

**CNS Paragraph Form**

Date: 12.22.2014

**Program Area**            **03**            (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**   **D0070**  
**Version Number**        **00002**  
**Effective Date**         **2015**        (YYMMDD)  
**Title**                      **Deny MA/FPBP, Concurrent Benefits Intra or Inter State**  
**Comment**  
**Reason Code**            **U79**

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

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because we believe you are already receiving Medicaid/Family Planning Benefit Program in another location.

Your identity matches that of a person who is already receiving benefits in (LOCATION). Because the identities match, we have determined that you and that person are the same person.

When the identity of an applicant or recipient matches that of a person who is already receiving benefits from another State or county, that person is not eligible for additional benefits.

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

Nosotros hemos rechazada su solicitud de la Medicaid/Programa de Planificacion Familiar fechada el \_\_\_\_\_ para:

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

Esto se debe a que creemos que usted ya esta recibiendo Medicaid/Programa de Planificacion Familiar en otro lugar.

Su filiacion corresponde a la de una persona que ya esta recibiendo beneficios en (location). Debido a que las identidades emparejan, nosotros hemos determinado que usted y esa persona son la misma persona.

Cuando la filiacion de un solicitante o de un beneficiario corresponde a la de una persona que ya esta recibiendo beneficios de otro Estado o Condado, esa persona no es elegible para beneficios adicionales.

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