

CNS Paragraph Form

Date: 12.4.2018

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	X0005	
Version Number	00007	
Effective Date	2019	(YYMMDD)
Title	Accept Excess Inc/Res 6-Month and Resource Spenddown Met	
Comment	Include: E0002, E0003, E0010, E0041 & E0012	
Reason Code	S20/AG	

We have accepted your application dated _____ for Medicaid with a spenddown requirement effective _____ for:

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

This is because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is over the allowable Medicaid income limit of \$_____. In addition, your countable resources of \$_____ are over the allowable Medicaid resource limit of \$_____. The amounts over the limits are called excess income and excess resources or spenddown. Your monthly excess income amount is \$_____. Your excess income amount for six months is \$_____. Your excess resource amount is \$_____.

Please look at the budget calculation section to see how we figured your excess income and resources.

The determination of excess resources includes information received through computer matches with banking institutions. If you think the excess resource amount is incorrect, you must contact the agency immediately, but no later than 30 days from the date of this notice.

Because you have shown us paid or unpaid medical expenses which are equal to or more than the total of your excess resource amount and your six-month excess income amount, we will pay any additional covered medical expenses (inpatient and outpatient) for the period _____ to _____.

After _____, 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 additional covered outpatient expenses. You may also pay your excess income amount to this agency for any month you need outpatient coverage.

Please read the Sections: "Explanation of the Excess Income Program," "Explanation of the Excess Resource 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.

Choose one of the following messages:

Message 1 (Community Coverage: No LTC) (S0024)

Message 2 (Community Coverage With Community-Based LTC) (S0025)

Message 3 (No Longer Eligible For LTC) (S0022)

Message 4 (None of the Above)

Use for all

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 Sections 366(1)(f) and 366-a(2) of Social Services Law.

~\S

Hemos aceptado su solicitud de fecha _____ para Medicaid con requisito de sobrante con fecha efectiva del _____ para:

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

El motivo es porque su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$_____ sobrepasa el limite de ingresos de \$_____ fijado por Medicaid. Ademas, sus recursos contables de \$_____ exceden el limite de recursos de \$_____ establecido por Medicaid. Las cantidades que sobrepasan el limite se denominan ingresos y recursos excesivos o sobrantes. La cantidad mensual de su ingreso excesivo es de \$_____. La cantidad de su ingreso excesivo de seis meses es de \$_____. El monto de sus recursos excesivos es \$_____.

Favor de consultar la seccion que trata sobre el calculo del presupuesto para entender la manera que calculamos su ingreso y recurso excesivo.

La decisión sobre recursos en exceso incluye la información que se recibió a través de coincidencias informáticas con instituciones bancarias. Si considera que el monto de recursos en exceso es incorrecto, debe comunicarse con la agencia de inmediato, antes de pasados los 30 días desde la fecha de la presente notificación.

Debido a que usted nos ha presentado facturas medicas pagadas o pendientes y cuyo monto iguala o sobrepasa la cantidad de sus recursos excesivos y el ingreso excesivo de seis meses; pagaremos todo gasto medico adicional (por cuidado de paciente externo e interno) comprendido dentro del programa, para el periodo de _____ a _____,

Despues del _____, tendra que someter mensualmente las facturas medicas pagas o impagas que igualen o sobrepasen la cantidad de su ingreso mensual excesivo de \$_____ para reunir el requisito y poderle pagar gastos adicionales de servicios como paciente externo. Tambien, puede pagar a esta agencia la cantidad del ingreso excesivo durante un dado mes en el que necesite cobertura de paciente externo.

Favor de consultar las secciones tituladas: “Explicacion del Programa de Ingresos Excesivos”, “Explicacion del Programa de Recursos Excesivos” y “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.

Choose one of the following messages:

Message 1 (Community Coverage: No LTC) (S0024)

Message 2 (Community Coverage With Community-Based LTC) (S0025)

Message 3 (No Longer Eligible For LTC) (S0022)

Message 4 (None of the Above)

Use for all

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.

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