TEXAS Health and Human Services Commission

Worker Name/Nombre del Trabajador
Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono

Date/Fecha	TANF Case No.	FS Case No.

TANF/Food Stamp Benefits Notice of Eligibility
(only the checked boxes apply to you)

Aviso de Elegibilidad para TANF/Beneficios de Estampillas para Comida (sólo las secciones marcadas se aplican a su caso)

TANF

☐ Your family will receive $ _____ each month, beginning _____ (except $ _____ for _____).
Su familia recibirá $ _____ cada mes, comenzando _____ (excepción $ _____ para _____).

☐ You are eligible for Medicaid beginning _____.
Es elegible para Medicaid comenzando _____.

☐ You are eligible for Medicaid for the prior months of _____.
Es elegible para Medicaid para los meses pasados de _____.

FOOD STAMP BENEFITS/ BENEFICIOS DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

☐ Your household is eligible for $ _____ per month in food stamp benefits from _____ through _____.
Su casa es elegible para $ _____ al mes en beneficios de estampillas para comida desde _____ hasta el fin de _____.

(except: $ _____ for _____, $ _____ for _____).
(excepciones: $ _____ para _____, $ _____ para _____).

If you applied for TANF at the same time and begin to receive benefits, your food stamp benefits may be lowered or ended, and your food stamp benefit certification may be adjusted.

Si solicitó al mismo tiempo beneficios de estampillas para comida y TANF y si comienza a recibir beneficios de TANF, sus beneficios de estampillas para comida se pueden reducir o terminar y su certificación de beneficios de estampillas para comida se puede ajustar.

☐ When we certified your household, we postponed some of the verifications we need to finish your case. Please bring or mail to us the following:
Al certificar su casa, dejamos para después algunas de las pruebas necesarias. Por favor, tráiganos o mándenos la siguiente información:

_____

Your food stamp benefits for _____ will not be issued until we get the above information.
Los beneficios de estampillas para comida de _____ no se mandarán hasta que recibamos esta información.

We need this information by _____.
Se necesita esta información para _____.

If the requested information changes your household's eligibility or benefits, the change will be made immediately without advance notice.
Si la información afecta la elegibilidad o los beneficios de su casa, se harán los cambios inmediatamente sin previo aviso.

CHANGES/ CAMBIOS

☐ The changes you reported on _____ will not affect your ☐ TANF ☐ Food Stamps Benefits
Los cambios que nos indicó el _____ no afectarán su TANF sus Estampillas para Comida

☐ The changes you reported on _____ are the reason for the increase in your ☐ TANF ☐ Food Stamps Benefits
Los cambios que nos indicó el _____ son el motivo del aumento en su TANF sus Estampillas para Comida

☐ CREDIT REPORT: If this box is checked, please refer to the Credit Report information on the back of this page.
INFORME DE CRÉDITO: si se marcó esta cajita, por favor, lea la información bajo Informe de Crédito al otro lado de esta forma.

Comments:
Comentarios: _____

NOTICE TO MEDICAID PROVIDERS THIS IS NOT AUTHORIZATION TO PROVIDE SERVICES	For free legal services, contact: Para servicios legales gratis, comuníquese con: ⇨

Your household has been authorized for non-cash services as explained in the information given to you.

Su unidad familiar tiene permiso para recibir beneficios que no sean en efectivo como se explica en la información que recibió.

TANF/MEDICAID INFORMATION: Your family members qualify for social services and Medicaid. Medicaid includes hospital insurance, doctors' services, and help paying for prescribed medicine.

Notify your doctor, pharmacist, and other medical providers if it shows on the reverse side that your family is eligible for Medicaid for any of the three months before you applied for financial help. Medical provider(s) must submit claim for these services within 90 days.

If this notice includes information about your or a family member's Medicaid ending, the Texas Department of State Health Services will send you a Certificate of Coverage. You can use this certificate to prove how long you had Medicaid coverage if you enroll in another medical plan which has a pre-existing condition clause. If you do not receive the certificate within six weeks after you receive this notice, or if you lose the certificate and need a replacement within the next 24 months, you may request a certificate by calling 1-800-723-4789.

