Departamento de Servicios Sociales, Condado de _____, Carolina del Norte

SU SOLICITUD PARA MEDICAID ESTÁ PENDIENTE

Fecha _____

Su solicitud para Medicaid no está completa porque no tenemos la información necesaria.

_____
Nombre

_____
Dirección

_____

Número de caso _____
Número de distrito _____

Estimado(a)_____:

Su solicitud para Medicaid no se puede completar porque no tenemos la siguiente información:

☐ La Sección para Determinar Discapacidad (DDS por sus siglas en inglés) aún no ha resuelto si su estado médico reune los requisitos de discapacidad para Medicaid. Su solicitud se detendrá hasta que DSS haga una decisión. Tan pronto DSS haga la decisión, nosotros le avisaremos.

☐ Le hemos pedido a los siguientes proveedores o médicos documentos para determinar si usted tuvo una emergencia médica: _____
No hemos recibido los documentos. Su solicitud será negada para esta fecha, _____ si no recibimos los documentos.

☐ Necesitamos los formularios FL-2/MR-2 o CAP Plan de Cuidado comprobando que usted necesita cuidado de largo plazo en una institución de convalecencia. No hemos recibido el formulario. Su solicitud será negada para está fecha, _____ si no recibimos el formulario.

☐ Necesitamos documentación que indique la ciudadanía Estadounidense de la persona solicitando Medicaid (Si está solicitando para su hijo/a, sólo se necesitan los documentos de su niño/a). Ejemplos de esta documentación incluyen: un certificado/acta de nacimiento; tarjeta de identificación de ciudadanía; un decreto final de adopción.

☐ Necesitamos documentación probando la identidad de la persona solicitando Medicaid. Ejemplos de esta documentación incluyen: una licencia de conducir con su foto (no tiene que ser una licencia vigente); una tarjeta de identificación estatal con su foto; una tarjeta de identificación emitida por su colegio con su foto incorporada en ella; expedientes de guardería de niños.

☐ Documentación para mostrar que una sanción por transferencia de bienes causará consecuencias excesivas.

☐ Otro: _____.

Copias de los documentos originales pueden ser enviado por correo a su trabajador de caso. O si tiene alguna otra pregunta, favor de comuníquese con su trabajador de caso inmediatamente.

_____
Trabajador

_____
Dirección

_____
Número de Teléfono