

**CNS Paragraph Form**

Date: 10.14.2014

**Program Area**        **03**        (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number** **U0001**  
**Version Number**    **00004**  
**Effective Date**     **2015**    (YYMMDD)  
**Title**                **Continue MA Unchanged**  
**Comment**  
**Reason Code**        **C05**

We will continue Medicaid coverage unchanged for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This decision is based on 366-a of the Social Services Law.

~\S

Nosotros continuaremos la cobertura de la Medicaid sin cambio alguno para:

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

Esta decision esta basada en la Secciones 366-a de la Ley de Servicios Sociales.

~\#