

**CNS Paragraph Form**

Date: 05.08.07

**Program Area**            03            (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**    U0117  
**Version Number**        00001  
**Effective Date**         2007  
**Title**                     Continue MA Payment of Health Insurance Premiums,  
                                  Upstate  
**Comment**  
**Reason Code**

We will continue the Medical Assistance payment of health insurance premiums effective \_\_\_\_\_ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-7.5 and Section 367-a of the Social Services Law.

~S/

El programa de Asistencia Medica continuara pagando sus primas de seguro de salud a partir del \_\_\_\_\_ para:

Nombre	No. de ID del cliente
Nombre	No. de ID del cliente
Nombre	No. de ID del cliente

Esta decision se basa en Reglamentacion 18 NYCRR 360-7.5 y las Secciones 367-a de la Ley de Servicios Sociales.