

Notificación de Solicitud Incompleta

Estimado (a) _____:

Recientemente usted envió al Departamento de Servicios Sociales del condado de _____, una solicitud de cobertura de salud. No podemos aceptar su solicitud por las razones que se muestran a continuación. Por favor complete la información que hace falta en la solicitud antes de enviarla de nuevo en el sobre adjunto.

Es importante que envíe su solicitud tan pronto como sea posible.

Si usted es elegible para **Medicaid**, sus beneficios no pueden empezar tres meses antes del mes en el cual se recibió su solicitud completa.

Si usted es elegible para **NC Health Choice**, sus beneficios comenzarán en el mes en el cual se recibió su solicitud completa.

Si tiene alguna pregunta, no dude en contactarse con nosotros al número de teléfono que se muestra a continuación. Gracias.

Su solicitud no puede ser aceptada porque:

_____ No ha firmado el formulario de la solicitud.

_____ Necesitamos el nombre completo, fecha de nacimiento y sexo de las personas que están aplicando.

_____ Necesitamos el nombre completo, fecha de nacimiento y sexo de los hijos menores de 19 años para quien se solicita la asistencia de salud

_____ Necesitamos su dirección de correo completo

_____ No podemos leer su aplicación. Por favor, venga a nuestra oficina para obtener asistencia o pida ayuda al departamento de salud o a un amigo para ayudarlo a completar el formulario de la solicitud adjunto.

También se necesita lo siguiente para procesar su solicitud:

Atentamente,

Firma y Fecha de Firma del Trabajador del Caso

Número de teléfono