Texas Health and Human Services Commission

Form H1274
April 2007

Medicaid Eligibility Resource Assessment Notification

Inventario de recursos para la determinación de elegibilidad para Medicaid

Name of Client/Nombre del cliente				**Date of Birth**/Fecha de nacimiento
Name of Medical Care Facility or Indicate CBA, or Applicable Waiver/Nombre del centro de servicios médicos, CBA o del programa opcional				
Address of Medical Care Facility or CBA Client (Street/P.O. Box, City, State, ZIP)/Dirección del centro de servicios médicos o del cliente de CBA				
Date of Admission to Medical Care Facility or CBA Application Date Fecha de admisión al centro de servicios médicos o fecha de la solicitud para CBA	Date Assessment Completed Fecha de inventario	Social Security Number Número de Seguro Social	Social Security Claim Number Número de reclamo de Seguro Social	
Assessment Number/Número del inventario	**BJN**	**Mail Code**	**County Code**	**Invoice Number**/Factura número

The above named individual and the individual's spouse were determined to have ownership interest in the following resources as of:

Se determinó que la persona nombrada arriba y su cónyuge tienen los siguientes recursos desde:

☐ **The first day of the month of admission to the medical care facility.**
El día primero del mes de admisión al centro de servicios médicos.

☐ **The first day of the month of CBA application.**
El día primero del mes de la solicitud de CBA.

Cash
Dinero en efectivo $ _____

Checking Account–*Name of Bank:*
Cuenta de cheques–*Nombre del banco:* _____ $ _____

Savings Account–*Name of Bank:*
Cuenta de ahorros–*Nombre del banco:* _____ $ _____

CD/Money Market Account/IRA–*Name of Bank:*
Certificado de depósito/Cuenta de ahorros (Money Market)/
Cuenta personal para la jubilación–*Nombre del banco:* _____ $ _____

Stocks/Bonds–*List:*
Acciones/Bonos–*Especifique:* _____ $ _____

Mortgages–*Company Name:*
Hipotecas–*Nombre de la compañía:* _____ $ _____

Real Property–*Address/Location:*
Bienes raíces–*Dirección/Lugar:* _____ $ _____

Life Insurance–*Company Name:*
Seguro de vida–*Nombre de la compañía:* _____ $ _____

Oil/Gas/Mineral Rights–*Describe:*
Derecho a petróleo, gas, minerales–*Especifique:* _____ $ _____

Other Resources–*Describe:*
Otros recursos–*Especifique:* _____ $ _____

TOTAL COUNTABLE RESOURCES
TOTAL DE RECURSOS CONTABLES $ _____

Spouse Share *(Countable Resources ÷ 2)*
Cantidad del cónyuge *(Recursos contables divididos por 2)* $ _____

Spouse Protected Resource Amount *(Not to Exceed maximum by law.)*
Cantidad de recursos protegidos del cónyuge *(No puede exceder el máximo fijado por ley).* $ _____ $ _____

On application, the person residing in a medical care facility or applying for a waiver program must meet all eligibility criteria, which may require spending down resources. The department considers only the income of the person residing in a medical care facility/applying for waiver program, compared to the income eligibility limit for an individual. The income of the spouse in the community is considered in determining the client's portion paid toward the cost of his care. The spouse in the community may be provided an allowance of up to

Cuando el cliente que vive en el centro de servicios médicos presente la solicitud o solicite programas opcionales, tiene que satisfacer todos los criterios de elegibilidad, lo cual puede requerir el gasto de recursos. El departamento sólo tiene en cuenta los ingresos del cliente que vive en el centro de servicios médicos o que solicita programas opcionales y compara esos ingresos con el límite de ingresos elegibles para una persona sola. Los ingresos del cónyuge que vive en la comunidad se tienen en cuenta para determinar la porción que paga el cliente por su cuidado. El cónyuge que vive en la comunidad puede tener hasta

$ _____

RETAIN THIS FORM AND PRESENT IT WHEN APPLYING FOR MEDICAID ASSISTANCE
(see Page 2)

GUARDE ESTA FORMA Y PRESÉNTELA CUANDO SOLICITE ASISTENCIA DE MEDICAID
(vea la página 2)

The Health and Human Services Commission does not hold hearings on spousal protected resource amounts until an application for Medicaid has been filed. If you have filed an application and are dissatisfied with the spousal protected resource amount or are being denied Medicaid because of excess resources under spousal impoverishment provisions, you can appeal either decision. You can also appeal to increase the initial spousal protected resource amount to produce additional income for the community spouse.

To start the appeal process, please sign the "Request to Appeal Caseworker's Decision " on the second page of Form H1232, Notification of Ineligibility, and return it to the HHSC staff person. As an alternative, you may call the HHSC staff person listed on Form H1232 to start the appeal process.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas no lleva a cabo audiencias relacionadas con la cantidad de recursos conyugales protegidos hasta que se haya solicitado Medicaid. Puede apelar la decisión si ya solicitó Medicaid y no está satisfecho con la cantidad de recursos conyugales protegidos o si le están negando Medicaid porque, según las disposiciones para esposos con necesidades económicas, tiene un exceso de recursos. Además, puede apelar para aumentar la cantidad original de recursos conyugales protegidos para que el cónyuge que está en la comunidad tenga ingresos adicionales.

Para empezar el proceso de apelación, por favor, firme la "Solicitud de Apelación contra la decisión del trabajador de casos" en la segunda página de la Forma H1232, "Aviso de Inelegibilidad", y devuélvala al miembro del personal de HHSC. También puede llamar al miembro del personal de HHSC que se menciona en la Forma H1232 para empezar el proceso de apelación.

Discrimination Complaints

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, sex, disability or religion, you may file a complaint by contacting:

HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX 78751

Voice: 1-888-388-6332, TTY: 1-877-432-7232, Fax: 1-512-438-5885

You can also file a complaint by contacting the U.S. Department of Health and Human Services:

Office for Civil Rights - Region VI, 1301 Young St., Room 1169, Dallas, TX 75202

Quejas de Discriminación

Si usted cree que lo han discriminado por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o religión, puede presentar una queja ante la:

HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX 78751

Voz:1-888-388-6332, TTY:1-877-432-7232, Fax:1-512-438-5885

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.:

Office for Civil Rights - Region VI, 1301 Young St., Room 1169, Dallas, TX 75202