

CNS Paragraph Form

Date: 06.24.03

Program Area **03** (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number **D0074**
Version Number **00001**
Effective Date **2003** (YMMMDD)
Title **Deny QI-1 Annual Fund Exhausted**
Comment
Reason Code **E81**

We have denied your application dated _____ for the Medicare Part B Premium Payment Program.

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This means that Medical Assistance cannot 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 hemos rechazado su solicitud fechada el _____ para el Programa de Pago de Primas del Medicare Parte B.

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

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

Los fondos provistos por el gobierno federal al Estado de Nueva York para este programa han sido gastados para el ano. 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 proximo ano cuando los fondos para este programa estaran disponibles otra vez.

Esta decision esta basada en la subdivision 3 de la seccion 367-a de la ley de Servicios Sociales.

~\#