

# CARTA DE TRASLADO DE CONDADO

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del condado que transfiere: \_\_\_\_\_

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

Número de identificación del caso: \_\_\_\_\_

Número de caso del condado: \_\_\_\_\_

Programa/Categoría: \_\_\_\_\_

Estimado/a \_\_\_\_\_,

Desde que se mudó a el condado de \_\_\_\_\_ del condado de \_\_\_\_\_, y planea quedarse allí de forma permanente, terminaremos su asistencia en el condado de \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_. Debe comunicarme cualquier cambio en su situación antes de esta fecha.

El Departamento de Servicios Sociales del Condado de \_\_\_\_\_ se hará cargo de su caso a partir de \_\_\_\_\_. Deberá ponerse en contacto con esa oficina para elegir un proveedor de Community Care of North Carolina/Carolina Access (CCNC) para usted y su familia.

Su oficina se encuentra en: \_\_\_\_\_.

Su número de teléfono es \_\_\_\_\_.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Trabajador social de mantenimiento de ingresos

Original: Beneficiario

CC: \_\_\_\_\_ Condado  
de registro de elegibilidad

MAF-C Job Bonus \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
MAF-C 12 Month Extended \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
MAF-C 1 Month (WFFA transfer) \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
MIC Continuous Eligibility \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
AAF pymt type 4 (4 mo. transitional) \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ AAF pymt type 5 (12 mo. transitional) \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ NCHC \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
Automatic Newborn \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_