Texas schools offer parenting skills training in elective classes available to students in grades 7 through 12. If you are interested, contact your school counselor or principal for information on parenting skills training. Teen parents receiving benefits for their own child or children are required to attend classes which provide parenting skills training.

You will be notified when you need to apply to continue receiving TANF.

FOOD STAMP BENEFITS INFORMATION: In special situations, an identification card may be enclosed. You and your spouse, if any, must sign the card. If you gave the worker the name of another person who will obtain your food stamp benefits for you, that person must also sign the card where it is marked "authorized representative." Only the people who have signed the card may obtain food stamp benefits for the household. Otherwise, you will receive your food stamp benefits each month by an EBT card.

You will be notified when you need to reapply to continue receiving food stamp benefits.

NOTE: YOU MUST NOTIFIY THIS OFFICE WITHIN 10 DAYS OF ANY CHANGES IN YOUR CIRCUMSTANCES such as changes in your earnings, property, household members, expenses, or anything else concerning your income, expenses, or needs. A receipt for your report of change is available upon request.

If you have any questions or need to report changes, please contact your worker. You may call toll free 1-800-448-3927 to request benefit information or case status, 24 hours a day, seven days a week. To report complaints only, call 1-800-252-9330.

INFORMACIÓN SOBRE TANF Y MEDICAID: los miembros de su familia son elegibles para servicios sociales y Medicaid. Los servicios de Medicaid incluyen seguro de hospital, servicios de doctor y cierto número de medicinas recetadas.

Si la primera página dice que su familia es elegible para Medicaid durante cualquiera de los tres meses antes de solicitar usted asistencia, avise a su doctor, farmacéutico u otro proveedor de servicios médicos. Los proveedores tienen que presentar sus cuentas a Medicaid dentro de los 90 días.

Si este aviso le informa que su Medicaid o el de algún miembro de la familia se terminará, el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas le enviará un Certificado de Cobertura. Puede usar este Certificado como prueba de cuánto tiempo recibió Medicaid si se inscribe en otro plan de salud que tiene una cláusula de padecimiento preexistente. Si no recibe el Certificado dentro de las seis semanas después de recibir este aviso, o si lo pierde y necesita reponerlo dentro de los próximos 24 meses, puede pedirlo llamando al 1-800-723-4789.

En las escuelas de Texas hay clases electivas, en las que se enseña cómo ser buenos padres, para los estudiantes de los cursos 7-12. Si quiere más información sobre el entrenamiento de cómo ser buenos padres, comuníquese con el consejero o con el rector de la escuela. Los padres adolescentes que reciben beneficios para sus hijos tienen que asistir a las clases en las que se enseña cómo ser buenos padres.

Se le avisará cuando sea tiempo de volver a presentar una solicitud para poder seguir recibiendo TANF.

INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA: en situaciones especiales, se puede adjuntar una tarjeta de identificación. Usted y su esposo tienen que firmar la tarjeta. Si usted le dio al trabajador el nombre de otra persona que le va a obtener las estampillas para comida, esa persona debe firmar también la tarjeta en el lugar donde dice "representante". Sólo las personas que hayan firmado la tarjeta pueden obtener estampillas para comida para su casa. De otro modo, usted recibirá cada mes sus beneficios de estampillas para comida por medio de una tarjeta EBT.

Se le avisará cuando sea tiempo de volver a presentar una solicitud para poder seguir recibiendo estampillas para comida.

NOTA: DEBE AVISAR A ESTA OFICINA DENTRO DE LOS 10 DÍAS DE CUALQUIER CAMBIO EN SU CASA, como por ejemplo, un cambio en sus ganancias, sus propiedades, los miembros de su casa, sus gastos u otra cosa que afecte sus entradas, gastos o necesidades. Si usted lo solicita, se le puede mandar un recibo de su aviso de cambio.

