



SSI Monitoring Letter

Carta para verificación de SSI

The Health and Human Services Commission is required to verify the accuracy of payments made on your behalf to the nursing home.

Please answer the following questions and return this letter within seven (7) days in the enclosed envelope.

If you have any questions, please contact me at this office.

Large empty box for handwritten notes or address.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos tiene la obligación de verificar la exactitud de los pagos que hace por usted a la casa para convalecientes.

Por favor, conteste las siguientes preguntas y devuelva esta carta en el sobre que se incluye en un plazo de siete (7) días.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo.

Form box for HHSC Staff/Personal de la HHSC, Date/Fecha, and Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono.

1. Your Income:/Sus ingresos:

Table for income reporting with columns for SSI, Social Security/Seguro Social, VA/Administración de Veteranos, and Other Income.

2. Do you have any resources that are producing income, such as land, savings accounts, mineral rights, bonds? Yes

¿Tiene usted recursos que produzcan ingresos, por ejemplo, tierras, cuentas de ahorros, bonos y derechos de minerales? Sí No

If "Yes," give source and monthly amount:/Si contesta "Sí", diga cuáles y escriba la cantidad mensual que produce cada uno:

Two tables for reporting sources and monthly amounts of resources.

3. Did you transfer, deed, sell or give away any houses, lots, land or money in the last three years or waive the right to any income or an inheritance?

Durante los últimos tres años, ¿ha transferido, escriturado, vendido o regalado alguna casa, tierra, algún lote o dinero o ha renunciado al derecho a algún ingreso o herencia? Sí No

If "Yes", please explain (give date, value and reason for transfer/waiver):/Si contesta "Sí", explique (dé la fecha, el valor y la razón):

4. Marital Status:/Estado civil:

Form for marital status with options: Single, Married, Separated, Widowed, Divorced, and fields for spouse name and address.

Box for relationship to patient: If person completing form is not the patient, give relationship to patient.

Signature-Person Completing Form / Firma-Persona que llenó esta forma

Date/Fecha

With a few exceptions, you have the right to request and be informed about the information that the Health and Human Services Commission (HHSC) obtains about you.

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.