

**CNS Paragraph Form**

Date: 04.24.2015

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	<b>(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)</b>
<b>Paragraph Number</b>	<b>D0336</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00001</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2015</b>	<b>(YYMMDD)</b>
<b>Title</b>	<b>Deny Medicaid, Failure to Submit Valid Application</b>	
<b>Comment</b>		
<b>Reason Code</b>	<b>D83</b>	

We have denied the application for Medicaid dated \_\_\_\_\_ for:

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

In order to process your Medicaid application, we requested that you provide one of the following by \_\_\_\_\_:

- an application which has been signed by the applicant, the applicant’s spouse or an authorized representative; or
- written consent from applicant authorizing the person signing the application to apply on his/her behalf; or
- an attestation that the applicant is unable to sign the application or provide written consent for someone else to apply on his/her behalf due to incompetence or incapacity; or
- for a deceased individual, authorization from a surviving spouse or legally appointed estate representative.

Because you did not provide one of these things by the required date, we denied your Medicaid application.

This decision is based on Section 366-a(1) of the Social Services Law.

~\S

Hemos rechazado su solicitud de Medicaid con fecha \_\_\_\_\_ para:

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

A fin de procesar su solicitud de Medicaid, solicitamos que usted presentara uno de los siguientes antes de \_\_\_\_\_:

- una solicitud que haya sido firmada por el solicitante, el conyuge del solicitante o un representante autorizado; o

- consentimiento escrito de un solicitante que autorice a la persona que firma la solicitud para hacer la solicitud en su nombre; o
- un certificado en el que conste que el solicitante no puede firmar la solicitud ni presentar consentimiento escrito para que alguien haga la solicitud a su nombre debido a incompetencia o incapacidad; o
- para una persona fallecida, autorización del conyuge sobreviviente o representante estatal debidamente designado.

Debido a que no presento ninguno de estos documentos en la fecha requerida, rechazamos su solicitud de Medicaid.

Esta decisión esta basada en la Sección 366-a(1) de la Ley de Servicios Sociales.