

CNS Paragraph Form

Date: 09.20.96

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	C0084	
Version Number	00001	
Effective Date	1996	(YYMMDD)
Title	Disc MA OMM/OPWDD, Oxf Home, Case Type 20, Discharge to Community or Article 28 or 31 Facility	
Comment		
Reason Code	E13	

We will discontinue Medical Assistance effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because you no longer reside in a living arrangement that is under the jurisdiction of _____.

You must reapply for Medicaid at your county Social Services office.

This decision is based on Section 366 of the Social Services Law.

~\S

Nosotros discontinuaremos los beneficios de la Asistencia Medica a partir del _____ para:

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

Esto se debe a que usted ya no reside en una situacion de vivienda que esta bajo la jurisdiccion de _____.

Usted debe volver a solicitar los beneficios del Medicaid en la oficina de Servicios Sociales de su condado.

Esta decision esta basada en la Seccion 366 de la Ley de Servicios Sociales.

~\#