PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
CAMBIO EN LA PARTE DEL COSTO

(COUNTY STAMP)

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

Distrito: _____

Cambio en la parte del costo para: _____

_____

_____
(Nombres)

Su parte del costo se ha cambiado a $_____ al mes, a partir del _____ porque:

Su nueva parte del costo se determinó de la siguiente manera:

Ingresos Brutos Mensuales	$ _____
Ingresos Mensuales Netos que no Están Exentos	$ _____
Ingresos Necesarios para Mantenerse	$ _____
Ingresos en Exceso/Parte del Costo	$ _____

Los ordenamientos que exigen esta acción son la(s) siguiente(s) sección(es) del Título 17 del Código Administrativo de California: 1498, et seq.

LLEVE SU TARJETA DE PLÁSTICO A SU PROVEEDOR MÉDICO CADA VEZ QUE USTED NECISITE RECIBIR CUIDADO. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PLÁSTICO.

Si usted tiene preguntas acarca de esta acción, o si existen más datos acerca de sus condiciones que no nos ha reportado, por favor escriba o llame por teléfono. Le contestaremos sus preguntas o haremos una cita para verle.

_____ Trabajador(a) de Elegibilidad

_____ Teléfono

_____ Fecha

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTE AVISO