

**CNS Paragraph Form**

Date:

<b>Program Area</b>	<b>03</b> (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>C0055</b>
<b>Version Number</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>9/30/99</b>
<b>Title</b>	<b>Not a State Resident (SSI Recipient)</b>
<b>Comment</b>	
<b>Reason Code</b>	<b>941</b>

We will discontinue Medical Assistance effective \_\_\_\_\_ for:

Name Client I.D. #  
Name #  
Name #

This is because the Social Security Administration office has told us that you are not a resident of this State. You are a resident of another state. Medical Assistance may only be granted to an eligible resident of New York State, or to a person temporarily in the State who requires immediate medical care that is not otherwise available.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 351.2(g)(1), 360-3.5, 360-3.6 and Social Services Law Section 366(1)(b).

~\S

Nosotros discontinuaremos la Asistencia Medica a partir de/del \_\_\_\_\_ para:

Nombre No. del I.D. del Cliente  
Nombre #  
Nombre #

Esto se debe a que la oficina de la Administracion del Seguro Social nos ha informado que usted no es un residente de este Estado. Usted es un residente de otro Estado. La Asistencia Medica solamente puede asignarse a un residente elegible del Estado de Nueva York, o a una persona que reside en el Estado temporalmente y requiere atencion medica inmediata que no estaria disponible de otra manera.

Esta decision esta basada en las Regulaciones 18 NYCRR 351.2(g)(1), 360-3.5,

360-3.6 y la Sección de la Ley de Servicios Sociales 366(1)(b).