

Γ Γ

L J

Γ Γ

L J

Sólo para uso del condado:

Fecha del aviso: _____

Número de caso: _____

Nombre del trabajador: _____

Número del trabajador: _____

Teléfono del trabajador: _____

Horario de oficina: _____

Dirección de la oficina: _____

Cancelación o cambios a un Nombramiento de representante autorizado de Medi-Cal

Este aviso es para decirle que el nombramiento de representante autorizado para el caso de Medi-Cal de _____ fue cancelado o cambiado a partir del _____

Aquí hay más información sobre los cambios al nombramiento de _____ :

- El representante autorizado pidió la cancelación.
- El solicitante o beneficiario pidió la cancelación.
- El solicitante o beneficiario pidió estos cambios a las obligaciones del representante autorizado:

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al número anotado en la parte de arriba de este aviso.