

Ejemplo de aviso de renovación de la asistencia médica

nfAptSuite addressLine1
addressLine2
city, state zipCode

Identificador del Caso: caseReference
Trabajador del Caso: nfUserFullName
Fecha en que se genero: nfDateGenerated
Fecha de vencimiento: nfDueDate

nfAptSuite addressLine1
addressLine2
city, state zipCode

correspondentName
nfAptSuite addressLine1
addressLine2
city, state zipCode

Aviso de Renovacion de Asistencia Medica

Es tiempo de renovar su Seguro de Medicaid o NC Health Choice (Eleccion de Salud). Puede hacer la renovacion por correo, por teléfono o en persona.

Por favor proporcione la información requerida y complete esta forma a mas tardar en:

- Conteste todas las preguntas en la forma
- Agregue la información faltante
- Si la información ha cambiado, escriba la nueva información
- Firme la forma
- **Regrese esta forma a mas tardar en nfDueDate**
Si usted no regresa la forma antes de la fecha de vencimiento, usted puede perder su cobertura Medica (seguro medico).

Ejemplo de formulario de solicitud de información

Solicitud de información

A: _____ Nº de caso del condado _____
Dirección: _____ Nº de Distrito _____
_____ Nombre del trabajador _____
Fecha: _____ Número de teléfono _____

Necesitamos mas información para procesar su solicitud/ renovación para Medicaid o solicitud Asistencia Especial. Para asegurar que no haya retraso en el tramite de su solicitud, proporcione la información que le pedimos para _____. De esta manera su solicitud o registraci3n sera procesada sin retraso. Comuniquese con su trabajador si necesita mas tiempo.

Si no puede conseguir los articulos indicatos, hay otros que se pueden usar. Continue leyendo para enterarse de otros articulos que podemos aceptar.

- 1. Facturas médicas desde _____ hasta la fecha y cualquier otra factura médica anterior no pagada.
- 2. Verificación médica del embarazo _____
- 3. FL-2 completado por el médico _____
- 4. Comprobante de ingresos para _____ durante el/los mes(es) de _____
- 5. Comprobante de ingresos y gastos de trabajadores autónomos de _____ o la declaración de impuestos para el año _____
- 6. Número de cuenta bancaria o estado(s) de cuenta que demuestren el saldo para los meses de _____
- 7. Firma de _____ en el formulario de consentimiento, autorizado a Servicios Sociales obtener su información bancaria.
- 8. Pólizas de seguro de vida o el nombre de las compañías de seguro y los números de póliza para _____
- 9. Prueba del beneficiario de la anualidad o renta vitalicia _____
- 10. Prueba que el programa de Medicaid del estado de Carolina del Norte es nombrado como Beneficiario Sobrante _____
- 11. Nombre y contacto de quien le ortoga la anualidad o renta vitalicia. _____
- 12. Número del Seguro Social para _____
- 13. Documentación de estado legal de extranjero para _____