

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
**División de Servicios para Familias y Niños**  
**Aviso de determinación de continuidad de Medicaid de SSI (carta de presentación a pedido de la parte interesada)**

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estimado/a \_\_\_\_\_ :

El Departamento de Salud Comunitaria (DCH, en inglés) de Georgia ha notificado recientemente a nuestra agencia que la Administración del Seguro Social (SSA, en inglés) ha finalizado su Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés) o ha denegado su solicitud de SSI. Hay muchas razones por las que se puede finalizar su SSI, incluida la aprobación para recibir otros beneficios.

El DCH lo colocó en Medicaid TEMPORAL a la espera de una determinación de continuidad de Medicaid de nuestra agencia. Debemos revisar su situación actual y darle el tipo de Medicaid para el que es elegible o dar de baja su Medicaid temporal si usted no es elegible.

Actualmente, no podemos determinar si sigue siendo elegible para recibir Medicaid sin contar con información adicional.

Se adjunta(n) el(los) formulario(s) indicado(s) a continuación, con la información/las verificaciones requeridas:

- \_\_\_\_\_ Lista de verificación  
Formulario 508: Formulario de renovación de cupones de alimentos/Medicaid/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés)
- \_\_\_\_\_ Formulario 94A: Solicitud simplificada de Medicaid
- \_\_\_\_\_ Formulario 700: Solicitud de Georgia para ahorros de Medicaid y Medicare para beneficiarios calificados

Si esta información no se devuelve a nuestra agencia antes de la fecha de vencimiento indicada en la lista de verificación adjunta, se notificará al DCH que su Medicaid temporal finalizará.

Puede ponerse en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para obtener la información requerida.

\_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajador social  
Nombre del trabajador social \_\_\_\_\_