

AVISO DE CITA

Fecha _____

NÚMERO DE CASO DEL CONDADO _____

ID. DEL CASO _____

NÚMERO DE DISTRITO _____
PROGRAMA DE AYUDA _____

CATEGORÍA DEL

Ha llegado el momento de revisar su situación respecto a los requisitos para:

ASISTENCIA FAMILIAR WORK FIRST MEDICAID SERVICIOS DE ALIMENTOS y NUTRICIÓN

Sírvase reunirse conmigo en _____

el _____ a las _____

Tendrá que traer los elementos marcados a continuación:

___ Comprobante de sueldo, ganancias ___ Estados bancarios ___ Pólizas de seguros de vida
___ Comprobante del seguro social, SSI, ___ Facturas médicas sin pagar ___ Certificado de nacimiento
Ingreso de VA (Administración de
Veteranos de Guerra)

___ Comprobante de todo el dinero que usted recibe ___ Tarjeta del seguro médico/ Medicare ___ Tarjeta del seguro social

___ Comprobante de pago de alquiler/casa ___ Comprobante de facturas de servicios ___ Comprobante de propiedad Impuestos/seguro

___ Comprobante de vacunación contra _____

___ Nombre, dirección y número de teléfono (si está disponible) de una persona que no sea pariente de usted y que conozca su situación

___ Comprobante de ciudadanía de _____

___ Comprobante de identidad de _____

___ Otro: _____

Si usted no puede asistir a esta cita, llame de inmediato para fijar otro horario. SI USTED NO COMPLETA SU REVISIÓN DE ASISTENCIA FAMILIAR WORK FIRST, LOS BENEFICIOS DE WORK FIRST Y MEDICAID SE DARÁN POR TERMINADOS. MEDICAID PUEDE CONTINUAR PARA SUS HIJOS. USTED PUEDE VOLVER A SOLICITAR WORK FIRST Y MEDICAID, PERO NO PODRÁ RECIBIR CHEQUES DE WORK FIRST DURANTE AL MENOS UN MES.

Asistente social _____

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

Número de teléfono _____

cc: Expediente del DSS del condado
DSS-8189sp (rev. 11-08)