

CNS Paragraph Form

Date: 03.22.10

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0175	
Version Number	00004	
Effective Date	2010	
Title	FHP to MA, Incarcerated Individual Released (Upstate)	
Comment		
Reason Code	C66	

We will reinstate Medicaid coverage to all Medicaid covered care and services effective _____ for:

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

This is because you had coverage under Family Health Plus prior to incarceration and are no longer an inmate in a New York State or local correctional facility.

If you start receiving nursing facility services on a permanent basis, notify your social services district immediately. We will then arrange to review documentation of your resources for the transfer of assets look-back period (up to 60 months) to find out if you are eligible for Medicaid coverage for these services. We will also determine if you will have a contribution to the cost of your nursing home care.

If you have a change of address, it is important that you contact your social services district at the agency telephone number listed above.

If you require a New York State Benefit Identification Card, notify your social services district immediately.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-2.2, 360-2.3, 360-3.4(a)(1) and Sections 366(1-a) and 366a(5)(d) and 369(e) of Social Services Law.

~\S

Reanudaremos la cobertura de Medicaid a todos los cuidados de salud y servicios comprendidos por Medicaid a partir del _____ para:

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

Esto se debe a que usted tenia cobertura bajo el programa de Family Health Plus previo al encarcelamiento y usted ya no es un preso en una instalacion correccional local o del Estado de Nueva York.

Si usted comienza a recibir servicios de enfermeria de manera permanente, notifiquese lo inmediatamente a su distrito de servicios sociales. Haremos entonces una revision de documentacion de sus recursos referente al traspaso de bienes de un periodo retroactivo

(de hasta 60 meses) para averiguar si reúne los requisitos de Medicaid para cobertura de estos servicios. También determinaremos si usted tendrá que dar una contribución contra sus costos de atención de enfermería.

Si cambia de domicilio es importante que se comunique con el distrito de servicios sociales al número de teléfono de la agencia indicado arriba.

Si necesita una tarjeta de Identificación de Beneficios del Estado de Nueva York, notifíquese inmediatamente al distrito de servicios sociales.

Esta decisión se basa en el Reglamento 18 NYCRR 360-2.2, 360-2.3, 360-3.4(a)(1) y las Secciones 366(1-a) y 366a(5)(d) y 369(e) de la Ley de Servicios Sociales.