

CNS Paragraph Form

Date: 09.14.2017

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	D0239	
Version Number	00001	
Effective Date	2017	
Title	Deny MA, Failed to Apply for Medicare	
Comment		
Reason Code	D84 (Upstate)/ H22 (NYC)	

We have denied your application for Medicaid dated _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

Although we told you to apply for MEDICARE, you failed to show us proof that you applied for MEDICARE. Because you are age 65 or older, or will be age 65 within the next 3 months, applying for MEDICARE is a condition of eligibility for Medicaid.

This decision is based on Section 366 (2)(b)(1) of the Social Services Law.

~\S

Hemos denegado su solicitud de Medicaid con fecha _____ para:

Nombre	Nº de id. del cliente
Nombre	Nº
Nombre	Nº

Si bien le indicamos que solicitara MEDICARE, usted no nos presentó el comprobante de la solicitud de MEDICARE. Debido a que es mayor de 65 años o que cumplirá 65 años dentro de los próximos 3 meses, es una condición de elegibilidad para recibir Medicaid que solicite MEDICARE.

Esta decisión se toma en virtud de la Sección 366 (2)(b)(1) de la Ley de Servicios Sociales.