

**PROGRAMA DE SERVICIOS
MÉDICOS DEL CONDADO
AVISO DE ACCIÓN
NEGACIÓN/DESCONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS**

(County Stamp)

Número del caso: _____

Distrito: _____

Negación/descontinuación para: _____

(Nombres)

Hemos revisado toda la información de que disponemos tocante a su situación y hallamos que:

Su aplicación para CMSP fechada el _____ ha sido negada.
(Día) (Mes) (Año)

Su elegibilidad para recibir CMSP ha sido descontinuada a partir del último día del mes de _____.

Esta negación/descontinuación se hace porque:

No tire su tarjeta de identificación de CMSP. Usted puede utilizarla otra vez si usted es elegible de nuevo para CMSP o Medi-Cal. La autoridad que requiere esta acción esta en la carta "CMSP All County Letter No. 04-07" o en las secciones 3-019, 3-029, 3-031 del Manual de la Elegibilidad de CMSP.

Si Ud. tiene alguna pregunta acerca de esta acción o alguna información adicional pertinente a su situación que no nos haya reportado, haga el favor de escribirnos o llamarnos por teléfono. Responderemos a sus preguntas o haremos una cita para verle personalmente. Recuerde que esta acción solamente tiene que ver con la información que Ud. nos reportó y que Ud. puede volver a hacer una aplicación cuando quiera.

Trabajador de Elegibilidad

Número de Teléfono

Fecha