



(Date)

Estimado(a)

fold

Actualmente usted recibe beneficios de Medicaid y declaró que es ciudadano de los Estados Unidos. Para poder continuar recibiendo beneficios de Medicaid es necesario comprobar su ciudadanía. Usted indicó que no nació en Pennsylvania. Puesto que no tiene ningún otro documento de ciudadanía, yo le ayudaré a solicitar el acta de nacimiento foránea y a pagar por el trámite.

Sírvase llenar la(s) solicitud(es) adjunta(s) de reemplazo de acta de nacimiento para las personas indicadas abajo. Devuelva la(s) solicitud(es) en el sobre con porte pagado adjunto en un plazo de 10 días o antes del _____, (mm/dd/yy) , pues de lo contrario, es posible que no califique para recibir beneficios de Medicaid.

Nombre(s)

Si tiene preguntas o necesita más ayuda, me puede llamar al

_____ .
(worker's phone number)

Atentamente,

(CAO signature)



Documento adjunto