PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS DEL CONDADO
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
DESCONTINUACIÓN DE BENEFICIOS DEBIDO A QUE EL REPORTE DE CONDICIONES NO SE RECIBIO O NO SE COMPLETO

(COUNTY STAMP)

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

Distrito: _____

Descontinuación para: _____

_____
(Nombres)

❒ Su elegibilidad para recibir beneficios de CMSP se descontinuará a partir del último día de _____.

Esta es la razón:

La razón para que se lleve a cabo esta descontinuación es que usted no nos proporcionó la información necesaria para continuar su elegibilidad cuando ésta se necesitaba. Su Reporte de Condiciones de CMSP completo para el mes de _____ no se recibió a más tardar en la fecha en que se venció.

❒ Hemos recibido su Reporte de Condiciones de CMSP para el mes de _____; sin embargo, éste no estaba completo. Usted no obtendrá beneficios de CMSP a partir del último día de _____. No obstante, si usted nos envía la siguiente información a más tardar el _____ se podría restaurar su elegibilidad para CMSP.

Por favor envíenos:

NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PLÁSTICO. Usted puede utilizarla de nuevo si llega a reunir los requisitos para recibir beneficios de CMSP.

Los ordenamientos que requieren esta acción son las secciones 1498 et seq. del Título 17 del Código de Ordenamientos de California.

Si tiene alguna pregunta sobre esta acción, por favor escriba o llame por teléfono. Le contestaremos sus preguntas o haremos una cita para verle. Usted puede volver a solicitar beneficios de CMSP en cualquier momento.

_____	_____	_____
Trabajador(a) de Elegibilidad	Teléfono	Fecha

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTE AVISO