



**Notificación de contacto de la lista de interesados**

Fecha:

(Nombre y dirección)

Trabajador social de HHSC:

Teléfono de la oficina de HHSC con código de área:

Dirección la oficina de HHSC (*calle, ciudad, estado y código postal*):

Núm. de ID de la lista de interesados	Nombre de la persona en la lista de interesados
---------------------------------------	---

Le hemos enviado esta carta para confirmar si quiere seguir en la lista de interesados para servicios en la comunidad con respecto a los programas de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) que aparecen a continuación:

Nombre del programa o de los servicios	Fecha de la solicitud

Si todavía está interesado en los programas mencionados, llame al teléfono que aparece en la casilla de la HHSC de arriba o marque la casilla correspondiente a continuación. Es importante que conteste y devuelva este formulario o llame al teléfono que aparece en la casilla de la HHSC de arriba para actualizar su registro.

- Sí, quiero que mi nombre siga en la lista de interesados para los programas o servicios mencionados.**
- No, no me interesa participar en estos programas o servicios y pido que se retire mi nombre de la lista. Se necesita una firma para retirar el nombre de la lista de interesados.**

**Llene las casillas correspondientes si su información de contacto ha cambiado.**

Dirección ( <i>calle, ciudad, estado y código postal</i> )		
Teléfono con código de área del hogar	Teléfono con código de área	Teléfono del trabajo con código de área.
Nombre de un contacto alternativo	Código de área y teléfono del contacto alternativo	

**Firme y envíe este formulario en el sobre adjunto.**

Nombre en letra de molde	Firma de la persona en la lista de interesados o su representante	Fecha
--------------------------	---	-------