

**CNS Paragraph Form**

Date: 12.01.2014

**Program Area**        **03**        (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**   **C0012**  
**Version Number**      **00003**  
**Effective Date**        **2015**      (YYMMDD)  
**Title**                    **Disc MA, Failure to Apply for SSI**  
**Comment**  
**Reason Code**         **F12 (Upstate) / F12 (NYC)**

We will discontinue Medicaid effective \_\_\_\_\_ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because a person must apply for benefits which can reduce or end the person's need for Medicaid. You appear to be eligible for Social Security benefits, and we told you to apply for them, and you failed to apply for these benefits at the Social Security Office.

If Medicaid is paying health insurance premiums, including Medicare, for you, payment of these premiums will be discontinued.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-2.3(c)(1).

~\S

Nosotros discontinuaremos la Medicaid a partir de/del \_\_\_\_\_ para:

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

Esto se debe a que una persona debe solicitar los beneficios que pueden reducir o cancelar la necesidad de una persona para la Medicaid. Aparentemente, usted es elegible para beneficios del Seguro Social, y nosotros le dijimos que los solicite. Usted fallo al no solicitar estos beneficios en la Oficina del Seguro Social.

Si Medicaid le esta pagando las primas de seguro medico, inclusive las de Medicare, el pago de dichas primas se suspendera.

Esta decision esta basada en la regulacion 18 NYCRR 360-2.3(c)(1).