

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