**Your Texas Benefits:** Solicitud de renovación de beneficios **Número de caso:** 1234567890

## Cómo renovar

**Puede renovar por Internet en www.YourTexasBenefits.com**

**Si no quiere renovar por Internet, llene esta solicitud:**

1. Si tiene que corregir algo en esta solicitud: (a) táchelo y (b) haga el cambio.
2. Firme y escriba la fecha en la página 9.
3. Envíe los documentos que necesitamos. Esta información aparece al lado de las preguntas.
4. Envíe esta solicitud por fax o correo, o entréguela en persona:

   **Por fax:** 1-877-447-2839.
   Si la solicitud está impresa por los dos lados, envíe por fax ambos lados.

   **Por correo:** TEXAS HEALTH AND HUMAN SERVICES COMMISSION,P O BOX 149025, AUSTIN, TEXAS 78714-9025

   **En persona:** vaya a una oficina de beneficios. Llame al 2-1-1 para encontrar una oficina cerca.

**Puede llamar gratis a cualquier número de teléfono o número de fax en esta solicitud.**

## ¿Tiene preguntas?

Llame al 2-1-1 ó 1-877-541-7905.
Después de escoger un idioma, oprima el 2 para:

- Hacer preguntas sobre la solicitud.
- Encontrar ayuda para llenar esta solicitud.
- Saber el estado de la solicitud.
- Hacer preguntas sobre los programas de beneficios.

Para más información sobre los beneficios, también puede visitar www.hhsc.state.tx.us y www.CHIPMedicaid.org.

**Denuncias de malgasto, fraude y abuso**

Si cree que alguien está usando indebidamente los beneficios de la HHSC, llame al 1-800-436-6184.

**Medicaid para personas de 65 años o más y para personas con discapacidad:**

Para solicitar beneficios de Medicaid para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas, llame al 2-1-1. Pida una solicitud diferente.

| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido |
|---|---|---|
| Gayle | | Test |

| Dirección (calle y número de apartamento) | Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
|---|---|---|---|---|
| 1609 Center Creek | Austin | TX | 78754 | Travis |

| Número de teléfono de la casa | Celular o número de teléfono durante el día |
|---|---|
| | |

| Dirección postal (si es diferente a la de su casa) | Ciudad | Estado | Código postal |
|---|---|---|---|
| | | | |

Entrevistamos a la mayoría de las personas que solicitan beneficios. Muchas veces las entrevistas se hacen por teléfono. Díganos si por alguna de las siguientes razones se le hace difícil ir a una oficina de beneficios.

- Vive a más de 30 millas de la oficina de beneficios más cercana.
- No tiene transporte.
- El clima está malo.
- Está enfermo.
- Cuida a alguien en su hogar
- Su horario de trabajo o de entrenamiento no le permite ir a una oficina de beneficios cuando está abierta.
- No puede viajar porque tiene 60 años o más o tiene una discapacidad.
- Es víctima de violencia familiar.

¿Tienen que ver con su caso alguna de las razones anteriores ? ☐ Sí ☐ No

SAMPLE

Durante su entrevista, dijo que hablaba español. Si desea hablar un idioma diferente,

¿cuál desea hablar? _____ ¿Necesita un intérprete? Podemos obtener uno sin costo alguno

☐Sí ☐No

Las personas que forman parte de su caso reciben los beneficios marcados a continuación. Si quiere solicitar beneficios de otro programa, marque la casilla al lado de ese programa.

☒Beneficios de comida del programa SNAP ☐ TANF ayuda de dinero en efectivo para las familias

Atención médica para ☐Niños ☐ Un adulto que cuida de un niño

☐ Mujeres embarazadas

## Personas que renuevan sus beneficios

Los nombres de todas las personas que están en su caso de beneficios deben aparecer a continuación.

| Nombre | Apellido | Relación de esta persona con usted | Fecha de nacimiento | ¿Todavía vive en su casa esta persona? |
|---|---|---|---|---|
| Gayle | Test | | 11/1/1981 | ☐ Sí ☐ No |
| Jane | Ttest | | 11/1/2005 | ☐ Sí ☐ No |

Escriba el nombre de cualquier persona que vive con usted pero que no está en la lista anterior.

