

Уведомление о неполном заявлении

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Здравствуйтесь \_\_\_\_\_,

Недавно вы отправили заявление на получение медицинской страховки в \_\_\_\_\_ Департамент социального обслуживания округа. Мы не можем принять ваше заявление по причинам, указанным ниже. Прежде чем отправить заявку в прилагаемом конверте, заполните недостающие поля.

**Важно, чтобы вы повторно отправили заявление как можно скорее.**

Если вас признали соответствующим требованиям **Medicaid**, вы сможете пользоваться льготами не ранее чем за 3 календарных месяца до месяца получения нами полного заявления.

Если вас признали соответствующим требованиям **NC Health Choice**, вы сможете пользоваться льготами только начиная с того месяца, когда мы получим полное заявление.

Если у вас есть вопросы, свяжитесь с нами по указанному ниже номеру телефона. Спасибо.

**Ваше заявление не может быть принято, потому что:**

\_\_\_\_\_ Вы не подписали форму заявления.

\_\_\_\_\_ Заявление не было подписано заявителем или уполномоченным представителем. Для того чтобы заявление было подписано, необходимо предоставить письменное указание уполномоченного представителя во время подачи заявления.

\_\_\_\_\_ Нам нужно полное имя/дата рождения/пол человека (людей), подающего заявление.

\_\_\_\_\_ Нам необходимо полное имя/дата рождения/пол ребенка (детей) в возрасте до 19 лет, для которого запрашивается медицинское страхование.

\_\_\_\_\_ Нам нужен ваш полный почтовый адрес.

\_\_\_\_\_ Мы не можем прочитать ваше заявление. Приходите к нам в офис за помощью или попросите сотрудника департамента здравоохранения или друга помочь вам заполнить прилагаемую форму заявления.

**Для обработки вашего заявления нам также потребуется следующее:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

С уважением,

\_\_\_\_\_  
**Подпись социального работника и дата подписания**

\_\_\_\_\_  
Номер телефона