

<u>CNS Paragraph Form</u>		Date: 09.02.11
Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0223	
Version Number	00001	
Effective Date	2011	
Title	Administrative Renewal for Aged, Blind and Disabled, Coverage Unchanged (NYC)	
Comment		
Reason Code	415	

Every year we must review your case to see if you can continue to get Medicaid. We have reviewed your case and we will continue Medicaid coverage unchanged effective _____ (MA Authorization "From" Date) _____ for:

Name: _____ Client I.D. # _____
 Name: _____ Client I.D. # _____

This coverage is subject to any limitations that may be listed below.

Paragraph Selection – Based on RVI value

No Message – Select if new RVI = 1, 9, or blank

Message 1 – Select if new RVI = 2

Since you did not provide proof of resources for the transfer of assets look-back period (up to 60 months), you will not be covered for the following nursing facility services:

- Nursing home care, other than short-term rehabilitation
- Nursing home care provided in a hospital
- Hospice in a nursing home
- Managed long-term care in a nursing home
- Intermediate care facility services

This limitation on coverage applies to Medicaid recipients who are 65 years of age or older, certified blind or certified disabled. Individuals enrolled in a managed care program are eligible to receive the medical services available through their health plan. If you are enrolled in a managed care program, please check your plan member handbook for a list of services covered.

If you start receiving nursing home services on a permanent basis, call the telephone number listed on page 1 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.

Message 2 – Select if new RVI = 3

Since you did not provide proof of income and/or resources, you will not be covered for the following long-term care services:

- Nursing home care, other than short-term rehabilitation
- Nursing home care provided in a hospital
- Hospice in a nursing home
- Managed long-term care in a nursing home
- Adult day health care
- Assisted living program
- Certified home health care, other than short-term rehabilitation
- Hospice in the community
- Managed long-term care in the community
- Personal care services
- Personal emergency response services
- Limited licensed home care
- Private duty nursing
- Consumer directed personal assistance program
- Waiver and other services provided through a home and community-based waiver program

This limitation on coverage applies to Medicaid recipients who are 65 years of age or older, certified blind or certified disabled. Individuals enrolled in a managed care program are eligible to receive the medical services available through their health plan. If you are enrolled in a managed care program, please check your plan member handbook for a list of services covered.

If you need long-term care services, call the telephone number listed on page 1 immediately. We will then arrange to review your resources to find out if you are eligible for Medicaid coverage for these services. You will also need to document your current income.

Use for All:

Our records show that your resources (other than your home) like bank accounts, stocks and bonds are not worth more than the Medicaid resource level of \$13,800 (or more than \$20,100 for a couple).

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

If your income has changed or your resources are more than the resource amounts shown above, or you have any changes to report (see the following list of changes), contact your local Department of Social Services by phone, mail or in person by _____ (10 days from

notice date)_____. The agency phone number and address are printed at the top of page 1 of this notice.

If you have any questions, call the local Department of Social Services phone number listed on page 1.

If you do not let us know that your income has changed or your resources are more than the amounts shown above, you may have to pay money back to Medicaid.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-2.3 and Section 366-a of Social Services Law.

Report changes in income, health insurance, resources or other changes for:

- Any person receiving Medicaid
- Spouse

Income changes we must know about:

- Any change in pay from retirement, pensions, annuities or Veterans benefits
- Any new income

Resource changes we need to know about:

- Any new resource (banks accounts, stocks, bonds, annuities, property, burial contracts)
- Any resource that you have received, sold, opened or closed since your last eligibility review.

Health Insurance changes we need to know about:

- If you have a new health insurance, including Medicare supplements
- Any changes in premium that you pay for health insurance
- Any health insurance coverage that has been cancelled

Other changes that need to be reported:

- name
- marital status
- pregnancy
- immigration status
- home address, mailing address or phone number

To report any changes or if you have any questions, call your local Department of Social Services.

~S/

Debemos hacer una revision anual de su caso para decidir si puede continuar recibiendo Medicaid. Hemos concluido la revision de su caso y continuaremos su cobertura de Medicaid sin cambio a partir del _____(MA Authorization "From" Date)_____ para:

Nombre: No. de ID del cliente:
Nombre: No. de ID del cliente:

Dicha cobertura esta sujeta a toda limitacion que pueda indicarse a continuacion.

Paragraph Selection – Based on RVI value

No Message – Select if new RVI = 1, 9, or blank

Message 1 – Select if new RVI = 2

Debido a que usted no nos proporciono comprobante de recursos referente al traspaso de bienes de un periodo retroactivo (de hasta 60 meses), usted no recibira cobertura por los siguientes servicios de enfermeria:

- Atencion medica en un hogar de convalecencia (nursing home), excepto rehabilitacion a corto plazo.
- Atencion medica tipo hogar de convalecencia (nursing home) proporcionada en un hospital
- Cuidados paliativos en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atencion medica administrada de tratamiento a largo plazo en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Centro de servicios de atencion medica intermedia

Dicha limitacion en cobertura aplica a los beneficiarios de Medicaid que tengan 65 anos de edad o mayor, y a personas oficialmente declaradas ciegas o incapacitadas. Las personas que estan inscritas en un programa de cuidados dirigidos de salud, tienen derecho a recibir los servicios de salud que ofrece su plan medico. Si usted esta inscrito en un programa de cuidados dirigidos de la salud, favor de revisar el manual del plan para informarse sobre los servicios que cubre.