| Nombre (Nombre y apellido) | ¿Masculino o femenino? | Relación de esta persona con usted | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento | Ciudadano de EE. UU. | Si no es ciudadano de EE. UU., díganos: Número de registro de inmigrante | Fecha en que esta persona entró a Estados Unidos | ¿Solicita beneficios esta persona? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ M ☐ F | | | | ☐ Si ☐ No | | | ☐ Sí ☐ No |
| | ☐ M ☐ F | | | | ☐ Si ☐ No | | | ☐ Sí ☐ No |

## Otros datos

| | |
|---|---|
| ¿Ha sido alguien declarado culpable de un delito mayor por una conducta que: (1) sucedió después del 22 de agosto de 1996 y (2) estaba relacionada con drogas?<br>Si contesta "Sí", ¿quién? _____ | ☐Sí ☐No |
| ¿Recibe ayuda económica, comida o atención médica de otro estado?<br>Si contesta "Sí", ¿quién? _____ ¿De cuál estado? _____ | ☐Sí ☐No |
| De las personas que viven en la casa, ¿hay alguien que...? (1) tiene 18 años o más, y (2) es estudiante | ☐Sí ☐No |

SAMPLE

| | |
|---|---|
| ¿Hay alguien en su hogar que está embarazada?<br>Si contesta "Sí", ¿quién? _____ | ☐Sí ☐No |
| ¿Es este su primer embarazo?<br><br>Fecha de parto (MM/DD/YYYY) _____ Cantidad de bebés que espera _____<br>¿Cuál es el nombre y el apellido del padre del niño por nacer?<br><br>Nombre: _____ Apellido: _____ | ☐Sí ☐No |
| ¿Tiene alguien de la casa una discapacidad?<br>Si contesta "Sí", ¿quién? _____ | ☐Sí ☐No |

## Seguro médico

| | |
|---|---|
| ¿Tiene alguien de la casa un seguro médico aparte de Medicare, Medicaid o CHIP?<br>Si contesta "Sí", ¿quién?<br>_____<br>Envíe una copia de ambos lados de la tarjeta de seguro médico. | ☐Sí ☐No |

## Cosas por las que paga o de las que es dueño

| | |
|---|---|
| ¿Paga alguien o es dueño de…? un carro, una camioneta, un bote, una motocicleta u otro vehículo<br>Si contesta "Sí", escriba los datos abajo: | ☐ Sí ☐ No |

| Año | Marca | Modelo | Pago mensual | Pago mensual del seguro | Dinero que debe todavía |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | $ | $ | $ |
| | | | $ | $ | $ |
| | | | $ | $ | $ |

| | |
|---|---|
| ¿Tiene alguien de la casa dinero en efectivo, cuentas de banco, casas u otra propiedad?<br>Si contesta "Sí", escriba la cantidad o el valor a continuación. Escriba "ninguno" si nadie tiene ninguno de los siguientes.<br>Envíe los últimos estados de cuenta para todas las cuentas.<br>Dinero en efectivo: $ _____ Otro: $ _____<br>Cuentas de banco: Todas las cuentas de ahorro $ _____ Todas las cuentas de cheques $ _____<br>Propiedad si no vive en ella: $ _____ Casas si no vive en ellas: $ _____ | ☐Sí ☐No |

SAMPLE

## Método de contacto preferido por parte de proveedores del plan médico u organizaciones de atención médica administrada

**Para mujeres embarazadas solamente**

Si recibe beneficios médicos de la HHSC, es posible que se comunique con usted un representante de su plan médico o su organización de atención médica administrada para hablar de varios asuntos, como los recordatorios de citas, las vacunas y los exámenes preventivos.

Usted puede pedir que se comuniquen con usted por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico. Indique, en orden de prioridad, qué método de contacto prefiere. En esta escala el 1 representa su primera opción.

Nombre: _____

Idioma en el que prefiere que nos comuniquemos con usted: _____

| | |
|---|---|
| ☐ Por teléfono | Número de teléfono: _____<br>(Si recibe llamadas por teléfono, es posible que estas se marquen automáticamente y sean grabadas, y podrían aplicarse los cargos de uso de su compañía telefónica). |
| ☐ Por mensaje de texto | Número de teléfono móvil: _____<br>(Podrían aplicarse cargos de la compañía telefónica por el uso de datos y mensajes). |
| ☐ Por correo electrónico | Dirección de correo electrónico: _____ |

