

Muestra de carta de regalo

La fecha de hoy: _____

Medi-Cal Access Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559

A quien corresponda en Medi-Cal Access Program,

Yo, _____, doy está a _____
(persona **que regala** los ingresos) (persona **que recibe** el regalo de ingreso)

\$ _____ cada _____ como regalo.
(cantidad) (qué tan seguido es el regalo [semanal, cada 2 semanas, dos veces al mes, mensual])

Atentamente,

Firma de la persona que regala los ingresos

Para que la llene la persona que solicita Medi-Cal Access Program:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número telefónico: _____

FMN# (Si lo tiene): _____