



MISSOURI DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
FAMILY SUPPORT DIVISION

AVISO DE ACCIÓN EN EL CASO DE MEDICAID ADULTOS Y ASISTENCIA DE DINERO EN EFECTIVO

FROM	OFFICE	PHONE	DATE
	ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP CODE)		
TO	NAME		CASE NAME
	STREET ADDRESS		CASE NUMBER
	CITY STATE ZIP CODE		

Se ha tomado la siguiente acción en su caso _____:

- Su solicitud ha sido rechazada.
- Su subsidio monetario concluyó, a partir de _____.
- El nuevo monto de su subsidio será de \$ _____, a partir de _____.
- Sus beneficios de MO HealthNet no se han modificado.
- La cobertura de MO HealthNet de _____ ha concluido.
El último día de la cobertura de MO HealthNet es _____.
- Otro: _____.

El motivo de esta acción fue el siguiente:

Si no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a solicitar una audiencia en un plazo de 90 días a partir de la fecha de este aviso.

Si solicita una audiencia puede presentar la información por cuenta propia o puede elegir que lo represente su abogado u otra persona que conozca su situación. Usted tiene el derecho de presentar testigos por su cuenta e interrogar a los testigos que se presenten a petición de Family Support Division. Para solicitar información sobre servicios jurídicos gratuitos, llame al - - .

Si su situación se modifica debe dar a conocer cualquier cambio ocurrido a Family Support Division. La ley impone castigos a las personas que reciben beneficios tras omitir datos en la información que se les solicita o por no dar a conocer cambios ocurridos.

Si desea cobertura médica de otro plan de seguro de salud, como un plan grupal disponible a través de su empleador, es posible que necesite un Certificado de Cobertura Acreditable que muestre el periodo en que tuvo cobertura de MO HealthNet. Este certificado puede ayudar a comprobar que ha cumplido una fracción o la totalidad de un periodo de exclusión por afecciones médicas preexistentes. Puede solicitar su certificado en un plazo de 24 meses a partir de que finalicen sus beneficios de MO HealthNet. Puede solicitar un certificado llamando a MO HealthNet Division, Recipient Services, al1-800-392-2161.

NAME	TITLE
------	-------

Anexo: Folleto informativo No. _____