

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONDADO

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

Número del trabajador: _____

Número de teléfono: _____

**SOLICITUD PARA RETIRARSE Y/O
RENUNCIA AL AVISO CON DIEZ DIAS DE ANTICIPACION**

SOLICITUD PARA RETIRARSE DE MEDI-CAL

Yo, _____, solicito que mi solicitud para participar en Medi-Cal, con fecha del ____ de ____ de ____ se retire, porque _____

Entiendo que en este momento no se determinará mi elegibilidad para Medi-Cal. Puedo volver a solicitar en cualquier momento.

SUSPENSION DE ELEGIBILIDAD PARA MEDI-CAL

Yo, _____, solicito que mi elegibilidad para Medi-Cal se suspenda a partir del ____ de ____ de _____, porque _____

Entiendo que puedo volver a solicitar en cualquier momento.

RENUNCIA DEL BENEFICIARIO AL AVISO DE DIEZ DIAS

Yo, _____, entiendo que en base a la información que he presentado, a partir del ____ de ____ de _____,

mi elegibilidad para Medi-Cal deberá suspenderse.

a cantidad en que comparto los costos de Medi-Cal deberá aumentarse.

Entiendo que se me debe dar un aviso diez días antes de que esta acción entre en vigor. No obstante, como sé que la acción que antecede deberá tomarse, en base a la información que he presentado, no es necesario que el condado me envíe este aviso dentro del plazo de diez días.

Entiendo que la solicitud que antecede no interferirá con mi derecho a una audiencia estatal y que puedo volver a solicitar para Medi-Cal en cualquier momento. Entiendo que si solicito una audiencia estatal antes de la fecha en que la acción entre en vigor, la acción del condado se demorará.

Firma del solicitante o del beneficiario

Fecha