

_____ date

NOTICE OF POSSIBLE MEDICAID ELIGIBILITY

Dear Parent/Guardian:

Your Medicaid benefits were terminated in the past. We want to make sure you have Medicaid if you are eligible.

We would like to send you Medicaid cards for up to 4 months. This will allow time for the County Department of Social Services to determine if you are eligible for Medicaid, today. However, the County Department of Social Services needs your current address.

Call the County Department of Social Services at _____ to

give them your current address. If you do not contact the county

by _____ your Medicaid benefits will not be started again.

When you call ask for _____ or _____ .
Worker Supervisor

Note: Your Food Stamp benefits may have been terminated when Work First terminated.
You may apply for Food Stamps benefits at any time at Social Services.

Division of Medical Assistance (01-01)

Attachment 3

Lea el reverso de esta forma en Español

fecha

AVISO SOBRE ELIGIBILIDAD DE MEDICAID

Estimado Padre/Guardián:

Es posible que sus beneficios de Medicaid se hayan discontinuado en el pasado. Es por esta razón que el Departamento de Servicios Sociales de su condado quiere comunicarse con usted. Es necesario obtener información sobre su dirección ó domicilio actual, para así poder enviarle tarjetas de Medicaid por un período de 4 meses. Esto permitirá el tiempo necesario para que el Departamento de Servicios Sociales de su condado determine si usted sigue siendo eligible para Medicaid.

Por favor llame al Departamento de Servicios Sociales de su condado

al _____ y rectifique la información acerca de su domicilio

Si usted no ha llamado para esta fecha _____ no se le

enviarán las tarjetas de Medicaid ni se hará una determinación sobre su elegibilidad.

Cuando llame debe preguntar

por _____ ó por _____.
Nombre de trabajadora *Supervisor*

Nota: Es posible que sus beneficios de cupones para comida (food stamps) se hayan discontinuado cuando se discontinuaron sus beneficios de Work First. Usted puede volver a solicitar estos beneficios nuevamente en cualquier momento cuando así lo desee.

Si tiene preguntas comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte llamando gratis a CARE-LINE al 1-800-662-7030. Le atenderán en español.

División de Asistencia Médica

Attachment 3

See the reverse side of this form in English