

**CNS Paragraph Form**

Date: 10.10.03

**Program Area**            03            (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**    Y0005  
**Version Number**        00002  
**Effective Date**         2004        (YYMMDD)  
**Title**                      **Conditional Acceptance COBRA Continuation**  
**Comment**  
**Reason Code**

We have accepted your application dated \_\_\_\_\_ to have the Medical Assistance program pay for your group health insurance premiums under the COBRA Continuation Coverage Program effective \_\_\_\_\_ pending documentation of eligibility, for:

Name	Client I.D. #
Name	Client I.D. #
Name	Client I.D. #

We will send you a final decision about your application once we verify your eligibility. In the meantime, we will pay your health insurance premiums.

You are responsible for health insurance premium bills incurred before the effective date listed above. If we find you are not eligible, you will be responsible for all premiums we paid on your behalf.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-7.5(h).

~\S

Hemos aceptado su solicitud fechada el \_\_\_\_\_ para que el Programa de Asistencia Medica pague por las primas de su seguro de salud en grupo bajo el Programa de Continuacion de Cobertura COBRA a partir del \_\_\_\_\_ pendiente de los documentos de elegibilidad, para:

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

Le enviaremos una decision final acerca de su solicitud tan pronto verifiquemos su elegibilidad. Mientras tanto, pagaremos las primas de su seguro de salud.

Usted es responsable por las facturas de las primas incurridas antes de la fecha efectiva indicada arriba. Si determinamos que usted no es elegible, usted sera responsable por todas las primas que nosotros pagemos por usted.

Esta decision esta basada en la regulacion 18 NYCRR 360-7.5(h).

~\#