SAMPLE

## Ingresos de la casa

Haga una lista de todo el dinero que todos los que viven en su hogar reciben o recibirán. Escriba todo el dinero de empleos o trabajo por su cuenta, beneficios de compensación por desempleo, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), manutención de niños, ayuda económica para estudiantes, beneficios para veteranos o préstamos en efectivo. **Envíe talones de cheque de pago o una declaración de los últimos 60 días. Si trabaja por su cuenta, envíe prueba del dinero que recibe (ingresos), de los impuestos y los gastos de trabajo**. **Si necesita más espacio, añada más páginas.**

| Nombre de la persona que recibe el dinero | Persona, compañía o departamento que paga el dinero. Si trabaja por su cuenta, escriba "yo mismo". | Cantidad de horas que trabaja por semana | Frecuencia del pago | Cantidad del pago (antes de quitar los impuestos y deducciones) |
|---|---|---|---|---|
| | | | ☐ ya no trabajo ☐ una vez por semana<br>☐ cada 2 semanas<br>☐ una vez por mes ☐ por día<br>☐ otra _____ | |
| | | | ☐ ya no trabajo ☐ una vez por semana<br>☐ cada 2 semanas ☐ una vez por mes<br>☐ por día ☐ otra _____ | |
| | | | ☐ ya no trabajo ☐ una vez por semana<br>☐ cada 2 semanas ☐ una vez por mes<br>☐ por día ☐ otra _____ | |
| | | | ☐ ya no trabajo ☐ una vez por semana<br>☐ cada 2 semanas ☐ una vez por mes<br>☐ por día ☐ otra _____ | |

## Gastos de vivienda

| | |
|---|---|
| ¿Paga alguien uno de los gastos a continuación por la casa en que viven?<br>¿O para una casa adonde piensan regresar?<br>Renta o pago de la casa $ _____ Gas natural/propano $ _____ Impuestos de la casa $ _____<br>Teléfono $ _____ Agua o drenaje $ _____ Electricidad $ _____<br>Seguro de casa $ _____ Televisión por cable $ ___ Otros $ _____<br>Envíe estados de cuenta o recibos que muestren su nombre y dirección. | ☐Sí ☐No |

## Gastos de personas que dependen de usted

| | |
|---|---|
| ¿Paga alguien cuidado de niños para que pueda trabajar, buscar trabajo o ir a un entrenamiento o a la escuela?<br>Si contesta "Sí", $ _____ Envíe estados de cuenta o recibos que muestren su nombre y dirección. | ☐Sí ☐No |
| ¿Paga alguien manutención de niños, gastos médicos y seguro médico para un niño que no vive en su casa?<br>Si contesta "Sí", $ _____ Envíe estados de cuenta o recibos que muestren su nombre y dirección. | ☐Sí ☐No |
| ¿Paga alguien gastos por una persona discapacitada o un adulto que no puede cuidarse?<br>Si contesta "Sí", $ _____ Envíe estados de cuenta o recibos que muestren su nombre y dirección. | ☐Sí ☐No |

## Otros gastos

| | |
|---|---|
| ¿Paga alguien de la casa pensión alimenticia?<br>Si contesta "Sí", ¿cuánto paga cada mes? $ _____ | ☐Sí ☐No |
| ¿Paga alguien de la casa gastos de tarjetas de crédito?<br>Si contesta "Sí", ¿cuánto paga cada mes? $ _____ | ☐Sí ☐No |
| ¿Paga alguien de la casa otros gastos mensuales fijos?<br>Si contesta "Sí", ¿cuánto paga cada mes? $ _____ | ☐Sí ☐No |
| ¿Hay otra persona que no es parte de su caso que ayuda a alguien de su caso a pagar algunos de los gastos anteriores?<br>Si contesta "Sí", ¿quién? _____ | ☐Sí ☐No |

## Gastos médicos

| | |
|---|---|
| ¿Paga alguien de la casa de 60 años o más, o alguien con una discapacidad gastos médicos, como: doctor, hospital o medicamentos?<br>Si contesta "Sí", envíe cuentas, recibos o estados de cuenta. | ☐Sí ☐No |

SAMPLE

# Información legal

**Discriminación:**
Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

**Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria**

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
(2) fax: (202) 690-7442; o
(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

**Medicaid y Asistencia Temporal a Familias Necesitadas**

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Para ello, deberá enviar un correo electrónico a HHSCivilRightsOffice@hhsc.state.tx.us o llamar al 1-888-388-6332, enviar un fax al (512) 438-5885 o mandar una carta a: Texas Health and Human Services Commission, Civil Rights Office, 701 W. 51st St., MC W206, Austin, Texas 78751.

