

**PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL
CONDADO
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
DENEGACIÓN
DE BENEFICIOS RETROACTIVOS**

(Sello del condado)

Número del _____

Distrito: _____

Denegación para: _____

(Nombres)

Hemos revisado toda la información de la que disponemos sobre su situación. Hallamos que su solicitud de beneficios retroactivos bajo el CMSP ha sido negada para (mes/año) _____.

La razón de esta negación es:

No deseche su tarjeta plástica de identificación. Puede utilizarla de nuevo si cumple en el futuro con los requisitos para recibir prestaciones bajo el programa CMSP o Medi-Cal. La autoridad que requiere que se tome esta medida se encuentra en la carta dirigida a todos los condados (All County Letter) del CMSP núm. 16-02 o en las secciones 3-018, 3-028, 3-029, 3-030, 3-032 del manual del CMSP referente al derecho de recibir prestaciones (CMSP Eligibility Manual).

Si tiene alguna pregunta sobre esta medida o si hay datos adicionales relacionados con sus circunstancias que no nos ha notificado, escríbanos o comuníquese con nosotros por teléfono. Responderemos a sus preguntas o haremos una cita para verlo en persona. Recuerde que esta medida concierne sólo a la información que usted nos suministró y que puede volver a presentar una solicitud en cualquier momento.

Asistente de elegibilidad

Número de teléfono

Fecha