



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL ESTADO DE MISSOURI
 DIVISION DE SERVICIOS FAMILIARES
NOTIFICACION DE APROBACION

REMITENTE	COORDINADOR DEL CASO (CASEWORKER NAME)		NUMERO DE TELEFONO (TELEPHONE NUMBER)	FECHA (DATE)
	OFICINA DEL CONDADO (CALLE) (COUNTY OFFICE ADDRESS [STREET])			
	CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL (CITY, STATE, ZIP CODE)			
DESTINATARIO	NOMBRE (NAME)		RE	NOMBRE DEL CASO (CASE NAME)
	DIRECCION (CALLE) (ADDRESS [STREET])			NUMERO DEL CASO (CASE NUMBER)
	CIUDAD (CITY)	ESTADO (STATE)	CODIGO POSTAL (ZIP CODE)	NOTA: El/los número(s) de el/los caso(s) de la referencia no es el número de Medicaid. Al reverso de esta hoja encontrará el número de Medicaid.

Mediante el presente documento nos permitimos informarle que la solicitud de las siguientes personas ha sido aprobada para las clases de ayuda que aparecen al lado de cada nombre:

Usted reúne los requisitos y ha sido aprobado como Beneficiario de Medicare a partir de la siguiente fecha: _____ .
 Usted podrá esperar que el pago de las primas de medicare comiencen dentro de los 60 a 90 días siguientes a partir de la fecha de esta carta.

Se ha determinado que las personas de la siguiente lista no cumplen con los requisitos para las clases de ayuda que aparecen al lado de cada nombre:

por los siguientes razones: _____

Basado en la información suministrada por usted, nuestra investigación de sus ingresos y sus gastos nos indica que:

- Su cheque mensual será por la cantidad de \$ _____. Esto está basado en ingresos antes de impuestos de \$ _____ por _____ .
- Usted tiene \$ _____ de sus propios ingresos que pueden ser usados para cubrir sus gastos médicos. Debido a que sus gastos médicos han excedido esta cantidad, usted cumple con los requisitos para recibir ayuda medica hasta la fecha de _____ y de ser posible antes de la fecha de _____ 20 _____ .
- En la ayuda que va a recibir cuantificada en el punto primero no se han deducido los ingresos que por concepto de Ayuda Económica para Niños o Pensión de Divorcio ingresan directamente al hogar. Por esta razón, a partir de la fecha de _____ usted tiene que enviar todo lo que reciba por concepto de Ayuda Económica para Niños o Pensión de Divorcio a la Agencia de Protección de la Ayuda Económica para Niños (Support Enforcement Agency) ubicada en _____
- otro: _____

Si usted está de acuerdo con la decisión no hace falta que solicite una audiencia.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión tiene derecho de solicitar una audiencia dentro de los noventa días siguientes a la fecha de presente carta.

Si usted solicita una audiencia puede presentar su información personalmente o puede estar representado por su abogado o por cualquier otra persona que conozca su situación. Usted tiene derecho de presentar testigos a su favor y de hacerle preguntas a los testigos que hayan sido citados por la División de Servicios Familiares. Para averiguar sobre la posibilidad de obtener asistencia legal gratuita, llame al teléfono: _____ .

Todos los cheques de ayuda y/o la tarjeta de Medicaid, se le envían directamente a usted por correo de la oficina de la División de Servicios Familiares en Jefferson City. Usted podrá esperar el primer pago a partir aproximadamente de dos semanas de la fecha de esta carta.

Lea el folleto que le adjuntamos que contiene información importante acerca de la ayuda que usted va a recibir. Guárdelo para referencia futura.

Para estar seguro de que su cheque y/o su tarjeta de Medicaid le llegue a tiempo cada mes es muy importante que nos informe inmediatamente cuando se cambie de domicilio o de dirección.

Si su situación cambia está obligado legalmente a informar tales cambios inmediatamente a la oficina local del condado. La ley prevé sanciones para toda persona que reciba subsidios que no le correspondan o a los que no tenga derecho que haya obtenido por medio de información falsa o distorsionada o resentando una información incompleta o inexacta sobre su situación.

ADJUNTAMOS: FOLLETO INFORMATIVO NUMERO _____	FIRMA DEL COORDINADOR DEL CASO (CASEWORKER SIGNATURE)
IMPORTANTE: EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO PUEDE CONTENER INFORMACION SOBRE SU COBERTURA DE LA AYUDA MEDICA	

