TEXAS HEALTH AND HUMAN SERVICES COMMISSION

Form H1017/07-2009

Date/Fecha	Medicaid Case/App. No.	TANF Case/App. No.	SNAP Case/App. No.

Worker Name/Nombre del Trabajador

Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono

For free legal services, contact:/Para servicios legales, comuníquese con:

NOTICE OF BENEFIT DENIAL OR REDUCTION
AVISO DE NEGACIÓN O REDUCCIÓN DE BENEFICIOS

In the State of Texas, an application for assistance is a request for help in finding a job.
En el estado de Texas, una solicitud de asistencia es una solicitud de ayuda para encontrar trabajo.

On the basis of information received by this office and policy found in section(s) _____
Debido a la información recibida en esta oficina y según las reglas de la sección

of the *Texas Works Handbook*, the following action is being taken: (All eligibility determination offices have the *Texas Works Handbook* available for you to read.)/del *Texas Works Handbook*, se está iniciando la siguiente acción: (Todas las oficinas de determinación de elegibilidad tienen el *Texas Works Handbook* disponible para que lo lea.)

☐ Your TANF benefits / Sus beneficios de TANF ☐ will be lowered from / se reducirán de..... _____ to / a _____ beginning / comenzando _____
☐ require a protective payee. Your benefits will be made available to this person beginning
requieren un beneficiario protector y estarán a la disposición de un tercero comenzando..... _____

☐ Your SNAP food benefits will be lowered from / Sus beneficios de comida del Programa SNAP se reducirán de _____ to / a _____ beginning / comenzando _____

☐ You will not be eligible for / Terminará su elegibilidad para ☐ SNAP food benefits, after / beneficios de comida del Programa SNAP, el _____ ☐ TANF, / TANF, el ... _____ ☐ Medicaid, after / Medicaid, el.... _____

☐ Your application for / Su solicitud de ☐ SNAP food benefits / beneficios de comida del Programa SNAP ☐ TANF / TANF ☐ Medicaid / Medicaid has been denied. / se negó.

☐ _____ is eligible for Medicaid for these months before your application:
llena los requisitos de Medicaid durante estos meses anteriores a su solicitud:

_____ _____ _____

Payments may be made for unpaid medical services received in months listed above if the medical provider (doctor, pharmacist, etc.) submits the claim within 90 days.
Medicaid puede pagar las cuentas médicas que todavía debe de servicios recibidos durante los meses nombrados arriba si el proveedor médico (doctor, farmacéutico, etc.) presenta la solicitud de pago a Medicaid dentro de los próximos 90 días.

☐ Your application for / Su solicitud de ☐ SNAP food benefits / beneficios de comida del Programa SNAP ☐ TANF / TANF ☐ Medicaid / Medicaid has been denied, effective: / se negó, a partir del .... _____

because you did not give us the information we needed or did not keep your appointment. You still need to:
porque no nos dio la información que necesitábamos o porque no fue a su cita. Usted todavía tiene que:

_____

If you take the required action before / Si hace esto antes del ..... _____ , we will reconsider your application. / consideraremos de nuevo su solicitud.

You will have to complete another application if you do not take this action by this date.
Si no lo hace para esta fecha, tendrá que volver a llenar otra solicitud.

☐ Medicaid eligibility will be denied for / Se negará la elegibilidad para Medicaid de ☐ your household after / su unidad familiar después del ..... _____

☐ 1. _____ after / después _____ 2. _____ after / después del _____

Your family may still be eligible for Medicaid, even if (1) you cannot get TANF, (2) you are making more money, or (3) other things have changed.
CONTACT YOUR LOCAL OFFICE FOR INFORMATION
Es posible que su familia aún pueda recibir Medicaid, aunque (1) no reciba TANF, (2) gane más dinero ó (3) haya habido otro cambio.
PARA MÁS INFORMACIÓN, COMUNÍQUESE CON LA OFICINA LOCAL.

Work today for a better tomorrow! ¡Trabaje ahora y le irá mejor mañana!

If you believe this decision is not correct, you may request a hearing to appeal the decision. If you want to appeal, you must do so within 90 days after the action you do not agree with occurred. You may also appeal decisions affecting your amount of SNAP food benefits any time within a certification period.

If you request a hearing, you may represent yourself or you may choose an authorized representative such as a relative, friend, or legal counsel. Free legal help is available in many communities. Contact your worker for more information. Upon request, a department representative will be present at the hearing.

If you are receiving benefits and appeal within 13 days from the date of this letter, you may continue to receive benefits as they were before we took action to reduce or deny them. These benefits can be continued until the appeal is decided, or in the case of SNAP food benefits, until your SNAP certification period ends, whichever happens first.

