TEXAS
Health and Human Services

Administrador de casos
Dirección y teléfono de la oficina

(Individual's Name and Address)

Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP)

Excepción al aviso con 30 días de anticipación

Usted ha pedido renunciar al aviso con 30 días de anticipación de la reducción o negación de servicios o del cierre del caso del Programa de Niños Médicamente Dependientes. Por favor, llene y firme la forma a continuación si usted está de acuerdo, y devuélvala al administrador de casos a la dirección mencionada antes dentro de 5 días calendarios de la fecha de recibo de esta carta.

Yo, _____ , pido renunciar al periodo de aviso con 30 días de anticipación porque:

(Razón de la solicitud: añadir un servicio, inscripción en otro programa opcional, etc.)

Le pido al Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas que complete la acción en el caso antes de que se acabe el periodo de aviso con 30 días de anticipación porque:

(Razón para que la acción del caso ocurra antes de acabarse el periodo de aviso con 30 días de anticipación).

Reconozco que no recibiré un aviso de la reducción o negación de servicios o del cierre del caso con 30 días de anticipación debido a la razón mencionada antes.

_____ Firma de la persona, o del padre o tutor de la persona

_____ Fecha