

**CNS Paragraph Form**

Date: 06.27.03

**Program Area**            03            (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**    U0035  
**Version Number**        00001  
**Effective Date**         2001        (YYMMDD)  
**Title**                     **Continuous Eligibility for Children Birth - 19**  
**Comment**  
**Reason Code**

We will continue/extend the Medical Assistance until \_\_\_\_\_ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because certain children up to age nineteen who have been determined eligible for Medical Assistance remain eligible for benefits for twelve continuous months from the date that they were determined eligible or until they reach the age of nineteen, whichever is earlier. Before the date that continuous Medical Assistance will end, you will receive a letter telling you how to recertify for Medical Assistance for the child(ren).

This decision is based on Social Services Law 366(4)(s).

Continuaremos/extenderemos la Asistencia Medica hasta el \_\_\_\_\_ para:

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

Esto se debe a que algunos niños hasta la edad de 19 años, los cuales han sido determinados elegibles para Asistencia Medica, permanecen elegibles para beneficios durante doce meses continuos desde la fecha que fueron determinados elegibles o hasta que alcancen la edad de 19 años, lo primero que llegue. Antes de la fecha en la que finalice su Asistencia Medica continua, recibira usted una carta diciendole como tiene que recertificar para Asistencia Medica para el/los niño/s.

Esta decision esta basada en la ley Servicios Sociales 366(4)(s).