If you want a hearing, sign, date, and check the boxes in the space below that show the decision you are appealing and if you want to receive continued benefits. Return this letter to me at the HHSC office address stamped on the front of this page and keep a copy for your information. You may also request a hearing in person or by telephone.

If the action explained in this letter is a lowered TANF payment and you request a hearing within these 13 days, you may receive your full grant in two payments at different times, but they will total the old benefit amount. If the action explained in this letter is the addition of a protective payee and you request a hearing within 13 days, you will continue receiving the TANF payment without the protective payee until the hearing decision is made.

Whether or not you want a hearing, you may request a meeting to discuss your situation. If you want a meeting or have any questions, please contact this HHSC office. If you do not want a hearing, do not return this letter.

TRANSITIONAL MEDICAID/CHILD CARE NOTICE

DENIED TANF RECIPIENTS: If you have gone to work but are being denied TANF for another reason, you may qualify for up to 12 months of additional Medicaid and child care benefits. If you have received TANF for at least three months and want your eligibility for transitional benefits determined, contact your worker WITHIN 13 DAYS of the date shown by your case number.

MEDICAID ELIGIBILITY INFORMATION

DENIED MEDICAID RECIPIENTS: 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.

FAMILY PLANNING NOTICE

DENIED TANF APPLICANTS OR RECIPIENTS: Although your application for TANF is denied or your TANF benefit is denied, or you withdrew your TANF application, you qualify for family planning services for three months from the time you were an applicant for TANF or received TANF.

SNAP FOOD RECIPIENTS: You qualify for family planning services.

OTHER APPLICANTS OR RECIPIENTS: You may also be eligible for family planning services.

To report complaints only, call 1-800-252-9330.

Si usted cree que esta decisión no es correcta, puede pedir una audiencia para apelar contra la decisión. Si desea apelar, tiene que hacerlo dentro de los 90 días de la fecha en que ocurrió la acción que apela. Puede apelar contra decisiones que afecten la cantidad de sus beneficios de comida del Programa SNAP en cualquier momento durante el periodo de certificación.

Si pide la audiencia, puede representarse o puede nombrar a un representante autorizado que puede ser un pariente, un amigo o un abogado. En muchas comunidades hay servicios legales gratis. Comuníquese con su trabajador para más información. Si usted lo pide, un representante del departamento estará presente en la audiencia.

Si actualmente recibe beneficios y apela dentro de los 13 días de la fecha de este aviso, puede seguir recibiendo los mismos beneficios que recibía antes de que tomáramos esta acción de reducirlos o negarlos. Estos beneficios se pueden seguir dando hasta que se decida la apelación o, en el caso de beneficios de comida del Programa SNAP, hasta que termine su periodo de certificación, lo que ocurra primero.

Si quiere una audiencia, marque abajo el caso que apela, firme y ponga la fecha. Si no desea seguir recibiendo los mismos beneficios que antes mientras se decide la apelación, marque el lugar indicado. Devuelva este aviso a la dirección de la oficina de la HHSC estampada en la primera página, y guarde una copia para usted. También se puede pedir la audiencia en persona o por teléfono.

Si la acción indicada en este aviso es una reducción en los pagos de TANF y usted pide la audiencia en el plazo de 13 días, posiblemente recibirá la concesión total en dos pagos distintos, pero la suma de los dos será la cantidad de la concesión que recibía antes. Si este aviso indica que sus beneficios estarán a la disposición de un beneficiario protector, y usted pide una audiencia en el plazo de 13 días, seguirá recibiendo los pagos de TANF a su nombre hasta que la audiencia decida el caso.

Quiera o no la audiencia, puede pedir una entrevista para discutir su situación. Si desea la entrevista, o si tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con esta oficina de la HHSC. Si no desea la audiencia, no devuelva este aviso.

AVISO SOBRE MEDICAID DE TRANSICIÓN Y CUIDADO DE NIÑOS

BENEFICIARIO A QUIEN LE NEGARON TANF. Si usted comenzó a trabajar pero le negaron TANF por otra razón, posiblemente llene los requisitos para recibir beneficios adicionales de Medicaid y de cuidado de niños hasta por 12 meses. Si recibió TANF por lo menos tres meses y quiere que se determine su elegibilidad para beneficios de transición, comuníquese con su trabajador DENTRO DE LOS 13 DÍAS siguientes a la fecha que se encuentra junto al número de su caso.

INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD DE MEDICAID

BENEFICIARIO A QUIEN LE NEGARON MEDICAID. 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.

AVISO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SOLICITANTE O BENEFICIARIO A QUIEN LE NEGARON TANF. Aunque le nieguen su solicitud o su beneficio de TANF, o aunque usted retire su solicitud de TANF, puede recibir tres meses de servicios de planificación familiar desde que presentó la solicitud de TANF o recibió TANF.

