

**CNS Paragraph Form**

Date: 12.24.2014

**Program Area**            03            (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**    D0008  
**Version Number**        00003  
**Effective Date**         2015        (YYMMDD)  
**Title**                     Deny MA, Failure to Enroll in a Group Health Plan  
**Comment**  
**Reason Code**            F40

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

Name            Client I.D. #  
Name            #  
Name            #

This is because when a group health insurance plan is available for free where you work you must sign up for such health insurance plan. You have refused to sign up for a group health insurance plan where you work even though it is free.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-3.2(h).

~\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 cuando un plan de seguro de salud para un grupo esta disponible gratuitamente donde usted trabaja, usted debe inscribirse para ese plan de seguro de salud. Usted se ha negado a inscribirse para un plan de seguro de salud en grupo donde usted trabaja aunque este es gratuito.

Esta decision esta basada en la regulacion 18 NYCRR 360-3.2(h).