



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL ESTADO DE MISSOURI  
 DIVISION DE SERVICIOS FAMILIARES  
**NOTIFICACION SOBRE LA TERMINACION DEL PAGO AL ASILO**

<b>DE</b>	NOMBRE DE LA OFICINA DEL CONDADO	FECHA
	DIRECCION (NUMERO Y CALLE, CIUDAD, CODIGO POSTAL)	
	MISSOURI	
<b>PARA</b>	NOMBRE	
	DIRECCION (NUMERO Y CALLE O NUMERO DE BUZON POSTAL)	
	CIUDAD	ESTADO CODIGO POSTAL
<b>REF.</b>	NOMBRE DEL CASO	NUMERO DEL CASO
	ASILO O INSTITUCION	

Los pagos que actualmente se le están haciendo a la institución anterior por concepto de los cuidados que se le han brindado en dicha institución se van a terminar a partir de ►

FECHA (MES, DIA, AÑO)
-----------------------

A. A partir de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_, la ayuda en efectivo será de \$ \_\_\_\_\_.

(MES) (AÑO)

Este cambio del pago a la institución por una ayuda en efectivo se debe a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. Usted tendrá derecho solamente al programa Medicaid (Título XIX solamente). Este cambio del pago a la institución por el programa Medicaid solamente, se debe a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C. Su caso ha sido cerrado debido a: \_\_\_\_\_

La cobertura de su programa Medicaid terminará en \_\_\_\_\_ (MES) \_\_\_\_\_ (DIA), \_\_\_\_\_ (AÑO).

Si usted está de acuerdo con la decisión anterior, usted no tiene que solicitar una audiencia.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho de solicitar una audiencia dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la presente carta.

Si usted desea solicitar una audiencia, puede hacerlo por correo, por teléfono o personalmente. Nosotros le programaremos una audiencia de nuevo y le avisaremos en que fecha se va a llevar a cabo. Si usted solicita una audiencia, puede presentar su información o argumentos personalmente o puede ser representado por su abogado, por cualquier otra persona que conozca su situación. Si usted no tiene abogado, o no tiene recursos suficientes para contratarlo y vive en una zona en la que hay oficina de asistencia o servicios legales, es posible que se le pueda brindar esta ayuda. Para averiguar sobre la posibilidad de obtener asistencia legal gratuita, llame al teléfono: \_\_\_\_\_. 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 solicitar una audiencia por teléfono, llame la oficina al número de teléfono que aparece a continuación.

ADJUNTO - IM-\_\_\_\_\_

CC: INSTITUCION PARIENTE	FIRMA DEL COORDINADOR DEL CASO	LOAD NO.	NUMERO DE TELEFONO
-----------------------------	--------------------------------	----------	--------------------