날짜:

이름:

주소:

      님께,

유선상으로 연락이 되지 않아 본 서신을 발송해 드립니다. 귀하의 요구 사항이 충족되도록 정기적으로 귀하와 논의해야 합니다. 제 메시지에 조속히 회신해 주시면 최선을 다해 도움을 드리겠습니다.

최대한 조속히 저에게 전화해 주시기 바랍니다. (     )      번으로 연락하시면 됩니다. **본 서신에 회신하지 않으실 경우, 받고 계신 서비스 또는 Medicaid 혜택이 중단될 수 있습니다.** 귀하의 전화 회신을 기다리겠습니다.

감사합니다,

케이스 매니저