E0010, E0041 & E0012	
<b>Reason Code</b>	<b>S89</b>	

We have accepted your application dated \_\_\_\_\_ for Medicaid coverage with a spenddown requirement under the Refugee Medical Assistance (RMA) Program effective from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

Refugee Medical Assistance (RMA) is a federal program that provides health insurance coverage for a limited period of time to certain refugees who:

- are single individuals/couples without a child under the age of 21 living in the household; and
- are between 21 and 64 years of age and are not pregnant or certified blind or disabled; and
- whose gross income is over 185% of the Medicaid Standard; or
- whose net income (gross income less Medicaid deductions) exceeds the Medicaid Standard.

You are eligible to receive Medicaid through the Refugee Medical Assistance (RMA) program for up to 8 months starting either on the date you entered the United States or the date you received refugee status.

Regulations require that you immediately notify this department of any changes in needs, income and/or resources, living arrangements or address. If you receive increased earnings during the RMA eligibility period, it will not affect your continued RMA eligibility. At the end of your RMA eligibility period, we will review your case.

Your net income (gross income less Medicaid deductions) 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 you will have to submit paid or unpaid medical expenses which are equal to or more than your monthly excess income amount in order to be eligible for payment of any covered additional 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 medical assistance 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).

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 Regulations 18 NYCRR 360-4.1, 360-4.6, 360-4.7, 360-4.8, 373-2; Sections 366-a(2) and 358.3 of the Social Services Law.

~\S

Hemos aceptado su solicitud de fecha \_\_\_\_\_ para cobertura de Medicaid con requisito de sobrante bajo el Programa de Asistencia Medica a Refugiados (RMA) a partir del \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_ para:

Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	#
Nombre	#

El Programa de Asistencia Medica para Refugiados (RMA) es un programa federal que ofrece cobertura de seguro de salud por un periodo limitado a ciertos refugiados que:

- son personas solteras/parejas sin un hijo menor de 21 años de edad viviendo en el hogar; y
- tienen entre 21 a 64 años de edad y no están embarazadas o no son ciegos o incapacitados declarados; y
- cuyo ingreso bruto sobrepasa el 185% del estandar de Medicaid; o

- cuyo ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) excede el estandar de Medicaid.

Usted reúne las condiciones para recibir Medicaid por medio del Programa de Asistencia Medica para Refugiados (RMA) por un periodo de hasta 8 meses, comenzando con, ya sea, la fecha en que usted ingresa a Estados Unidos o con la fecha en que usted recibe estado de refugiado.

La reglamentacion vigente exige que usted notifique inmediatamente a este departamento de todo cambio en sus necesidades, ingresos, recursos, situacion de vida o domicilio. Si usted recibe un aumento en sus ganancias durante el periodo de habilitacion de RMA, ello no afectara su habilitacion para continuar recibiendo RMA. Al final de su periodo de habilitacion de RMA, haremos una revision de su caso.

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

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

Esto significa que usted tendrá que someter gastos médicos pagados o no pagados que son iguales o más que su cantidad mensual de exceso de ingresos con el fin de ser elegible para el pago de los gastos adicionales cubiertos para pacientes ambulatorios. 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 Asistencia Medica 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.

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

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

Conforme Reglamentacion 18 NYCRR 360-4.1, 360-4.6, 360-4.7, 360-4.8, 373-2;  
Secciones 366-a(2) y 358.3 de la Ley de Servicios Sociales.