**Números de Seguro Social:**
Sólo necesita dar el número de Seguro Social (SSN) de las personas que solicitan beneficios. Dar información sobre el SSN o solicitar uno es voluntario; sin embargo, las personas que no dan un número de Seguro Social o no solicitan uno, no podrán recibir beneficios. Si no tiene un número de Seguro Social, podemos ayudarle a solicitar uno si usted es ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal. **Tiene que ser** ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal **para** recibir un SSN. Si sus niños tienen un número de Seguro Social, puede recibir beneficios para ellos aunque usted no tenga uno. No damos los números de Seguro Social al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos. Usaremos los SSN para verificar cuánto dinero recibe (ingresos), si puede recibir beneficios y la cantidad de beneficios que puede recibir. (7 C.F.R 273.6 para beneficios de comida; 45 C.F.R 205.52 para TANF; y 42 C.F.R. 435.910 para atención médica).

SAMPLE

**Ciudadanía y estado migratorio:** Puede recibir beneficios para los niños que son ciudadanos de EE. UU. o inmigrantes legales aunque usted no sea ciudadano ni inmigrante legal. Usted no tiene que dar información sobre su ciudadanía o estado migratorio para recibir beneficios para sus niños. Sólo necesita dar la información sobre la ciudadanía o estado migratorio de las personas que solicitan beneficios. Si no es ciudadano de EE. UU. ni inmigrante legal, los únicos beneficios que podría recibir son los servicios de Medicaid de emergencia. Recibir cuidados a largo plazo (Medicaid para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades) o ayuda de dinero en efectivo (TANF) puede afectar su estado migratorio y la habilidad de obtener una tarjeta de residente permanente (tarjeta verde). Recibir otros beneficios no afectará su estado migratorio ni la habilidad de obtener una tarjeta de residente permanente. Antes de solicitar beneficios, hable con alguna agencia que contesta las preguntas legales de inmigrantes. Los refugiados y las personas a quienes se les da asilo pueden recibir beneficios sin afectar su habilidad de obtener la tarjeta de residente permanente o la ciudadanía estadounidense.

## Declaración de entendimiento

Lea el cuadro titulado "Todos los programas de beneficios". Luego, lea los cuadros sobre cada uno de los beneficios solicitados.

### Todos los programas de beneficios

**Datos que la HHSC tiene sobre mí**

La HHSC usa los datos de las personas que solicitan beneficios para decidir: (1) quién puede recibir beneficios y (2) la cantidad de los beneficios.

La HHSC compara los datos personales con el Sistema federal de Verificación de Ingresos y de Elegibilidad. Si los datos no corresponden, la HHSC revisará otras fuentes (bancos, empleadores, etc.).

Si la persona que solicita beneficios tiene un número de registro de inmigrante, la **HHSC tiene que verificarlo por medio del sistema del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (USCIS).** La HHSC no le dará al USCIS los datos de nadie.

En la mayoría de los casos, puedo ver y obtener los datos que la HHSC tiene sobre mí. Esto incluye los datos que doy a la HHSC y los datos que la HHSC obtiene de otras fuentes (historial médico, antecedentes laborales, etc.).

Es posible que tenga que pagar para obtener una copia de estos datos. Puedo pedirle a la HHSC que corrijan cualquier información incorrecta. No tengo que pagar para corregir un error. Para pedir una copia o corregir un error, puedo llamar al 2-1-1 o a la oficina local de beneficios de la HHSC.

**Confidencialidad de mis datos**

La HHSC mantendrá privados mis datos si fueron recopilados:

- Por el personal de la HHSC o por un proveedor contratado por la HHSC.
- Para saber si puedo recibir beneficios estatales.

La HHSC puede dar información sobre mis datos:

- Cuando sea necesario para que reciba beneficios estatales de atención médica.
- Con compañías de teléfono y de servicios públicos. Pueden averiguar si la cantidad de mi cuenta puede ser reducida. La HHSC les dará mi nombre, dirección y número de teléfono.

