



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
 DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA
Solicitud de suspensión o cierre

Fecha:

Nombre	Número del Seguro Social	Número de caso
Domicilio físico		
Dirección postal		

Deseo voluntariamente suspender o cerrar mi solicitud o caso para los programas marcados:		
<input type="checkbox"/> Cupones para Alimentos (SNAP)	<input type="checkbox"/> Cuidados Infantiles (CC)	<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
<input type="checkbox"/> Pensión para Invidentes (BP)	<input type="checkbox"/> Ayuda Suplementaria para Invidentes (SAB)	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Cáncer de Mama o Cervicouterino (BCCT)
<input type="checkbox"/> Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)	<input type="checkbox"/> Beneficiario con Ingreso Bajo Especificado (SLMB)	<input type="checkbox"/> MO HealthNet para Menores (MHK)
<input type="checkbox"/> MO HealthNet para Familias (MHF)	<input type="checkbox"/> MO HealthNet para Mujeres Embarazadas (MPW)	<input type="checkbox"/> MO HealthNet para Mujeres Sin Seguro (UWHS)
<input type="checkbox"/> MO HealthNet para Personas Mayores, Invidentes o Discapacitadas (MHABD)	<input type="checkbox"/> Show Me Healthy Babies (SMHB)	
Deseo retirar a _____ de mi caso o solicitud de _____.		
<small>(NOMBRE)</small>		<small>(TIPO O ASISTENCIA)</small>
Otras instrucciones específicas del participante. (Ejemplo: Cerrar SLMB; dejar abierto MHABD).		

Al firmar este formulario ratifico que me han explicado los factores de elegibilidad y comprendo que mis beneficios concluirán o se modificarán como se indicó anteriormente. Renunció al periodo de 10 días en el que puedo solicitar una audiencia y mantener mis beneficios activos hasta que se tome la decisión de la audiencia. Aún puedo solicitar una audiencia sobre esta acción pero si mis beneficios se modifican de inmediato, no se pueden restituir a menos que la decisión de la audiencia me los otorgue o que mis circunstancias se modifiquen. Sin embargo, puedo solicitar una audiencia sobre esta decisión en un plazo de 90 días a partir de la notificación que reciba, que indica que se realizó dicha modificación.

Firma del Participante	Fecha
He definido los factores de elegibilidad, este formulario y los derechos a una audiencia imparcial al participante mencionado anteriormente.	
Firma del miembro del equipo de elegibilidad	Fecha