

CNS Paragraph Form

Date: 02.06.2015

Program Area 03 (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number D0005
Version Number 00003
Effective Date 2015 (YYMMDD)
Title Deny MA, Not a Resident of District
Comment
Reason Code E61

We have denied your application for Medicaid dated _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because you are not a resident of (system generate name of county). If you still want Medicaid, you must apply in the county where you are a resident.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 351.2(g)(1) and Section 365(1) of the Social Services Law.

~\S

Nosotros hemos rechazado su solicitud de la Medicaid fechada el _____ para:

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

Esto se debe a que usted ya no es un residente de (el sistema genera el nombre del condado). Si usted todavia desea recibir los beneficios de la Medicaid, usted debe solicitar en el condado donde usted reside.

Esta decision esta basada en la regulacion 18 NYCRR 351.2(g)(1) y la seccion 365(1) de la ley de Servicios Sociales.