

CNS Paragraph Form

Date: 11.6.2019

Program Area **03** **(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**
Paragraph Number **U0038**
Version Number **00003**
Effective Date **2019** **(YYMMDD)**
Title **Four Month Child Support Extension**
Comment
Reason Code **C16**

We will continue Medicaid coverage for four months until _____ for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because recipients whose income is over the Low Income Family income limit due to receipt of or increase in child or spousal support are eligible for an additional four months of Medicaid.

During the four month extension period, you will be contacted by this agency to determine continuing eligibility for Medicaid.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-3.3(c).

~\S

Nosotros continuaremos con la cobertura de la Medicaid por cuatro meses hasta el _____ para:

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

Debido a que los beneficiarios cuyos ingresos exceden el limite de ingresos para Familias de Bajos Ingresos por recibir manutencion infantil o sustento o por haber aumentado el dinero que reciben de manutencion infantil o sustento son elegibles para cuatro meses adicionales de Medicaid.

Durante el periodo de extension de cuatro meses, esta agencia se pondra en contacto con usted para determinar su continua elegibilidad para la Medicaid.

Esta decision esta basada en la Regulacion 18 NYCRR 360-3.3(c).