

SNAP Food Benefits/ Beneficios de comida del Programa SNAP

Date

Notice from the community organization helping you.
Aviso de la organización comunitaria que le ayuda.

Community organization contact/
Persona contacto de la organización comunitaria

Name and address of person applying for benefits/
Nombre y dirección de la persona que solicita beneficios

--

--

Community organization address and telephone no./
Dirección y número de teléfono de la organización comunitaria

--

Your SNAP food benefits application was received on/
Su solicitud de beneficios del Programa SNAP fue recibida el

Your local HHSC benefits office address and telephone no./
Dirección y número de teléfono de su oficina local de beneficios de la HHSC

	This is your case file date. Fecha en que comenzó su caso.
--	--

--

Items needed from you

More items are needed from you. See the list of items below. If you need help getting any of these items, tell the person helping you or your Texas Health and Human Services Commission (HHSC) benefits advisor.

Mail or drop off the following items at your local HHSC benefits office (see address above).

Make sure your name and birth date are on all items.

You also can return these items to the community organization that helped you.

These items are needed by:	
-----------------------------------	--

If HHSC doesn't get the items or hear from you by this date, you might not get benefits.

La información que necesitamos

Necesitamos más información. Vea el listado de documentos abajo. Si necesita ayuda para conseguir estos documentos, avísele a la persona que le está ayudando o a su consejero de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (la HHSC). Entregue los siguientes documentos en persona en su oficina local de beneficios de la HHSC (Vea la dirección arriba) o envíelos por correo.

Asegúrese de escribir su nombre y fecha de nacimiento en cada uno de los documentos.

También puede entregar los documentos a la organización comunitaria que le ayudó.

Necesitamos los documentos en o antes del:	
---	--

Si la HHSC no obtiene los documentos o información sobre usted en o antes de esta fecha podría no recibir beneficios.

Notice: Your application will be given to HHSC / Aviso: Le entregaremos su solicitud a la HHSC.

Your application and other items you gave us (paycheck stubs, copies of bills, proof of ID, etc.) will be given to HHSC. Your HHSC benefits advisor might ask you for more facts or items.

Le entregaremos su solicitud y los documentos que nos dio (talón de cheque de pago, copias de cuentas, prueba de identificación, etc.) a la HHSC. Su consejero de beneficios de la HHSC podría pedirle más documentos o información.

HHSC is expected to make a decision on your case no later than 30 days after your case file date.

Se espera que la HHSC tome una decisión sobre su caso no más tarde de 30 días después de la fecha en que comenzó su caso.

SNAP food benefits case number/ Número de caso de beneficios del SNAP:	Medicaid case numbers/ Números de caso de Medicaid:	TANF case number/ Número de caso de TANF: