RESET FIELDS

(Date)

Estimado(a)

fold

Usted solicitó recientemente un reemplazo de su acta de nacimiento del estado de (state). Han pasado 60 días y aún no ha proporcionado el o las acta(s) de nacimiento de las siguientes personas:

Nombre(s)

Sírvase proporcionar el o las actas de nacimiento en los próximos 10 días o antes del _____ (mm/dd/yy), pues de lo contrario es posible que no califique para recibir beneficios de Medicaid. Puede traer las actas personalmente a la Oficina de Asistencia del Condado o enviar una copia fotostática en el sobre con porte pagado adjunto.

Si tiene preguntas o necesita más tiempo para proporcionar el o las actas de nacimiento, llámeme al _____ (worker's phone number).

Atentamente,

_____
(CAO signature)

Documento adjunto