

CNS Paragraph Form

Date: 04.09.08

Program Area **03** **(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**
Paragraph Number **Y0009**
Version Number **00002**
Effective Date **2005** **(YYMMDD)**
Title **Accept SLIMB**
Comment
Reason Code **C44**

We have accepted your application dated _____ to have the Medical Assistance Program pay for your monthly Medicare Part B premium effective _____ for:

Name Client I.D. #
Name #
Name #

You are responsible for premium bills incurred before the effective date listed above.

Please look at the budget calculation section to see how we figured your income.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-7.7(i).

~\S

Hemos aceptado su solicitud de fecha _____ en la que usted solicita que el Programa de Asistencia Medica pague por las primas mensuales de Medicare Parte B, a partir del _____ para :

Nombre # del I.D. del Cliente
Nombre #
Nombre #

Usted es responsable por el pago de facturas de primas contraidas antes de la fecha de vigencia indicada arriba.

Favor de consultar la seccion que trata sobre el calculo del presupuesto para entender como calculamos sus ingresos.

Esta decision esta basada en Regulacion 18 NYCRR 360-7.7(i).