

CNS Paragraph Form

Date: 08.19.2015

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	S0034	
Version Number	00003	
Effective Date	2016	(YYMMDD)
Title	NY State of Health to Local Social Service District, Application for Medical Coverage	
Comment	See "How to create and release a TT1 notice"	
Reason Code	TT1	

NY State of Health Account Holder's Name _____
Application Date _____

Enclosed is the application required to determine Medicaid eligibility for the following individuals:

Name	Client ID #
Name	#
Name	#

This application is being sent to you for one of the following reasons:

- NY State of Health determined that your Modified Adjusted Gross Income was over the allowable income level;
- due to your age (65 years or older) or receipt of Medicare benefits, NY State of Health could not determine your eligibility;
- you requested coverage for medical bills in the three month period prior to your application; or
- you have requested services which can only be accessed through your local department of social services.

However, your Medicaid eligibility can be determined on a different basis that takes into account both your income and certain deductions that were not applied by NY State of Health. If your income is still over the allowable Medicaid income level after this determination, you may be eligible to participate in the Excess Income Program. This eligibility can only be determined by your Local Department of Social Services.

To have us determine your eligibility, you will need to complete and sign the application included with this letter and provide required documentation. The "Documentation Checklist" in the application lists the types of proof. We will use the application date noted at the top of this letter.

If you are blind, disabled, or age 65 or over, you may be contacted by your local social services department for additional information and documentation of your resources.

You may call your Local Department of Social Services for help with this application. You must return the application and documentation to the address listed above by _____ . You may wish to keep a copy of this application for your records.

If we do not receive the requested information, we will not be able to determine your Medicaid eligibility and your application will be denied.

MAKE SURE YOU ANSWER EVERY QUESTION AND SIGN THE APPLICATION. RETURN ALL PAGES AND THE DOCUMENTATION BY MAIL OR IN PERSON TO YOUR LOCAL DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES OFFICE. YOU DO NOT NEED TO COME IN FOR AN INTERVIEW.

~S/

NY State of Health Nombre del titular de la cuenta _____

Fecha de la solicitud _____

Adjunto encontrara la solicitud que se requiere para determinar la elegibilidad a Medicaid de las siguientes personas:

Nombre	No. de Id. del cliente
Nombre	No.
Nombre	No.

Se le envia esta solicitud por uno de los siguientes motivos:

- NY State of Health determino que sus Ingresos brutos modificados ajustados son superiores al nivel de ingresos permitido;
- debido a su edad (65 anos de edad o mas) o por los beneficios de Medicare que recibe, NY State of Health no pudo determinar su elegibilidad;
- solicito cobertura para facturas medicas de un periodo de tres meses anterior a su solicitud; o
- solicito servicios cuyo acceso es a traves del departamento de Servicios Sociales local.

Sin embargo, su elegibilidad para recibir Medicaid se puede determinar en una base diferente que tome en cuenta tanto los ingresos como ciertas deducciones que no aplico NY State of Health. Si sus ingresos superan los ingresos limite permitidos por Medicaid despues de esta determinacion, puede ser elegible para participar en el Programa de ingresos en exceso (Excess Income Program). La elegibilidad solo la puede determinar su Departamento de Servicios Sociales local.

Para que podamos determinar su elegibilidad, debera completar y firmar la solicitud que se incluye con esta carta y proporcionar la documentacion requerida. La "Lista de verificacion de la documentacion" en la solicitud enumera todos los tipos de comprobante. Usaremos la fecha de la solicitud que se anoto en la parte superior de esta carta.

Si es una persona ciega, discapacitada o tiene 65 años de edad o más, podría ser que el departamento de Servicios Sociales local se comunique con usted para obtener más información y documentos de sus recursos.

Puede llamar a su Departamento de Servicios Sociales para obtener ayuda con esta solicitud. Debe enviar de vuelta esta solicitud y la documentación a la dirección indicada, antes del _____. Quizás desee conservar una copia de esta solicitud para sus registros.

Si no recibimos la información solicitada, no podremos determinar su elegibilidad para Medicaid y se rechazará su solicitud.

ASEGURESE DE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS Y FIRMAR LA SOLICITUD. DEVUELVA TODAS LAS PAGINAS Y LA DOCUMENTACION POR CORREO O EN PERSONA A LA OFICINA DE SERVICIOS SOCIALES. NO TIENE QUE PRESENTARSE PARA UNA ENTREVISTA.