SAMPLE

**Beneficios de comida del programa SNAP:** Lea esta información si solicita beneficios de comida.

**Decir la verdad**

Cualquier persona que solicita o recibe beneficios del Programa SNAP tiene que:

- Decir la verdad.
- No cambiar ni vender los beneficios de SNAP, la tarjeta Lone Star ni otros artículos que permitan que alguien reciba beneficios de SNAP.
- No usar ni tener tarjetas Lone Star ni otros artículos que no le pertenecen.

**Datos que alguien dice o da a la HHSC**

La HHSC usa los datos que recibe, incluso los números de Seguro Social, para:

- Verificar que alguien puede recibir beneficios.
- Asegurar que esa persona está cumpliendo con las normas del programa de beneficios.
- Ayudar a otros departamentos a verificar si la persona puede recibir otros beneficios.
- Recuperar beneficios que la persona no debería haber recibido.

**Una persona que decide no decir la verdad podría:**

- No recibir beneficios del Programa SNAP por un año o más.
- Recibir una multa de hasta $250,000 o una sentencia de hasta 20 años de cárcel, o las dos.
- Perder el reembolso de impuestos.
- Ser acusado de otros delitos.
- Tener que pagar los beneficios que recibió.
- Jamás volver a recibir beneficios del Programa SNAP.

Lo mismo le podría pasar a alguien que permite que otra persona use su tarjeta Lone Star.

- Intercambiar datos personales sobre esa persona con otros departamentos estatales y federales (por ejemplo, la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, la Administración de Seguro Social y el Servicio de Impuestos Internos).
- Intercambiar datos personales con las autoridades policiales y judiciales para que puedan encontrar a personas que forman parte del caso de beneficios (hogar) y que se buscan por haber huido de la ley.
- Intercambiar los datos personales con agencias de cobros federales, estatales y privadas que trabajan en cobrar sobrepagos de beneficios de comida.
- Comparar los datos personales de esa persona con programas de comparaciones por computadora y compañías de informes de crédito.

(Ley de Estampillas para Comida de 1977, enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036.)

**Medicaid:** Lea esta información si solicita beneficios de Medicaid.

**El uso de mis datos personales**

Estoy de acuerdo en dejar que los proveedores de atención médica de Medicaid (doctores, farmacias, hospitales, etc.) divulguen mis datos personales a la HHSC. Esto permitirá que Medicaid les pague a los proveedores.

**Si doy información falsa**

Si no digo la verdad, podría:

- Ser acusado de cometer un delito.
- Tener que pagar los beneficios que recibí.

Lo mismo podría pasar si dejo que otra persona use mi tarjeta de seguro médico o mi tarjeta de identificación de Medicaid.

**Si tengo miedo de dar datos sobre una persona porque pienso que puede causar daño (físico o emocional) a mí o a mi niño:**

Podría pedir no dar datos sobr esta persona. Tendría que trabajar con la HHSC y el centro de violencia doméstica para obtener una "Exención de Violencia Doméstica".

**Pagos de manutención médica y de niños**

Dependiendo de mi caso de beneficios, el Procurador General (es decir, el estado) puede verificar que estoy recibiendo la cantidad correcta de cobertura médica o de pagos de manutención médica o de niños.

- Si sólo mi niño recibe Medicaid, puedo decidir si quiero que el estado ayude a obtener cualquier pago o cobertura que debemos recibir pero que no recibimos ahora.
- Si mi niño y yo recibimos beneficios de Medicaid, tengo que:
  - Ayudar al estado a obtener cualquier pago y cobertura que debemos recibir pero que no recibimos ahora. Si no ayudo al estado, mi niño puede recibir beneficios de Medicaid, pero es posible que yo no.
  - Identificar al padre o a la madre del niño.
  - Dejar que el estado se quede con cualquier pago de manutención médica.

Si recibo beneficios de Medicaid, la HHSC se quedará con los pagos de servicios médicos que puedo obtener de otras fuentes, como:

- Mi seguro médico.
- El dinero que reciba debido a una lesión.
- Dinero que la Procuraduría General cobre para mí o para mis niños.

Tengo que avisarle a la HHSC sobre estas fuentes. De no hacerlo, sería una violación de la ley.

La HHSC sólo se quedará con la cantidad de los pagos de servicios médicos y de manutención médica que permite la ley. Cooperaré con la HHSC para que reciba estos fondos.

