

CNS Paragraph Form

Date: 09.24.2020

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	<b>(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)</b>
<b>Paragraph Number</b>	<b>X0180</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00006</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2020</b>	<b>(YYMMDD)</b>
<b>Title</b>	<b>Decrease in Excess Inc Amount Due To COLA Increase</b>	
<b>Comment</b>	<b>Include: E0002, E0010, E0012</b>	
<b>Reason Code</b>	<b>X77</b>	

We will decrease the amount of your excess income (spenddown) from \$\_\_\_\_\_ to \$\_\_\_\_\_ a month effective \_\_\_\_\_ for:

Name	Client I.D. #
Name	Client I.D. #
Name	Client I.D. #

This is because your monthly Medicaid deductions have changed as of 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

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.

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

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

Esto se debe a que sus deducciones de Medicaid cambiaron a partir del 1 de enero de \_\_\_\_\_.

Como consecuencia de este aumento, el monto de sus ingresos netos (ingresos brutos menos deducciones de Medicaid) de \$ \_\_\_\_\_ excede el limite de ingresos permitido por Medicaid de \$ \_\_\_\_\_. El monto que excede el limite se llama *ingresos excesivos* o *sobrante*. El monto mensual de sus ingresos excesivos es \$ \_\_\_\_\_.

Consulte la seccion de calculo de presupuesto para entender la manera en que calculamos el monto de 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, comuniquese con la línea de ayuda de Medicaid al: 1-800-541-2831.

Usted puede resultar habilitado para recibir Medicaid, tanto para cobertura de servicios recibidos como paciente interno como para los recibidos como paciente externo, si es internado e incurre en gastos medicos (pagos o impagos) cuyo monto sea igual o mayor que el monto equivalente a seis meses de ingresos excesivos de \$ \_\_\_\_\_, o incurre en otros gastos medicos (pagos o impagos) cuyo monto sea igual o mayor que el monto equivalente a seis meses de ingresos excesivos.

Lea la secciones llamadas: "Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos" y "Programa de Contribucion Opcional".

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.

#### INFORMACION ACERCA DE LAS DEDUCCIONES

Cuando calculamos sus ingresos, restamos algunas cosas. Las deducciones mas comunes son:

- o \$20 por cada persona o pareja de edad avanzada, ciega o incapacitada.
- o El monto mensual de la prima de su seguro medico (tal como Blue Cross/Blue Shield o Medicare).

#### IMPORTANTE

Aun cuando usted haya perdido los beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) a partir de 1977 debido a un aumento por el costo de vida implementado por el Seguro Social, es posible que reuna las condiciones necesarias para recibir cobertura Medicaid sin requisito de sobrante. Llamenos o solicite una audiencia imparcial.