Si tiene alguna pregunta o necesita avisar de un cambio, hable con su trabajador. Para pedir información sobre beneficios o sobre el estado de su caso, llame a la línea gratis 1-800-448-3927 a cualquier hora del día, cualquier día de la semana. Para dar alguna queja solamente, llame al 1-800-252-9330.

Food for pregnant and breastfeeding women, for babies, and children to age five: Call this toll-free number or your local WIC clinic to see if WIC can help you; 1-800-942-3678 or 1-800-WIC-FOR-U.

Comida para mujeres embarazadas, madres que amamantan a su bebé, bebés y niños hasta de cinco años: para saber si WIC le puede ayudar con comida, llame a la clínica WIC de su localidad o hable gratis al 1-800-942-3678.

APPEAL INFORMATION: If you are not satisfied with the worker's decision, you may ask to speak with someone else about your case. You may also appeal the decision. An appeal is a hearing held with someone who has not worked with your case before. You have the right to show evidence on your behalf. If you want a hearing, sign, date, and check the box in the space below to show the decision you are appealing and return this letter to me at the address on the front. Keep the copy of this letter for your information. You may also request a hearing in person or by telephone. If you do not want a hearing, do not return this letter.

INFORMACIÓN SOBRE CÓMO APELAR: si no está satisfecho con la decisión de su trabajador, puede pedir hablar con otra persona. También puede apelar la decisión. Se apela en una audiencia a cargo de una persona que antes no ha tenido nada que ver con el caso. Usted tiene derecho a presentar pruebas a su favor. Si desea una audiencia, marque en la siguiente sección la casilla que identifique la decisión que desea apelar, firme, ponga la fecha y devuélvame este aviso a la dirección escrita al otro lado. La copia es para usted. También puede pedir la audiencia por teléfono o en persona. Si no desea apelar, no devuelva el aviso.

COMPLETE THIS SECTION ONLY IF YOU WANT TO APPEAL THIS DECISION

MARQUE ESTA SECCIÓN SÓLO SI QUIERE APELAR ESTA DECISIÓN

I file this as my appeal for

☐ TANF ☐ Food Stamps Benefits / Beneficios de Estampillas para Comida

and want a hearing before a department hearing officer.

Presento esta apelación para

☐ TANF and Food Stamps Benefits / TANF y Beneficios de Estampillas para Comida ☐ Medicaid

y deseo una audiencia ante un funcionario de audiencias del departamento.

Signature— Client or Representative/Firma—Cliente o Representante _____ Date/Fecha _____

Our eligibility decision was based on a variety of sources including information in a credit report obtained from/ Basamos nuestra decisión de elegibilidad en una variedad de fuentes inclusive información de un informe de crédito de:

☐	CSC (Equifax):	P. O. Box 1150, Lake Hearn Drive, Suite 460, Atlanta, GA 30374-2041	**1-800-759-5979**
☐	Experian:	701 Experian Parkway, P. O. Box 2002, Allen, TX 75013	**1-888-397-3742**
☐	Trans Union:	2 Baldwin Place, P. O. Box 1000, Chester, PA 19022	**1-800-888-4213**

You have a right under the Fair Credit Reporting Act to obtain a free copy of your credit report from the reporting agency within 60 days of the notice. You have the right to dispute the accuracy of any information in the report. Credit reporting agencies do not make eligibility determination decisions and will not be able to provide you with the specific reason for the action taken on your application/case. Information from the reporting agency was independently verified before taking this action (C-360). Please contact your advisor if you have questions about this eligibility decision. / Según la Fair Credit Reporting Act, usted tiene derecho de obtener gratis una copia de su informe de crédito de la agencia que dio el informe dentro de los 60 días del aviso. Tiene el derecho de cuestionar la exactitud de lo anotado en el informe. Las agencias de informes de crédito no toman las decisiones de determinación de elegibilidad y no podrán darle la razón específica de la acción tomada en su solicitud o caso. Antes de que se tomara esta acción, la información de la agencia de informes de crédito se verificó con fuentes independientes (C-360). Favor de hablar con su consejero si tiene alguna pregunta sobre esta decisión de elegibilidad.