SAMPLE

**Ayuda de dinero en efectivo de TANF para familias:** Lea esta información si solicita beneficios de TANF.

| **Manutención de niños o pensión alimenticia** | **Información falsa** |
|---|---|
| Acepto:<br>• Dejar que el estado se quede con la manutención de niños o pensión alimenticia que se debe a cualquier persona mientras reciba beneficios de TANF.<br>• Dejar que el estado se quede con este dinero después de que terminen los beneficios de TANF, si la cantidad que alguien recibió todavía no se ha pagado.<br>• Avisarle a la HHSC sobre cualquier dinero que alguien reciba.<br>• Cooperar con la HHSC para que obtenga este dinero; de no hacerlo, sería una violación de la ley.<br><br>El estado sólo se quedará con la cantidad permitida por la ley. | Si decido no decir la verdad, podría:<br>• Ser acusado y castigado por cometer un delito. (Esto podría incluir ir a la cárcel hasta por 10 años o estar bajo supervisión comunitaria).<br>• Tener que pagar los beneficios que recibió.<br>• Jamás volver a recibir beneficios de TANF. |

## Personas que le ayudan

¿Le ayudó alguien a llenar esta solicitud?

Si contesta "Sí", díganos sobre esta persona: ☐Sí ☐No

Nombre

Relación u organización

Número de teléfono

Dirección

SAMPLE

## Representante autorizado

Si quiere, puede darle a alguien el derecho de actuar por usted (un representante autorizado)
Esta persona puede:

- Dar y obtener datos sobre esta solicitud.
- Tomar cualquier acción necesaria durante el proceso de solicitud. Esto incluye apelar una decisión de la HHSC.
- Tomar cualquier acción necesaria para inscribirse en Medicaid o CHIP. Esto incluye escoger un plan médico.
- Tomar cualquier acción necesaria para obtener beneficios. Esto incluye avisar sobre cambios y renovar beneficios.

Si usted le concede a alguien el derecho de actuar en su nombre, esa persona se compromete a:

- cumplir con todas sus responsabilidades relacionadas con Medicaid;
- proteger la confidencialidad de su información;
- obedecer las leyes estatales y federales sobre conflictos de intereses y la protección de la confidencialidad, entre ellas:
  - las leyes que protegen la información de las personas que solicitan o reciben Medicaid (42 CFR, parte 431, subparte F);
  - las leyes sobre la confidencialidad y seguridad de la información de identificación personal (45 CFR, Sección 155.260(f)); y
  - las leyes que prohíben al estado pagar los servicios de Medicaid a alguien que no sea su proveedor o usted, excepto en ciertas circunstancias (42 CFR, Sección 447.10).

Solo puede tener un representante autorizado para todos sus beneficios de la HHSC. Si quiere cambiar su representante autorizado: (1) entre a su cuenta de YourTexasBenefits.com para avisar sobre el cambio, o (2) llame al 2-1-1 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Si es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, envíenos prueba de esto con la solicitud.

¿Quiere que alguien tenga el derecho de actuar en su nombre, es decir, de ser su representante autorizado?
Si contesta "Sí", díganos sobre esta persona (el representante autorizado): ☐Sí ☐No

_____
Nombre del representante autorizado

_____
Organización

_____
Dirección

( _____ ) _____ - _____
Número de teléfono

SAMPLE

*** Tiene que firmar y escribir la fecha en la página siguiente. ***

## Registro para votar

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a registrarse no afectará la cantidad de asistencia que este departamento le dará.

**Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud del registro para votar?**

☐Sí ☐No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, ESO SIGNIFICARÍA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, le podemos ayudar. Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o negarse a registrarse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en Elections Division, Secretary of State, PO Box 12060, Austin, TX 78711.
**Número de teléfono: 1-800-252-8683**

**Agency Use Only: Voter Registration Status**

☐ Agency registered ☐ Client declined ☐ Agency registered ☐ Client to mail ☐ Mailed to client ☐ Other

☐ Agency staff signature _____

## Al firmar a continuación, acepto:

- Dejar que la HHSC y otras agencias estatales, federales y locales revisen, den información y obtengan datos sobre cualquier persona que es parte de mi caso de beneficios (hogar).
- Dejar que cualquier otra persona, compañía u organización comparta con la HHSC los datos personales que tienen de cualquier persona que forma parte de mi caso de beneficios (hogar).
- Que los datos que se verificarán y divulgarán incluyan cualquier información que les ayude a decidir: (1) quién puede recibir beneficios, y (2) la cantidad de beneficios.

