

Departamento de Servicios para Niños y Familias
del Estado de Illinois

PRIMER AVISO

ÚLTIMO AVISO

Fecha: _____

Nombre del niño: _____

Nº de ID del niño: _____

Para que el Departamento certifique el estado de su niño para que continúe calificando para Medicaid, usted debe completar el formulario de información de Medicaid que se adjunta y devolverlo a la dirección que aparece a continuación dentro de los 30 días posteriores a la fecha que se especificó anteriormente. Si no lo hace, puede que se suspenda la tarjeta Medicaid del niño.

Si anteriormente se marcó “Último aviso”, devuelva inmediatamente el formulario de información de Medicaid que se adjunta, ya que si no lo hace, se suspenderá la tarjeta Medicaid del niño.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario de información de Medicaid, póngase en contacto con su trabajador social de subvenciones.

Devuelva el Formulario de información de Medicaid y toda documentación de respaldo a:

Adjunto: Formulario de información de Medicaid