

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 _____