

**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>D0043</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00003</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2015</b>	(YYMMDD)
<b>Title</b>	<b>Deny MA, Fail to Provide Required Information about Non-Applying LRR</b>	
<b>Comment</b>		
<b>Reason Code</b>	<b>E80</b>	

We have denied your application for Medicaid dated \_\_\_\_\_ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because you failed or refused to verify the income and/or resources of your non-applying legally responsible relative(s).

We must have proof of the income and resources of non-applying legally responsible relative(s) in order to determine your eligibility for Medicaid.

You did not tell us that you were unable to get this information.

You should tell your worker if you are willing to give us this information but are not able to do so or if you have already given us the requested information.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 352.23(a), 351.2(e) and 360-2.3.

~\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 fallo o rehusó verificar el ingreso y/o los recursos de sus parientes que no están solicitando asistencia pero tienen responsabilidad legal sobre usted.

Nosotros debemos tener pruebas del ingreso y de los recursos de sus familiares que no están solicitando asistencia pero tienen responsabilidad legal sobre usted para determinar su elegibilidad para la Medicaid.

Usted no nos dijo que usted no pudo obtener esta informacion.

Usted deberia decirle a su trabajador(a) si usted esta dispuesta a darnos esa informacion pero no puede hacerlo, o si usted ya nos ha dado la informacion requerida.

Esta decision esta basada en las Regulaciones 18 NYCRR 352.23(a), 351.2(e) y 360-2.3.