

CNS Paragraph Form

Date: 12.05.13

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
<b>Paragraph Number</b>	<b>D0138</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00003</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>2014</b>	(YYMMDD)
<b>Title</b>	<b>Deny Family Planning No App for MA</b>	
<b>Comment</b>	attach S0033	
<b>Reason Code</b>	<b>V85</b>	

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

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because your gross income of \$\_\_\_\_\_ is over \$\_\_\_\_\_, which is the income limit for the Family Planning Benefit Program.

Please look at the budget calculation section to see how we determined your income.

When you applied for the Family Planning Benefit Program, you indicated you did not want to apply for Medicaid. If you think you may need Medicaid, you may reapply at any time.

This decision is based Section 366(1)(b) of Social Services Law.

~\S

Hemos denegado su solicitud para el Programa de Planificacion Familiar de fecha \_\_\_\_\_ para:

Nombre	No. del I.D. del cliente
Nombre	#
Nombre	#

Ello se debe a que su ingreso de \$\_\_\_\_\_ sobrepasa por \$\_\_\_\_\_, limite establecido por el Programa de Planificacion Familiar.

Consulte la seccion de calculo de presupuesto para entender la manera en que determinamos sus ingresos.

Cuando usted solicito para el Programa de Planificacion Familiar, usted indico que no queria solicitar del programa de Medicaid. Si cree que necesita Medicaid, puede someter una solicitud cuando lo desee.

Esta decision se basa en la Seccion 366(1)(b) de la Ley de Servicios Sociales.