

MONTGOMERY COUNTY  
LOCAL HEALTH DEPARTMENT  
1335 PICCARD DR, 2ND FL  
ROCKVILLE MD 20850

Distrito: ROCKVILLE LHD  
No. DE IDENTIFICACION: [REDACTED]  
Encargado del Caso: [REDACTED]  
Telefono: [REDACTED]  
Fecha: 08/14/14

Devuelvalo en el sobre adjunto  
a la direccion que aparece abajo

[REDACTED]  
ROCKVILLE MD 20853

MONTGOMERY COUNTY  
LOCAL HEALTH DEPARTMENT  
1335 PICCARD DR, 2ND FL  
ROCKVILLE MD 20850

Estimada [REDACTED]:

APROBADO SOLO PARA ASISTENCIA MEDICA

De acuerdo con su solicitud fechada 08/13/14, usted es elegible para Asistencia Medica 08/01/14. Su periodo de elegibilidad es a partir del dia 08/14 hasta el dia 07/15.

Ud. recibira una tarjeta Asistencia Medica para cada persona que se menciona a continuacion:

- I [REDACTED] MA # [REDACTED]
- J [REDACTED] MA # [REDACTED]
- A [REDACTED] MA # [REDACTED]

La mayoria de las personas elegibles para Asistencia Medica deben inscribirse al programa de Health Choice (Eleccion de Salud). Si usted tiene que hacerlo, recibira informacion por correo que le ayudara a seleccionar el mejor Proveedor Principal de Salud (PPS) para usted y su familia. Si a usted le gustaria recibir informacion inmediata sobre el programa Health Choice, puede llamar al 1-800-977-7388.

IMPORTANTE

Es muy importante que notifique a su Encargado de Caso si usted cambia de domicilio. La correspondencia sobre el programa de Asistencia Medica o de Health Choice no seran enviados a su nueva direccion. Si su encargado de caso no tiene su direccion actual en todo momento, usted no recibira cartas importantes sobre el programa Health Choice y continuacion de la elegibilidad. Usted tambien debe reportar los cambios en los ingresos, el seguro y miembros de la familia dentro de los diez dias siguientes a esos cambios. Si usted no reporta estos cambios la elegibilidad puede ser cancelada.

Necesita dinero para poder pagar sus cuentas de luz y calefaccion? Si cumple con los requisitos, los programas de la Oficina de Energia para el Hogar (OHEP) pueden ayudarle. Para mas informacion, llame al 1-800-352-1446 o visitenos en linea:

MONTGOMERY COUNTY  
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
1301 PICCARD DR. 2ND FL  
ROCKVILLE MD 20850

Distrito: ROCKVILLE OFFIC  
No. DE IDENTIFICACION: [REDACTED]  
Encargado del Caso: [REDACTED]  
Telefono: [REDACTED]  
Fecha: 07/24/14

Devuelvalo en el sobre adjunto  
a la direccion que aparece abajo

[REDACTED]  
SILVER SPRING MD 20906

MONTGOMERY COUNTY  
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
1301 PICCARD DR. 2ND FL  
ROCKVILLE MD 20850

Estimada [REDACTED]

#### REDETERMINACION/RECERTIFICACION

De acuerdo a su redeterminacion/recertificacion, usted continua siendo elegible para Asistencia Medica. Su periodo de elegibilidad es desde el dia 08/14 hasta el dia 07/15. Esto significa que usted continuara recibiendo Asistencia Media durante este tiempo a menos que haya un cambio en su situacion. Antes que termine dicho periodo, nos comunicaremos con usted para revisar su elegibilidad.

Ud. recibira beneficios para las siguientes personas:

F [REDACTED]

MA # [REDACTED]

La mayoria de personas elegibles para Asistencia Medica deben inscribirse con "HealthChoice" (Seleccion de Salud), un programa de servicio administrativos. Si usted debe inscribirse, recibira informacion por correo la cual le ayudara a seleccionar la mejor Organizacion de Servicios Administrativos (OSA o HMO, en Ingles) para usted y su familia. Si usted quisiera recibir informacion sobre "HealthChoice" inmediatamente, puede llamar al 1 (800) 284-4510.

#### IMPORTANTE

Si se cambia de direccion, es muy importante que usted notifique a su Encargado de Caso. La correspondencia sobre el Programa de Asistencia Medica en Maryland y "HealthChoice" no se le enviara a su nueva direccion. Si su Encargado de Caso no tiene su nueva direccion todo el tiempo, usted no recibira cartas importantes sobre su "HealthChoice" y la continuidad de su elegibilidad. Tambien, debe reportar los cambios de su ingreso, seguro y las personas que viven en su casa en los diez dias del cambio. Si no reporta estos cambios pueden cancelar su elegibilidad.

#### REDETERMINACION/RECERTIFICACION

De acuerdo a su redeterminacion/recertificacion, usted continua siendo elegible para Programa de Complementos Alimenticio. Su periodo de elegibilidad es desde el dia 08/14 hasta el dia 01/15. Esto significa que usted continuara recibiendo Programa de Complementos Alimenticio durante este tiempo a menos que haya un cambio en su situacion. Antes que termine dicho periodo, nos comunicaremos con usted para revisar su elegibilidad.