## Request for Expanded Spousal Protected Resource Assessment

**I, _____**
**(Client/Responsible Party)**

**have reviewed the Spousal Protected Resources Assessment (SPRA) provided to me by my eligibility specialist on Form H1274, dated**

**_____ .**

**I am diverting $_____ to my community spouse, which is all of my available non-resource produced monthly income, after the allowable deductions. I am requesting my SPRA be expanded for purposes of increasing my community spouse's monthly income up to the Minimum Monthly Maintenance Needs Allowance (MMMNA) as provided by §1924(d) of the Social Security Act (42 U.S.C. §1396r-5).**

**I have reviewed the expanded SPRA provided to me by my eligibility specialist on (date) _____, and agree with its accuracy and accept $_____ as my new SPRA.**

**By signing this document, I do not waive any rights I have to request a fair hearing on any issue related to my Medicaid eligibility application.**

## SOLICITUD DE AUMENTO DEL INVENTARIO DE RECURSOS PROTEGIDOS PARA EL CÓNYUGE

Yo, _____
(Cliente o persona responsable)

he estudiado el inventario de recursos protegidos para el cónyuge (SPRA) que el especialista en elegibilidad me dio en la Forma H1274 con fecha del

_____ .

Estoy desviando $_____ a mi cónyuge que vive en la comunidad. Esta cantidad representa todos mis ingresos mensuales disponibles no generados de los recursos, después de las deducciones permitidas. Estoy solicitando que se aumente el SPRA con el propósito de aumentar los ingresos mensuales de mi cónyuge que vive en la comunidad hasta alcanzar la mínima cantidad permitida por mes para mantenerse (MMMNA), según dispone la Sección 1924(d) de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. §1396r-5).

He estudiado el aumento del inventario de recursos protegidos para el cónyuge que me dio el especialista en elegibilidad el (date in Spanish format)

_____, estoy de acuerdo en que es correcto y acepto que $_____ sea la nueva cantidad del SPRA.

Al firmar este documento, no renuncio a ningún derecho que tenga de pedir una audiencia imparcial sobre cualquier tema relacionado con mi solicitud de elegibilidad para Medicaid.

_____ _____
**Client/Responsible Party** / Cliente o persona responsable **Date** / Fecha

**ATTENTION: Resources in the name of institutionalized spouse at the first annual review (due 12 months from date of eligibility decision) will be considered as belonging to the institutionalized spouse. The value of these resources will be compared to the resource standard for an individual, which could result in the institutionalized spouse losing Medicaid eligibility.**

ATENCIÓN. Los recursos que estén a nombre del cónyuge que está en la institución cuando se haga la primera revisión anual (que se debe hacer 12 meses después de la fecha de la decisión de elegibilidad) serán considerados propiedad del cónyuge que está en la institución. El valor de estos recursos se comparará con el límite de recursos para una sola persona, lo que puede hacer que el cónyuge que está en la institución pierda la elegibilidad para Medicaid.

---

**I _____**
**certify that the above listed SPRA of $_____ is the maximum allowable amount as provided under Title 42 U.S.C. §1396r-5.**

Yo _____ certifico que la cantidad del SPRA mencionado antes, $_____ es la máxima cantidad permitida según dispone la Sección 1396r-5 del Título 42 de Código de Estados Unidos.

_____ _____
Eligibility Specialist / Especialista en elegibilidad Date / Fecha