

CNS Paragraph Form

Date: 01.06.05

Program Area	03 (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	C0101
Version Number	00001
Effective Date	2005 (YYMMDD)
Title	Discontinue QI-1 Coverage, Annual Fund Exhausted
Comment	
Reason Code	E81

We will discontinue Medical Assistance coverage for the Qualified Individual-1 (QI-1) program effective _____ for:

Name Client I.D. #

Name #

Name #

This means that Medical Assistance will no longer pay for your Medicare Part B premium.

The funding provided to New York State by the federal government for this program has been expended for the year. There is no additional money available at this time to reimburse individuals for their Medicare Part B premiums.

Please apply in January of next year when funding is again available for this program.

This decision is based on subdivision 3 of Section 367-a of the Social Services Law.

~\S

Nosotros discontinuaremos la cobertura de Asistencia Medica bajo el programa de Individuos Calificados-1 (QI-1) fechada el _____ para:

Nombre No. del I.D. del Cliente

Nombre #

Nombre #

Esto significa que la Asistencia Medica ya no puede paga por su prima de la Parte B de Medicare.

Los fondos provistos por el gobierno federal al Estado de Nueva York para este

programa han sido gastados para el año. No existe dinero adicional disponible en este momento para reembolsar a individuos por las Partes B de las primas del Medicare.

Por favor solicite en enero del próximo año cuando los fondos para este programa estarán disponibles otra vez.

Esta decisión está basada en la subdivisión 3 de la sección 367-a de la Ley de Servicios Sociales.

~\#