

CNS Paragraph Form

Date: 11.25.2014

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	C0026	
Version Number	00002	
Effective Date	2015	(YYMMDD)
Title	Disc Client Request	
Comment		
Reason Code	E90	

We will discontinue Medicaid/Family Planning Benefit Program effective _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because you asked us to close your Medicaid/Family Planning Benefit Program case.

You can reapply for Medicaid/Family Planning Benefit Program if you want to receive it again.

This decision is based on Sections 366(1)(b)(6) and 366-a(5)(a) of the Social Services Law.

~\S

Discontinuaremos su plan de Medicaid/Programa de Beneficios para la Planificacion Familiar a partir de/del _____ para:

Nombre	# No. del I.D. del cliente
Nombre	#
Nombre	#

Esto se debe a que usted nos pidio que cerramos su caso de Medicaid/Programa de Beneficios para la Planificacion Familiar.

Usted puede volver a solicitar la Medicaid/Programa de Beneficios para la Planificacion Familiar si usted desea recibirla nuevamente.

Esta decision esta basada en las Secciones 366(1)(b)(6) y 366-a(5)(a) de la ley de Servicios Sociales.