



REVOCATION OF MEDICAID HOSPICE BENEFIT

I, _____, _____
Recipient's name Medicaid number

choose to revoke the hospice benefit allowed to me by Medicaid and rendered by

_____, _____
Agency name Agency provider number

as of _____, 20_____.

I understand that as of the date of this revocation, if I am still eligible, my regular Medicaid benefits will be restored.

_____, _____
Recipient's signature Witness's signature

_____, _____
Date Date

You can have this information in other languages and formats at no charge to you. You can also have this interpreted over the phone in any language. Call Member Services 24 hours a day, 7 days a week at **1-855-332-2440**. For TTY, call **1-844-214-2471**.

Usted puede tener esta información en otros idiomas y formatos sin costo alguno para usted. También puede tener esto interpretado por teléfono en cualquier idioma. Llame a Servicios al Miembro al **1-855-332-2440** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para TTY, llame al **1-844-214-2471**.