

**CNS Paragraph Form**

Date: 02.06.2015

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>D0048</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00002</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2015</b>	(YYMMDD)
<b>Title</b>	<b>Deny MA/FPBP, Death Before Determination Insuff Info to Make Determination</b>	
<b>Comment</b>		
<b>Reason Code</b>	<b>E19</b>	

We have denied your application for Medicaid/Family Planning Benefit Program dated \_\_\_\_\_ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because our records indicate that this individual is deceased and we have insufficient information to complete the Medicaid/Family Planning Benefit Program application process. If there are unpaid medical bills a representative may contact us to complete the Medicaid/Family Planning Benefit Program application process.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-2.2 and 360-2.3 and Section 366-a(2) of the Social Services Law.

~\S

Nosotros hemos rechazado su solicitud de la Medicaid/Programa de Beneficios de Planificacion Familiar fechada el \_\_\_\_\_ para:

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

Esto se debe a que nuestros records indican que este individuo ha fallecido y nosotros no tenemos informacion suficiente para completar el proceso de solicitud para la Medicaid/Programa de Beneficios de Planificacion Familiar. Si hay facturas medicas que aun no han sido pagadas, puede ser que un representante se ponga en contacto con nosotros para completar el proceso de solicitud de beneficios para la Medicaid/Programa de Beneficios de Planificacion Familiar.

Esta decision esta basada en las Regulaciones 18 NYCRR 360-2.2 y 360-2.3 y la Seccion 366-a(2) de la ley de Servicios Sociales.