

CNS Paragraph Form

Date: 10.07.13

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	D0221	
Version Number	00001	
Effective Date	2013	(YYMMDD)
Title	Application Received After 1/1/2014 for Categorically MAGI Individuals	
Comment		
Reason Code	DD2	

We received your application dated _____for Medicaid coverage. Your application for the following individuals is being sent to New York’s health benefit exchange, New York State of Health:

Name	Client ID #
Name	#
Name	#

This is because starting January 1, 2014, certain individuals must have their eligibility determined by New York State of Health. Such individuals include:

- Individuals and childless couples who are at least 19 years of age, who do not have Medicare coverage
- Parents, step-parents and caretaker relatives of a dependent child
- Pregnant women and children
- Blind and disabled people who don’t need nursing home or other residential care

New York State of Health will use your application to determine your eligibility. However, you may be contacted by them for additional information if it is needed to determine your eligibility. New York State of Health will send you a notice once your eligibility is determined.

To learn more about New York’s health benefit exchange, New York State of Health, please call 1-855-355-5777 or visit their web site at www.nystateofhealth.ny.gov.

If you have a question about this notice, please call the Unit telephone number listed above

~S\

Recibimos su solicitud con fecha _____para recibir cobertura de Medicaid. Su solicitud para los siguientes individuos sera enviada a la "bolsa de seguros" de Nueva York (New York’s health benefit exchange), New York State of Health:

Nombre	# de ID del cliente
Nombre	#
Nombre	#

Esto se debe a que a partir del 1° de enero de 2014, ciertos individuos deben tener su elegibilidad determinada por New York State of Health. Dentro de este grupo de individuos se incluyen:

- Individuos y parejas sin hijos que tengan al menos 19 años de edad y que no tengan cobertura de Medicare
- Padres y madres, padrastros y madrastras y familiares a cargo de un menor dependiente
- Mujeres embarazadas y niños
- Personas invidentes y con discapacidades que no necesiten de un asilo o de cuidado en el hogar

New York State of Health usará su solicitud para determinar su elegibilidad. Sin embargo, usted puede ser contactado por ellos para obtener información adicional si es necesaria para determinar su elegibilidad. New York State of Health le enviará una notificación una vez que su elegibilidad sea determinada.

Para mayor información acerca de la bolsa de seguros de Nueva York, New York State of Health, por favor llame al 1-855-355-5777 o visite su sitio web: www.nystateofhealth.ny.gov.

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta notificación, por favor llame al número telefónico de la Unidad arriba mencionado.