

**CNS Paragraph Form**

Date: 08.11.20

.2020

**Program Area**           **03**           (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**   **X0126**  
**Version Number**       **00008**  
**Effective Date**       **2020**     (YMMMDD)  
**Title**                   **Decrease In Excess Income Amount**  
**Comment**             **Include: E0002, E0010, E0012**  
**Reason Code**         **X76**

We will decrease the amount of your excess income (spenddown) from \$\_\_\_\_\_ to \$\_\_\_\_\_ a month 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 \$\_\_\_\_\_. 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 to your local social services office 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 your local social services office 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

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 and 360-4.8 and Section 366-a(2) of Social Services Law.

~\S

Reduciremos el monto de sus ingresos excesivos (sobrante) de \$\_\_\_\_\_ a \$\_\_\_\_\_ por mes, a partir de \_\_\_\_\_ para:

|        |                        |
|--------|------------------------|
| Nombre | No. de I.D del Cliente |
| Nombre | #                      |
| Nombre | #                      |

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

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

Esto significa que usted tendra que presentar cada mes comprobantes de los gastos medicos 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 tambien 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 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.

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).

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

Esta decision se basa en la Reglamentacion 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 y 360-4.8 y la Seccion 366-a(2) de la Ley de Servicios Sociales.