

**PROGRAMA DE SERVICIOS
MÉDICOS DEL CONDADO
AVISO DE ACCIÓN
AVISO DE DESCONTINUACIÓN—
PERSONAS FALLECIDAS**

Al Representante de la Testamentaria de:

(County Stamp)

Número del caso: _____

Distrito: _____

El departamento de bienestar del condado ha recibido notificación de la muerte de

_____.
Se discontinuará su cobertura CMSP a partir del _____.

Las regulaciones que requieren esta acción son Secciones 3-031 del Manual de la Elegibilidad de CMSP.

También le informamos que el programa CMSP no provee beneficios por la muerte o entierro de un beneficiario.

Si Ud. Tiene alguna pregunta acerca de esta acción, haga el favor de escribirnos o llamarnos por teléfono. Responderemos sus preguntas o haremos una cita para verle personalmente.

Trabajador de Elegibilidad

Número de Teléfono

Date