

### Verificación de inscripción en la escuela

La persona mencionada abajo solicita beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. De acuerdo a las leyes estatales, esta persona tiene que dar prueba de que está inscrito en una institución de educación superior. Por favor, llene la forma a continuación.

Nombre de la persona que solicita beneficios estatales	Número de caso de la HHSC (si lo sabe)
--	--

**La escuela debe completar la siguiente información:**

¿Está esta persona inscrita en su institución?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la institución	Dirección	Número de teléfono
Nombre de la persona que da esta información	Título	
_____ Firma de la persona que da la información		_____ Fecha

**Cómo enviar esta forma:**

Gracias por su ayuda. Puede entregarle esta forma a la persona que está solicitando los beneficios o puede enviarla por fax o por correo directamente a la HHSC. La dirección y el número de fax de la oficina de beneficios aparecen abajo. Si tiene preguntas, llame al número que aparece abajo.

Fecha en que necesitamos la información: ▶
---

Nombre del trabajador de casos	Número de teléfono 2-1-1 or 1-877-541-7905	Fax 1-877-447-2839	Dirección postal de la oficina HHSC P.O. Box 149027 Austin, TX 78714-9027
--------------------------------	--	-----------------------	--

**La persona que solicita beneficios tiene que firmar y escribir la fecha en esta forma:**

Por la presente, doy permiso para divulgar la información requerida en esta forma.

_____ Firma del solicitante	_____ Fecha
--------------------------------	----------------

**Aviso al solicitante:** Necesita llenar esta forma cada vez que solicite beneficios del programa de cuidado médico. Le enviaremos una forma en blanco cuando le enviemos una solicitud de renovación de beneficios.