

CNS Paragraph Form

Date: 04.14.2015

Program Area **03** (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number **C0396**
Version Number **00001**
Effective Date **2015** (YYMMDD)
Title **Discontinue Medicaid, Individual Revoked Authorization
for AVS**
Comment
Reason Code **D79**

We will discontinue Medicaid effective _____ for:

Name Client I.D. #
Name #

This is because in order to get Medicaid, you and your spouse (if married) must provide a signed authorization allowing Medicaid to verify your and your spouse's resources with financial institutions.

We have received a request to revoke this authorization for you and/or your spouse. Because the authorization was revoked, you are not eligible for Medicaid.

If Medicaid is paying health insurance premiums, including Medicare, for you, payment of these premiums will be discontinued.

This decision is based on 42 U.S.C. 1396w and Section 366-a(2) of the Social Services Law.

~\S

Suspenderemos Medicaid con vigencia el _____ para:

Nombre # de ID del cliente
Nombre #

Esto es debido a que para obtener Medicaid, usted y su conyuge (si es casado) deben proporcionar una autorizacion firmada que le permite a Medicaid verificar los recursos de usted y su conyuge con las instituciones financieras.

Recibimos una solicitud para revocar esta autorizacion para usted y/o su conyuge. Debido a que la autorizacion fue revocada, usted no es elegible para Medicaid.

Si Medicaid esta pagando las primas del seguro medico, incluyendo Medicare, para usted, el pago de estas primas sera suspendido.

Esta decision se basa en 42 U.S.C. 1396w y Seccion 366-a(2) de la Ley de Servicios Sociales.