

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Dirección del Condado)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_  
Número del caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_  
Número del trabajador: \_\_\_\_\_  
Número de telefono del trabajador: \_\_\_\_\_  
Horario de la oficina: \_\_\_\_\_  
Notificación para: \_\_\_\_\_

Esta carta es para informarle que no se ha recibido toda la información necesaria para mandar su caso a los Programas del Estado, División de Servicios de Determinación de Incapacidades (DDSD) llevar a cabo una determinación sobre incapacidad.

Aun cuando la ley federal requiere que se decida la elegibilidad para recibir Medi-Cal basada en incapacidad en un plazo de 90 días, no podemos hacerlo en el caso suyo debido a la(s) razón(es) marcada(s) enseguida.

Estamos esperando:

- Que usted nos proporcione la información adicional que le pedimos (\_\_\_\_\_)
- Que usted venga a nuestra oficina como se lo pedimos
- Que usted se comunicó con su trabajador de elegibilidad **DE INMEDIATO** porque su(s) forma(s) de incapacidad no esta(n) llenada(s) correctamente
- Otro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si tiene preguntas acerca de su solicitud para Medi-Cal, llámeme al ( ) \_\_\_\_\_ entre las \_\_\_\_\_ a.m. y las \_\_\_\_\_ p.m.