TEXAS
Health and Human Services

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

Private Health Insurance Information

YOUR HEALTH INSURANCE AND MEDICAID BENEFITS: Your health insurance does not affect your eligibility for Medicaid. However, it must be used to pay medical providers *before* Medicaid pays its share. Be sure to notify providers of all types of medical coverage (Medicare, health insurance, TRICARE, Medicaid, etc.) that you have.

If you reside in a long-term care facility (nursing home) and *you* pay premiums on an *assignable general health insurance policy*, the premium amount is deducted in determining your monthly copayment toward the cost of care in the facility.

YOUR RESPONSIBILITIES CONCERNING YOUR HEALTH INSURANCE BENEFITS: If you make any change in your health insurance, *including a change in the premium amount*, please report it to the Health and Human Services Commission *within 10 days* of making the change. You can do this by completing this form and returning it in the envelope provided.

Información sobre el seguro médico comercial

SU SEGURO MÉDICO Y LOS BENEFICIOS DE MEDICAID. Tener un seguro médico no afecta la elegibilidad para Medicaid. Sin embargo, se tiene que usar para pagar a los proveedores médicos antes de que Medicaid pague. Asegúrese de avisarles a todos los proveedores médicos sobre todo tipo de cobertura médica (Medicare, seguro médico, TRICARE, Medicaid, etc.) que usted tenga.

Si usted vive en un centro de atención a largo plazo (una casa para convalecientes) y *usted* paga una prima por una *póliza general de seguro médico asignable,* esa prima se deduce al determinar su copago mensual por el cuidado que recibe en el centro.

SUS RESPONSABILIDADES RESPECTO A LOS BENEFICIOS DEL SEGURO MEDICO. Si hay algún cambio en su seguro médico, *inclusive un cambio en la cantidad de la prima*, por favor avise a la Comisión de Salud y Servicios Humanos *dentro de los 10 días* después de ocurrir el cambio. Puede hacerlo llenando esta forma y devolviéndola en el sobre provisto.

POLICY NO. 1/PÓLIZA NÚM. 1

Insurance Carrier/Asegurador		**Policy No.**/Núm. de póliza
Insurance Company's Address/Dirección de la compañía de seguros		
If Cancelled, Give Date*/Si se canceló, dé la fecha*	**New Premium Amount**/Cantidad de la nueva prima $ ⇨	**Effective Date**/Fecha de vigencia

Enclose verification of cancellation from the insurance company./Sírvase adjuntar la verificación de cancelación de la compañía de seguros.

POLICY NO. 2/PÓLIZA NÚM. 2

Insurance Carrier/Asegurador		**Policy No.**/Núm. de póliza
Insurance Company's Address/Dirección de la compañía de seguros		
If Cancelled, Give Date*/Si se canceló, dé la fecha*	**New Premium Amount**/Cantidad de la nueva prima $ ⇨	**Effective Date**/Fecha de vigencia

Enclose verification of cancellation from the insurance company./Sírvase adjuntar la verificación de cancelación de la compañía de seguros.

X _____ _____

Signature/Firma **Date/**Fecha

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, sex, handicap, political beliefs or religion, you may lodge a complaint with the management staff of this agency and/or write immediately to

Si usted cree que ha sido discriminado por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión, puede quejarse ante la administración de este departamento o escribir inmediatamente a

Civil Rights Department
Health and Human Services Commission
P.O. Box 149030
Austin, Texas 78714-9030

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. 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 HHSC office.

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 la HHSC.