



RON DESANTIS  
GOVERNOR

SIMONE MARSTILLER  
SECRETARY

<HeadOfHousehold>  
<AddressLine1> <AddressLine2>  
<RecipientCity> <RecipientState> <Zip>



<Letter Date>



Su inscripción en el siguiente plan se está cancelando porque:

<Reason>

Este cambio sucederá en <Begin Date> para la siguiente persona:

Nombre y Medicaid ID	Programa	Plan Actual
<Recipient Name> <Recipient Number>	<Program>	<Plan Name>

**Después de este cambio, cada persona mencionada anteriormente no podrá recibir servicios de Medicaid a través del programa indicado.**

**Si cree que la cancelación del plan es incorrecta, puede comunicarse con los recursos a continuación para obtener ayuda.**

**Fecha de Fallecimiento o Pérdida de Elegibilidad Financiera:** Departamento de Niños y Familias al 1-866-762-2237 (TTY 1-800-955-8771) o la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800- 325-0778).

**Pérdida del Nivel de Cuidado:** Departamento de Asuntos de Personas Mayores al 1-800-963-5337.