

**CNS Paragraph Form**

Date: 11.25.2014

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	<b>(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)</b>
<b>Paragraph Number</b>	<b>C0070</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00005</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2015</b>	
<b>Title</b>	<b>Disc MA/FPBP Currently in Receipt of Assistance Within Same District, Adequate No AC</b>	
<b>Comment</b>		
<b>Reason Code</b>	<b>U66</b>	

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

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because you are already receiving Medicaid/Family Planning Benefit Program under case number \_\_\_\_\_. If you do not have a New York State Benefit Identification card, call the number at the top of this notice.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 351.9 and Sections 366(1)(b)(6) and 366-a(2) of the Social Services Law.

~\S

Suspenderemos los beneficios que usted recibe del Programa de Medicaid/Planificacion Familiar a partir del \_\_\_\_\_ para:

Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	#
Nombre	#

Esto se debe a que usted ya recibe Medicaid/Planificacion Familiar bajo el siguiente numero de caso \_\_\_\_\_. Si usted no tiene una tarjeta de Identificacion de Beneficios del Estado de Nueva York, llame al numero de telefono indicado en la parte de arriba de este aviso.

Conforme Reglamentacion 18 NYCRR 351.9 y las Secciones 366(1)(b)(6) y 366-a(2) de la Ley de Servicios Sociales.