

Iowa Department of Human Services  
**SSI Medicaid Reminder**  
**(Recordatorio de Medicaid SSI)**

Número del condado

Número del trabajador

Número del Caso

Nombre del trabajador

Identificación del Estado

Teléfono del trabajador

Escriba fecha

La Social Security Administration ha informado al Department of Human Services que usted está recibiendo beneficios de Supplemental Security Income - SSI (Ingresos Complementarios de Seguridad).

Hace poco, el Department of Human Services le envió un formulario para llenar a fin de que pudiera recibir Medicaid. No podremos darle Medicaid hasta que nos envíe el formulario "SSI Medicaid Information" (Información de Medicaid SSI) lleno.

Si necesita ayuda llenando el formulario "SSI Medicaid Information", o lo ha perdido, por favor llámeme al teléfono que aparece arriba durante horas de oficina y le ayudaré. **Por favor devuelva el formulario lleno dentro de los 10 días siguientes a la fecha de arriba si desea Medicaid.** Envíelo a la dirección que aparece al principio de esta carta. Si ya ha devuelto el formulario, lo procesaré pronto. Si tengo dudas, le contactaré. Cuando procese la información de este formulario, usted recibirá un Aviso de Decisión acerca de su elegibilidad.