

**CNS Paragraph Form**

Date:

<b>Program Area</b>	<b>03</b>	<b>(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)</b>
<b>Paragraph Number</b>	<b>D0045</b>	
<b>Version Number</b>	<b>00002</b>	
<b>Effective Date</b>	<b>03.29.02</b>	
<b>Title</b>	<b>Medicare Buy-In Program (SLIMB)</b>	
<b>Comment</b>		
<b>Reason Code</b>	<b>X53</b>	

We have denied your application dated \_\_\_\_\_for the Medical Assistance payment of the Medicare Part B premium for:

Name            Client I.D. #

Choose One of the Following Messages

Message 1 - Over Income

This is because your net income (gross income less Medical Assistance deductions) of \$\_\_\_\_\_ is over the income limit of \$\_\_\_\_\_.

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

Message 2 (Not Enrolled or Eligible for Part A)

This is because you are not (enrolled in) (eligible for) Medicare Part A from the Federal Social Security Administration.

Message 3 (Other)

This is because:\_\_\_\_\_

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-7.7.

~\S

Nosotros hemos rechazado su solicitud de fecha \V1\ relativa al pago de la prima de la Parte B del Medicare por parte de la Asistencia Medica para:

Nombre      No. de I.D. del Cliente

Message 1 - Over Income

Esto se debe a que sus ingresos neto (ingresos bruto menos las deducciones de Asistencia Medica) de \$\_\_\_\_\_ excede el limite de ingresos de \$\_\_\_\_\_.

Favor de fijarse en la seccion referente al calculo del presupuesto para ver como calculamos su ingreso.

Message 2 (Not Enrolled or Eligible for Part A)

Esto se debe a que usted (no se inscribio en el)(no es elegible para el) Medicare, Parte A, de la Administracion del Seguro Social Federal.

Message 3 (Other)

Esto se debe a que:\_\_\_\_\_

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 360-7.7.

~\#