

**CNS Paragraph Form**

Date: 04.06.2015

**Program Area**           **03**           **(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**  
**Paragraph Number**   **D0041**  
**Version Number**       **00003**  
**Effective Date**       **2016**     **(YYMMDD)**  
**Title**                   **Deny MA, Fail to Verify Reason not Good-Intro**  
**Comment**  
**Reason Code**           **U21**

We have denied your application for Medicaid/Family Planning Benefit Program dated \_\_\_\_\_ for:

Name           Client I.D. #  
Name           #  
Name           #

This is because we must have certain things to decide if you can get Medicaid/Family Planning Benefit Program. You did not give us all the things we need to decide if you can get Medicaid/Family Planning Benefit Program. You failed to provide:

~\S

Hemos rechazado su solicitud de Medicaid/ Programa de Planificacion Familiar con fecha \_\_\_\_\_ para:

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

Esto se debe a que necesitamos tener ciertos documentos para decidir si usted puede obtener Medicaid/ Programa de Planificacion Familiar. Usted no nos dio todo lo que necesitamos para decidir si puede obtener Medicaid/ Programa de Planificacion Familiar. No entrego: