

**CNS Paragraph Form**

Date: 12.22.2014

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>D0004</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00002</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2015</b>	(YYMMDD)
<b>Title</b>	<b>Deny MA/FPBP, Not a Resident of State</b>	
<b>Comment</b>		
<b>Reason Code</b>	<b>E63</b>	

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

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because you are not a resident of this State. You are a resident of another state. Medicaid/Family Planning Benefit Program may only be granted to an eligible resident of New York State.

This decision is based on Section 366(1)(d)(1) of Social Services Law.

~\S

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

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

Esto se debe a que usted no es un residente de este Estado. Usted es residente de otro Estado. Medicaid/Programa de Planificacion Familiar solamente puede asignarse a un residente elegible del Estado de Nueva York.

Esta decision esta basada en la Seccion 366(1)(d)(1) de la Ley de Servicios Sociales.