

MEDICAID  
CAMBIO DE DIRECCIÓN

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona reportando el cambio de dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de la persona reportando el cambio de dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso (primero, segundo, apellido y sufijo)

\_\_\_\_\_

(Número de Caso de Medicaid o Número de Seguro Social) \_\_\_\_\_

¿CUÁNDO CAMBIÓ SU DIRECCIÓN DE CORREO? \_\_\_\_\_

Nueva Dirección de Correo: \_\_\_\_\_

Calle

No. de Apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle

No. de Apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

Certifico bajo pena de perjurio que la información dada por mí es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento para hacer los contactos necesarios para probar mi declaración. Entiendo que si doy información falsa o escondo información con el fin de obtener o mantener cobertura médica, estaré sujeto a sanciones penales según la ley federal, estatal o ambas, y es posible que tenga que devolver el costo de la atención médica recibida.

Puede enviar este formulario por fax al Centro de Correo Centralizado al 1-502-573-2005 o enviarlo por correo postal a: Centralized Mail PO Box 2104 Frankfort, KY 40601

Recordatorio: Si tiene cambios adicionales sobre su hogar que reportar, inicie sesión en el Portal de autoservicio en <https://benefind.ky.gov/> o llame a Benefind al 1-855-459-6328 o DCBS al 1-855-306. - 8959. También puede visitar una oficina del Departamento de Servicios Basados en la Comunidad (DCBS). Para encontrar una oficina de DCBS cerca de usted, vaya a [https://prdweb.chfs.ky.gov/OfficePhone / index.aspx](https://prdweb.chfs.ky.gov/OfficePhone/index.aspx)

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro de Medicaid o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha