

(Date)

Estimado(a)

Usted solicitó recientemente un reemplazo de su acta de nacimiento del estado de _____. 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 _____, pues de lo contrario es posible que no califique para recibir beneficios de Medicaid. Puede traer las actas originales personalmente a la Oficina de Asistencia del Condado o envíelas en el sobre con porte pagado adjunto.

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

Atentamente,

(CAO signature)

Documento adjunto