

Departamento de Servicios Sociales del Condado _____ de Carolina del Norte

Solicitud voluntaria para finalizar Medicaid

Identificador de caso: _____

Trabajador: _____

Fecha de creación: _____

Nombre

Dirección

Esta carta se envía por correo a su hogar porque el Departamento de Servicios Sociales del Condado _____ (County Department of Social Services, DSS) recibió una solicitud verbal para que se finalicen los beneficios de Medicaid. Si ya no quiere finalizar sus beneficios de Medicaid, ignore esta carta.

Usted, su cónyuge o sus hijos pueden seguir siendo elegibles para Medicaid. Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con su trabajador social de Medicaid al:

_____.

Si quiere finalizar sus beneficios de Medicaid, complete y firme este formulario y entréguelo al DSS del condado _____. Sus beneficios de Medicaid no finalizarán sin una solicitud por escrito.

Miembros del hogar de Medicaid que solicitan la finalización de Medicaid:

Comprendo que yo, mi cónyuge o mis hijos pueden seguir siendo elegibles para Medicaid. Estoy solicitando que los beneficios de Medicaid finalicen para los beneficiarios de Medicaid mencionados anteriormente porque:

Firma

Fecha