

CNS Paragraph Form

Date: 10.05.2023

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	U0309	
Version Number	00001	
Effective Date	2023	
Title	MA Renewal Based on RFI Data Sources	
Comment		
Reason Code	CA1	

We will continue Medicaid coverage for:

Name	Client I.D. #
Name	Client I.D. #

This is because we used data sources to determine that your Medicaid coverage could be continued.

Also, if we are paying your Medicare Part B premium, we will continue to pay your premium payments.

Report any changes in income, health insurance, resources or other changes for:

- Any person receiving Medicaid
- Spouse

Income changes we must know about:

- Any change in earned income or pay from retirement, pensions, annuities or Veterans benefits
- Any new income

Health Insurance changes we need to know about:

- If you have a new health insurance, including Medicare supplements
- Any changes in premium that you pay for health insurance
- Any health insurance coverage that has been cancelled

Other changes that need to be reported:

- name
- marital status
- pregnancy
- immigration status
- home address, mailing address or phone number

If you have any questions, please contact your local Department of Social Services.

This decision is based on Section 366-a of Social Services Law.

~S/

Continuaremos la cobertura de Medicaid de:

Nombre: No. de ID del cliente:

Nombre: No. de ID del cliente:

Esto se debe a que usamos fuentes de datos para determinar que su cobertura de Medicaid podía continuar.

Ademas, si pagamos la cuota de su prima Medicare Parte B, continuaremos haciendo los pagos de esa prima.

Informe de todo cambio en ingresos, seguro de salud, recursos y demas cambios en cuanto a:

- Toda persona que reciba Medicaid
- El conyugue

Cambios en ingresos que usted debe informar:

- Toda cambio en pagos que se reciben de jubilacion, pensiones, anualidades o beneficios a veteranos.
- Un nuevo ingreso

Cambio en seguro de salud que debe informar:

- Si tiene un nuevo seguro de salud, inclusive un suplemento de Medicare
- Todo cambio en pagos de primas por seguro medico
- Toda cobertura de seguro de salud que haya sido cancelada

Otros cambios de debe informar:

- nombre
- estado civil
- embarazo
- estado migratorio
- domicilio, direccion de correo y numero de telefono

Si desea informar cambios o si tiene preguntas, llame el departamento local de servicios sociales.

Esta decision se basa en la Seccion 366-a de la Ley de Servicios Sociales.