**Mis respuestas son verdaderas. Certifico bajo pena de perjurio que la información que doy en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si no lo es, se me puede enjuiciar penalmente.**

## Firme aquí para mostrar que acepta:

**Persona que solicita beneficios o el representante autorizado de esta persona:**

_____ _____
Firme aquí Fecha

**Testigo (sólo se necesita si algunas de las personas anteriores firman con una "X" u otra marca).**

_____ _____
Firme aquí Fecha

_____
Nombre del testigo en letra de molde

**Padre, tutor o apoderado de la persona que solicita beneficios (debe presentar prueba de este derecho):**

_____ _____
Firme aquí Fecha

_____
Número de teléfono

SAMPLE

# Ayuda que puede obtener sin llenar esta solicitud

| | | |
|---|---|---|
| **Servicios en su área**<br><br>**¿Necesita ayuda para encontrar servicios?**<br><br>Llame al 2-1-1 (si no logra comunicarse, llame al 1-877-541-7905).<br>Después de escoger un idioma, oprima el 1. | **Programa contra la Violencia Familiar**<br><br>¿Teme por su seguridad o la de sus niños?<br><br>Puede conseguir ayuda para:<br>• Obtener transporte a un lugar seguro.<br>• Encontrar un refugio, ayuda legal y empleo.<br>• Obtener orientación.<br><br>Llame a la línea directa a cualquier hora del día al<br>1-800-799-7233 (1-800-799-SAFE)<br>(TTY 1-800-787-3224). | **Programas de prevención del abuso de alcohol y drogas**<br><br>¿Quiere dejar de usar alcohol o drogas usted o una persona que conoce?<br><br>Puede conseguir ayuda para:<br>• Dejar de usarlos.<br>• Enfrentar una crisis.<br>• Ayudar a otras personas a no usar drogas o alcohol.<br>Llame al 1-877-966-3784<br>(1-877-9-NO DRUG). |
| **Red de la Fuerza Laboral de Texas**<br><br>¿Busca empleo?<br>Puede conseguir ayuda para:<br>• Solicitar un trabajo.<br>• Encontrar un trabajo.<br><br>Llame al 2-1-1 para encontrar un Centro de la Fuerza Laboral de Texas. | **Programa de Educación para Adultos y Alfabetización de la Familia**<br><br>¿Quiere ayuda para aprender a leer o completar un GED? ¿Necesita ayuda con las habilidades para un trabajo? ¿O para aprender a hablar inglés?<br><br>Llame al 1-800-441-7323<br>(1-800-441-READ). | **Programa de Pago de la Prima del Seguro Médico**<br><br>¿Necesita ayuda para pagar el seguro médico?<br><br>Llame al 1-800-440-0493.<br><br>O escriba a:<br><br>Texas Health and Human Services Commission<br>TMHP-HIPP<br>PO Box 201120<br>Austin, Texas 78720-1120 |
| **Planificación familiar**<br><br>¿Necesita ayuda con la planificación familiar?<br><br>Los hombres y las mujeres pueden recibir ayuda con:<br>• Artículos para el control de la natalidad.<br>• Otros tipos de atención médica.<br>Llame al 2-1-1 para encontrar una clínica.<br>Las mujeres de 15 a 44 años que no pueden recibir Medicaid o CHIP quizás puedan recibir servicios del programa Healthy Texas Women. Para las jóvenes de 15 a 17 años, uno de los padres o el tutor legal tiene que solicitar los beneficios. Para saber más, visite HealthyTexasWomen.org o llame al 1-866-993-9972. | **Programa de Mujeres, Bebés y Niños (WIC)**<br><br>¿Está embarazada o hace poco tuvo un bebé?<br><br>Puede conseguir ayuda para:<br>1. Obtener alimentos para usted y sus niños.<br>2. Obtener vacunas.<br><br>Llame al 1-800-942-3678. | **Información importante para antiguos miembros de las Fuerzas Armadas**<br><br>Las mujeres y los hombres que hayan pertenecido a cualquier cuerpo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluidos el Ejército, la Armada, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el cuerpo de reservistas o la Guardia Nacional) podrían recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el Portal de Texas para Veteranos en https://veterans.portal.texas.gov/hagar. |

SAMPLE