Si comienza a recibir servicios de convalecencia (nursing home) de manera permanente, llame inmediatamente al numero de telefono indicado en la pagina 1 arriba. 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 reune los requisitos de Medicaid para cobertura de estos servicios. Tambien determinaremos si usted tendra que dar una contribucion contra sus costos de atencion de enfermeria.

Message 2 – Select if new RVI = 3

Dado que usted no nos proporcione cobertura de ingresos/recursos, no recibirá cobertura por los siguientes servicios de atención médica a largo plazo:

- Atención médica en un hogar de convalecencia (nursing home), excepto rehabilitación a corto plazo.
- Atención médica tipo hogar de convalecencia (nursing home) proporcionada en un hospital
- Cuidados paliativos en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atención médica administrada de tratamiento a largo plazo en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atención médica diurna para adultos
- Programa de ayuda ocasional
- Atención médica profesional a domicilio, aparte de la rehabilitación a corto plazo.
- Cuidados paliativos provistos en la comunidad
- Atención médica administrada de tratamiento a largo plazo provista en la comunidad
- Servicios de cuidados personales
- Servicio privado de respuesta a emergencias
- Atención médica profesional domiciliar limitada
- Servicios privados de enfermería
- Programa de servicios de asistente personal administrados por el consumidor
- Dispensas y otros servicios de provistos por medio de un programa de dispensas de base domiciliar y comunitaria

Dicha limitación en cobertura aplica a los beneficiarios de Medicaid que tengan 65 años de edad o mayor, y a personas oficialmente declaradas ciegas o incapacitadas. Las personas que están inscritas en un programa de cuidados dirigidos de salud, tienen derecho a recibir los servicios de salud que ofrece su plan médico. Si usted está inscrito en un programa de cuidados dirigidos de la salud, favor de revisar el manual del plan para informarse sobre los servicios que cubre.

Si usted necesita servicios de atención médica a largo plazo, llame inmediatamente al número de teléfono en la página 1 arriba. Haremos entonces una revisión de sus recursos con objeto de determinar si usted habilita para recibir cobertura de Medicaid para estos servicios. Además, tendrá que presentar comprobantes de ingresos actuales.

Use for All

Nuestros archivos indican que sus recursos (aparte de su casa) tales como cuentas de banco, acciones y bonos no cuentan con un valor que exceda el índice de recursos de Medicaid de \$13,800 (o más de \$20,000 para una pareja).

Consulte la seccion de calculo de presupuesto para entender la manera en que calculamos sus ingresos y recursos.

Si ha habido un cambio en sus ingresos o sus recursos exceden los montos de recursos indicados arriba, o tiene cambios que informar (vea la siguiente lista de cambios), comuniquese con el departamento local de servicios sociales por telefono, por correo o en persona para el _____ (10 dias contados a partir de la fecha de la notificacion). El numero de telefono de la agencia y direccion estan indicados en la parte superior de la pagina 1 de esta notificacion.

Si tiene preguntas, comuniquese con el departamento local de servicios sociales al numero de telefono indicado en la pagina 1.

Si usted no nos deja saber que sus ingresos han cambiado o que sus recursos sobrepasan los montos indicados arriba, probablemente tenga que reembolsarle dinero al programa de Medicaid.

Esta decision se basa en Reglamentacion 18 NYCRR 360-2.3 y la Seccion 366-a de la Ley de Servicios Sociales.

Informe de todo cambio en ingresos, seguro de salud, recursos y demas cambios en cuanto a:

- Toda persona que reciba Medicaid
- El conyugue

Cambios en ingresos que usted debe informar:

- Todo cambio en pagos que se reciben de jubilacion, pensiones, anualidades o beneficios a veteranos.
- Un nuevo ingreso

Cambio en recursos que debe informar:

- Todo nuevo recurso (cuenta de banco, acciones, bonos, anualidades, propiedad, contrato de sepelio)
- Todo recurso que usted haya recibido, vendido, abierto o cerrado desde la ultima vez que se realizo su revision de habilitacion.

Cambio en seguro de salud que debe informar:

- Si tiene un nuevo seguro de salud, inclusive un suplemento de Medicare
- Todo cambio en pagos de primas por seguro medico
- Toda cobertura de seguro de salud que haya sido cancelada

Otros cambios de debe informar:

- nombre
- estado civil
- embarazo
- estado migratorio
- domicilio, direccion de correo y numero de telefono

Si desea informar cambios o si tiene preguntas, llame el departamento local de servicios sociales.