TEXAS
Health and Human Services

	Date/Fecha
Eligibility Specialist/Especialista de Elegibilidad	
Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono	

(Client Name and Address)

FINANCIAL MANAGEMENT

INFORME SOBRE EL MANEJO DE DINERO

If you do not have a bank account, additional information is required. Please answer the following questions and return this form within seven days.

Thank you for your assistance. Please use the enclosed envelope to return the form.

Si no tiene cuenta bancaria, se requiere información adicional. Por favor, conteste las siguientes preguntas y devuelva este informe dentro de siete días.

Se le agradece mucho su ayuda. Favor de usar el sobre adjunto para devolver este informe.

1. The client's checks are mailed to:/Los cheques del cliente se mandan por correo a:

Name/Nombre	**Address**/Dirección

2. Are checks cashed? Los cheques se cambian ..... ☐ **or deposited?** o se depositan. ☐

NOTE: If checks are deposited to another person's account, you must provide proof of whether the client has access to the account. This can be done by furnishing a copy of the signature card from the bank.

NOTA: Si los cheques se depositan en la cuenta de otra persona, usted debe dar comprobantes que muestren que esos fondos están a la disposición del cliente. Para esto basta una copia de la tarjeta del banco que contiene las firmas autorizadas.

3. How are the client's bills paid?/¿Cómo se pagan las cuentas del cliente?

☐ **Money Order** Giro Postal ☐ **Cash** Efectivo ☐ **Check** Cheque ☐ **Debit Card** Tarjeta de Débito ☐ **Other (specify)** Otro (especifique): _____

4. If checks are deposited into a bank account, provide the bank name and account number below.
Si los cheques se depositan en una cuenta, apunte el nombre del banco y el número de la cuenta.

Bank Name/Nombre del Banco	**Account Number**/Número de la Cuenta

5. Is anyone holding cash for the client?/¿Guarda alguna persona efectivo por el cliente?

☐ **Yes** Sí ☐ **No** No **If yes, enter amount:** Si contesta "Sí," apunte la cantidad: $ _____

_____
Signature–Person Completing Form
Firma–Persona que Da el Informe

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 de Texas (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.