

CNS Paragraph Form

Date: 02.06.2015

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	D0050	
Version Number	00002	
Effective Date	2015	(YYMMDD)
Title	Deny MA/FPBP, Voluntary Withdrawal of Application	
Comment		
Reason Code	H15	

We have withdrawn your application for Medicaid/Family Planning Benefit Program dated _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because you said that you did not want Medicaid/Family Planning Benefit Program.

This decision is based on Section 366-a of the Social Services Law.

~\S

Hemos retirado su solicitud de Medicaid/Programa de Beneficios para la Planificacion Familiar fechada el _____ para:

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

Esto se debe a que usted dijo que no deseaba recibir los beneficios de Medicaid/Programa de Beneficios para la Planificacion Familiar.

Esta decision esta basada en la Seccion 366-a de la ley de Servicios Sociales.