TEXAS
Health and Human Services

Date/Fecha
HHSC Staff/Personal de la HHSC
Office Address and Telephone Number/Oficina y Teléfono

Client Address

NOTICE OF OPPORTUNITY TO DESIGNATE FUNDS FOR BURIAL

AVISO SOBRE LA OPORTUNIDAD DE SEÑALAR FONDOS DESTINADOS AL ENTIERRO

I have determined that on _____ **, your countable resources totaled** **$** _____ .

He determinado que el _____ , el total de sus recursos contables era **$** _____ .

This amount exceeds the resource limit for eligibility.

Esta cantidad sobrepasa el límite permitido para la elegibilidad.

Based on this determination you are ineligible for Medicaid.

Por lo tanto, usted no es elegible para Medicaid.

You may provide evidence that separately identifiable liquid resources (such as bank accounts, stocks, etc.) have been designated as burial funds. Up to $1,500 may be excluded from your countable resources. If you wish to designate burial funds, please contact me before

Usted puede dar pruebas de que cietra parte de sus recursos líquidos que puede identificar por separado (como, por ejemplo, alguna cuenta bancaria, determinadas acciones, etc.) se ha señalado como fondos destinados al entierro. De esta manera, hasta $1,500 pueden ser excluidos de sus recursos contables. Si usted quiere señalar ciertos fondos destinados al entierro, sírvace comunicarse conmigo antes de

_____ .

You may telephone me or write to me to provide this evidence or to discuss this notice. My telephone number and address are given above, and a stamped self-addressed envelope is enclosed for your convenience.

Puede llamarme o escribirme para darme las pruebas o para discutir este aviso. Si desea escribir, el sobre incluído no necesita estampilla. Vea arriba mi dirección y teléfono.

If I do not hear from you by the date given above, I will assume that you do not wish to give any evidence and your eligibility will be affected as indicated above. You will receive formal notice of the eligibility decision, which will also explain your right to appeal.

Si usted no se ha comunicado conmigo para la fecha especificada en este aviso, entenderé que no desea ofrecer pruebas y su elegibilidad será afectada tal como en éste se explica. Entonces usted recibirá un aviso formal de su inelegibilidad con información sobre su derecho a apelar.

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