

<Date>

<Member Name>

<Address>

<City, State, Zip>

Estimada(a) <Member Name>:

Recientemente, hablamos de Su plan de apoyo se ha actualizado con esta información. También hablamos de lo importante que es compartir su plan de apoyo y las instrucciones con su proveedor. Ha elegido .

**Firme y devuelva esta carta para demostrar que está de acuerdo con su plan de apoyo actualizado.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mi firma Fecha

Si tiene preguntas, llámeme al <Phone Number>. Si recibe mi buzón de voz, deje un mensaje con su nombre, número de teléfono y la mejor hora para ponerme en contacto con usted.

Atentamente,

<Care Coordinator Name>

<Care Coordinator Job Title>

<County or Agency Name>

<Phone Number> | <E-mail Address>

Adjunto:

H2456\_7224\_042025\_C

U15079 Spanish (U7724) (04/2025)



**Text, letter

Description automatically generated**

**Table

Description automatically generated**

Text, letter

Description automatically generated