

**CNS Paragraph Form**

Date: 12.22.2014

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>D0013</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00003</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2015</b>	(YYMMDD)
<b>Title</b>	<b>Deny MA/FPBP, Failure to Provide SSN</b>	
<b>Comment</b>		
<b>Reason Code</b>	<b>V31</b>	

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

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

For each member of the household for whom an application for Medicaid/Family Planning Benefit Program is made, a Social Security number must be provided to the agency or the agency must be provided with proof that an application has been made for a social security number for such person. You did not give us a Social Security number(s) or apply for (a) Social Security number(s) for:

\_\_\_\_\_.

This decision is based on Sections 366(1)(b)(6), 366-a(2) and (5) of the Social Services Law.

~\S

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

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

Para cada miembro del hogar para quien se haga una solicitud de Medicaid/Programa de Planificacion Familiar, debe proporcionarse a la agencia el numero de seguridad social de tal miembro del hogar o debe presentarse a la agencia una prueba de que se ha hecho una solicitud de numero de seguridad social para ese miembro del hogar. Usted no presento el (los) numero(s) de seguridad social ni solicito un numero o numeros de seguridad social para:

\_\_\_\_\_.

Esta decision esta basada en las Seccions 366(1)(b)(6), 366-a(2) y (5) de la ley de Servicios Sociales.