

Medicaid Report

The persons in your family receiving “transitional Medicaid” are potentially eligible for up to 12 months of Medicaid coverage and day care services.

To continue receiving Medicaid coverage, you must report changes to your income or childcare expenses. To report this information, complete page 2 of this Medicaid Report form and return it to your local HHSC office.

Your family will continue receiving transitional Medicaid for the full 12 months as long as

- **you continue to have an eligible child in your household,**
- **you continue to live in Texas,**
- **the working person in your household continues to have a job, and**
- **the average earnings of your household members are not more than we can allow for eligibility.**

If your family lost TANF because of child’s earnings, the caretaker in your family must be working for your family to receive the last months of transitional Medicaid. If not working, the caretaker must show that he has good cause for not working.

Anyone who makes a willfully false statement or intentionally tries to get Medicaid coverage for which he is not entitled, may be charged with a criminal offense. If found guilty, he can be fined, imprisoned, or both.

COMPLETE THE FORM ON PAGE 2. Keep this part. MAIL ONLY THE PART YOU COMPLETE. DO NOT ATTACH ANYTHING TO IT. A postage stamp is not necessary.

With a few exceptions, you have the right to request and be informed about the information that the Texas Health and Human Services Commission (HHSC) obtains about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask HHSC to correct information that is determined to be incorrect (Government Code, Sections 552.021, 552.023, 559.004). To find out about your information and your right to request correction, please contact your local eligibility determination office.

Informe de Medicaid

Es posible que las personas de su familia que reciben Medicaid de transición llenen los requisitos para recibir hasta 12 meses de beneficios de Medicaid y de cuidado de niños.

Para seguir recibiendo Medicaid, tiene que informar sobre cambios de ingresos o de gastos de cuidado de niños. Para dar esta información, llene la segunda página de este Informe de Medicaid y devuélvala a la oficina local de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC).

Su familia seguirá recibiendo Medicaid de transición durante los 12 meses completos siempre y cuando:

- haya un niño que llene los requisitos del programa en su unidad familiar,
- usted siga viviendo en Texas,
- la persona de su unidad familiar que trabaja siga en su trabajo, y
- el promedio de los ingresos de los miembros de la unidad familiar no sobrepase la cantidad permitida para llenar los requisitos.

Si su familia dejó de recibir TANF por los ingresos de un niño, para que su familia reciba los últimos meses de Medicaid de transición el cuidador principal de su familia tiene que estar trabajando. Si no está trabajando, debe demostrar que tiene motivo justificado para no trabajar.

Cualquiera que dé información falsa o que intente obtener beneficios de Medicaid sin tener derecho a ellos, puede ser acusado de un delito penal. Si se halla culpable, puede ser multado o encarcelado, o se le pueden imponer las dos sanciones.

LLENE LA FORMA DE LA PÁGINA 2. Conserve esta parte. ENVÍE SÓLO LA PARTE QUE LLENE. NO ADJUNTE NADA MÁS. No es necesario ponerle estampilla.

Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de saber qué información obtiene sobre usted la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) y de pedir dicha información. Si desea recibir y estudiar la información, tiene el derecho de solicitarla. También tiene el derecho de pedir que la HHSC corrija cualquier información incorrecta (Código Gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.004). Para enterarse sobre la información y el derecho de pedir que la corrijan, favor de ponerse en contacto con la oficina local de determinación de elegibilidad.

Medicaid Report Informe de Medicaid

Instructions for Completing the Medicaid Report

1. Enter gross earnings and child care costs that you and any other member of your household had for each month listed.
2. If you are paid more than once a month, add up the amounts received before deductions. Enter the total amount in the "Gross Earnings" box for the month. Enter "0" for any month you had no earnings.
3. If you enter a "0" for any month, explain on the form why you had no earnings (example: illness, fired). If there is not enough room on the form for you to explain, contact your worker.
4. Add up the amounts you paid for child care during each month. Enter the total amount in the "Child Care Costs" box for each of the three months. Do not enter child care amounts paid for by the state. Enter a "0" for each month you did not pay child care.

Instrucciones para llenar este Informe de Medicaid

1. Escriba, para cada mes listado, los ingresos brutos y los gastos de cuidado de niños que haya tenido usted y cualquier otro miembro de su unidad familiar.
2. Si les pagan más de una vez al mes, sume las cantidades pagadas antes de las deducciones y escriba el total para ese mes en el lugar indicado bajo "Ingresos brutos". Si durante algún mes no tuvieron ingresos, escriba "0".
3. Si escribe "0" para algún mes, explique en la forma por qué no tuvieron ingresos (ejemplo: enfermedad, despido). Si en la forma no hay espacio suficiente para escribir la explicación, comuníquese con su trabajador.
4. Sume, para cada mes, los pagos que hayan hecho por cuidado de niños y escriba el total en el lugar indicado bajo "Gastos de cuidado de niños". No incluya los gastos de cuidado de niños que haya pagado el estado. Escriba "0" bajo cada mes en que no se pagó el cuidado de niños.

If reporting loss of employment, childcare or household changes, return this form within ten days of receipt.

Si está avisando sobre la pérdida del empleo o de cambios en el cuidado de niños o de la unidad familiar, devuelva esta forma dentro de los diez días de haberla recibido.

Has anyone moved into or out of your household in the last three months?

¿Ha cambiado el número de personas de su unidad familiar en los últimos tres meses?..... Yes No

If "Yes," explain:/ Si marca "Sí", explique: _____

If your household has moved, give new address:

Si la unidad familiar se ha mudado de casa, dé la nueva dirección:

Street/Calle	City/Ciudad	State/Estado	ZIP/Código postal
--------------	-------------	--------------	-------------------

**Give gross earnings and
child care costs:**

Dé los ingresos brutos y los gastos de cuidado de niños:

NAME NOMBRE	Month 1/Mes 1		Month 2/Mes 2		Month 3/Mes 3	
	Gross Earnings Ingresos brutos	Child Care Costs Gastos de cuidado de niños	Gross Earnings Ingresos brutos	Child Care Costs Gastos de cuidado de niños	Gross Earnings Ingresos brutos	Child Care Costs Gastos de cuidado de niños

**SIGN HERE:
FIRME AQUÍ:** _____

Signature/Firma

Date/Fecha

AGENCY USE ONLY PARA USO DE LA AGENCIA	Case Name		Case No.	BJN	Mail Code
	Medicaid End Date	Report Due Month	Number Certified	Date Received	