

CNS Paragraph Form

Date: 11.25.2014

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	C0072	
Version Number	00004	
Effective Date	2015	(YYMMDD)
Title	Disc MA Fail to Contact Agency	
Comment		
Reason Code	V38	

We will discontinue Medicaid/Family Planning Benefit Program effective (date) for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because we sent a letter to you asking you to contact us by (date) for additional information needed to determine your continued eligibility for Medicaid/Family Planning Benefit Program and you failed to do so.

Therefore, we cannot determine your continuing eligibility for Medicaid/Family Planning Benefit Program.

If you did contact us by (date), please tell your worker right away.

If Medicaid is paying health insurance premiums, including Medicare, for you, payment of these premiums will be discontinued.

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

~\#

Nosotros discontinuaremos Medicaid/Programa de Planificacion Familiar a partir del (date) para:

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

Esto se debe a que nosotros le enviamos una carta pidiendole que se ponga en contacto con nosotros antes del (date) para recibir informacion adicional para determinar su continua elegibilidad para Medicaid/Programa de Planificacion Familiar y usted no lo hizo.

Por lo tanto, nosotros no podemos determinar su continua elegibilidad para la Medicaid/Programa de Planificacion Familiar.

Si usted se puso en contacto con nosotros antes del (date), por favor informe a su trabajador(a) inmediatamente.

Si Medicaid le esta pagando las primas de seguro medico, inclusive las de Medicare, el pago de dichas primas se suspendera.

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