

Date

Member Name

Member Address

City, State ZIP

Estimado(a) Member Name,

En UCare, nos dedicamos a mejorar su salud y bienestar. Se adjunta el Plan de apoyo desarrollado con usted el Date. Por favor, revíselo atentamente.

**A modo de recordatorio, durante su visita hablamos de:**

* Formas de controlar su salud física y mental
* Usar la atención médica para mantener y mejorar su salud
* Sus necesidades de atención preventiva

**Recuerde comunicarse con su coordinador de atención si:**

* Está hospitalizado o planea ser hospitalizado
* Tiene una caída
* Tiene un cambio en su salud física o mental
* Necesita ayuda para encontrar apoyos o servicios

Si tiene preguntas o no está de acuerdo con su Plan de apoyo, llámeme al phone number. También puede llamarme si sus necesidades cambian. Los usuarios de TTY pueden llamar a Minnesota Relay al (711) o al 1-877-627-3848 (servicio de retransmisión de voz a voz).

Atentamente,

Care Coordinator Name

Care Coordinator Job Title

County or Agency Name

Phone Number

Email Address

H5937\_H2456\_6336\_072022 accepted U14015A Spanish (U6336A) (07/2022)

500 Stinson Blvd NE, Minneapolis, MN 55413 | 612-676-6500 | fax 612-676-6501 | **ucare.org**

**Text

Description automatically generated**

**Text, letter

Description automatically generated**

**Table

Description automatically generated**

Text, letter

Description automatically generated