

CNS Paragraph Form

Date: 06.07.2019

Program Area **03** **(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)**
Paragraph Number **U0188**
Version Number **00006**
Effective Date **2019** **(YYMMDD)**
Title **RMA To FPBP**
Comment
Reason Code **C49**

We will change your coverage from Medicaid with a spenddown under the Refugee Medical Assistance Program (RMA) to Family Planning Benefit Program coverage for:

Name	Client I.D. #
Name	#
Name	#

This is because you have reached the end of your initial eligibility period of Medicaid eligibility under the RMA program.

Your RMA coverage will end effective _____. Your Family Planning Benefit Program coverage will begin on _____. You are eligible for the Family Planning Benefit Program because your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$_____ is under the Family Planning Benefit Program income limit of \$_____.

Family Planning services are services that may help prevent or reduce unwanted pregnancies. The Family Planning service package includes certain prescription and non-prescription drugs, medical supplies, transportation, sterilization and medical counseling. If you do not want Family Planning services for the individual(s) listed above, let your worker know.

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

This decision is based on Sections 366(1)(b)(6) and 373.2 of the Social Services Law.

~/S

Cambiaremos su cobertura de Medicaid con requisito de sobrante bajo el Programa de Asistencia para Refugiados (RMA) al Programa de Planificacion Familiar, para:

Nombre	# de ID del cliente:
Nombre	#
Nombre	#

Esto se debe a que usted ya llego al final de su periodo inicial de habilitacion segun los requisitos de habilitacion de Medicaid bajo el programa RMA.

Su cobertura de RMA terminara a partir del _____. Su cobertura bajo el Programa de Beneficios de Planificacion Familiar comenzara el _____. Usted reúne las condiciones para participar en el Programa de Planificacion Familiar porque el monto de sus ingresos netos (ingresos brutos menos deducciones de Medicaid) de \$_____, es inferior al limite de ingresos de \$_____, establecido por el Programa de Planificacion Familiar.

Los servicios de Planificacion Familiar pueden ayudarle a evitar o reducir la incidencia de embarazos no deseados. El paquete de servicios de Planificacion Familiar incluye ciertos medicamentos recetados como tambien de venta libre, suministros medicos, transporte, esterilizacion y asesoramiento medico. Si usted no desea servicios de Planificacion Familiar para la(s) persona(s) indicada(s) arriba, comuniquese a la persona a cargo de su caso.

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

Conforme las Secciones 366(1)(b)(6) y 373.2 de la Ley de Servicios Sociales.