<DATE>

<Member Name>

<Street Address>

<City, State, Zip>

Estimado/a <Member Name>:

Mi nombre es <Care Coordinator Name> y, a través de su plan de salud, seré su coordinador de atención de Blue Plus. Mis servicios no tienen ningún costo para usted. No he podido comunicarme con usted por teléfono. Estoy intentando comunicarme con usted para hablar sobre:

<Reason for outreach>

Para comunicarse conmigo, llame al <Phone Number>. Nuestro horario de atención es de <8:00 am to 4:30 pm>. Si no habla inglés, puedo volver a llamarle con un intérprete telefónico. Si tiene una discapacidad auditiva y usa TTY, llame al 711.

Atentamente,

<Care Coordinator Name, Title>

Coordinador de atención de Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

DHS\_022723\_O01 DHS Aprobado 03/13/2023