BENEFICIARIO DEL PROGRAMA SNAP. Usted llena los requisitos para servicios de planificación familiar.

OTRO SOLICITANTE O BENEFICIARIO. También puede ser que llene los requisitos para servicios de planificación familiar.

Para dar alguna queja solamente, llame al 1-800-252-9330.

COMPLETE THIS SECTION ONLY IF YOU WANT TO APPEAL THIS DECISION
MARQUE ESTA SECCIÓN SÓLO SI QUIERE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN

I file this as my appeal for:
Presento esta apelación para:

☐ TANF
TANF

☐ SNAP food benefits
beneficios de comida del Programa SNAP

☐ TANF and SNAP
TANF y beneficios de comida del Programa SNAP

☐ Medicaid
Medicaid

and want a hearing before a department hearing officer. I understand that if I continue receiving assistance and the hearing officer decides that the department action is correct, I may have to pay back some or all of the assistance I received while I was appealing.

y deseo una audiencia ante un funcionario de audiencias del departamento. Comprendo que si sigo recibiendo asistencia y el funcionario de audiencias determina que la acción del departamento es correcta, posiblemente yo tenga que devolver parte o toda la asistencia que reciba mientras se decide mi apelación.

☐ I DO NOT want to continue receiving the amount of benefits I now receive until a hearing decision is made.
NO quiero seguir recibiendo la misma cantidad de asistencia que antes mientras se decide la apelación.

Signature—Client or Representative/Firma—Cliente o Representante

Date/Fecha

THE ACTION DESCRIBED IN THE ATTACHED NOTICE IS BEING TAKEN BECAUSE:
LA ACCION DESCRITA EN EL AVISO ADJUNTO SE INICIO PORQUE:

- ☐ The amount of money you get each month is over the allowed amount. (See "Comments" below for specifics.)
  La cantidad de dinero que recibe cada mes sobrepasa la cantidad límite. (Vea los siguientes "Comentarios").
- ☐ Income available to you exceeds the medically needy needs allowance and you have no medical expenses to spend down your income.
  Usted dispone de ingresos que sobrepasan el límite para llenar los requisitos de beneficios por necesidad médica y no tiene gastos médicos para descontar de sus ingresos como cuota prescrita.
- ☐ The value of the things you own (resources) goes over the allowed amount. (See "Comments" below for specifics.)
  El valor de las cosas de las que es dueño (recursos) sobrepasan la cantidad limite. (Vea los siguientes "Comentarios").
- ☐ The primary wage earner voluntarily quit a job.
  El principal sostén de la casa dejó voluntariamente su empleo.
- ☐ You have voluntarily withdrawn your application.
  Usted ha cancelado voluntariamente su solicitud.
- ☐ You did not provide enough information for this office to determine eligibility for assistance.
  Usted no nos dio suficiente información para determinar su elegibilidad para asistencia.
- ☐ You failed to keep your appointment.
  Usted faltó a la cita que le dimos.
- ☐ You failed to sign the Personal Responsibility Agreement.
  Usted no firmó el Acuerdo de Responsabilidad Personal.
- ☐ Your children are no longer deprived of parental support due to return of absent parent.
  A sus hijos ya no les falta la manutención de uno de los padres puesto que el que estaba ausente ha vuelto a la casa.
- ☐ Your children are not deprived of parental support. The primary wage earner does not meet the eligibility rules for unemployment work history.
  A sus niños no les falta la manutención de uno de los padres. El sostén principal de la casa no cumple con los requisitos de elegibilidad con respecto a desempleo o historia de trabajo.
- ☐ You have no children in your home who are eligible for assistance.
  Usted no tiene en su casa niños que llenan los requisitos para recibir asistencia.
- ☐ You failed to comply with child support requirements.
  Usted no cumplió con los requisitos de manutención de niños.
- ☐ You failed to return a complete Form H1146, Medicaid Report, by the due date and did not show good cause.
  Usted no llenó ni devolvió el Informe de Medicaid (Forma H1146) para la fecha requerida ni demostró tener buena razón para no hacerlo.
- ☐ Your benefits were denied because you failed to provide the proof we requested when you were certified for expedited (emergency) services.
  Esta negación de beneficios se debe a que usted nunca entregó las pruebas que se le pidieron cuando recibió la certificación para recibir beneficios de emergencia.
- ☐ A required member of your household failed or refused to provide a finger image.
  Una persona de su casa a quien deberían haberle tomado las imágenes digitales no presentó sus huellas digitales o se negó a hacerlo.
- ☐ Your benefits were denied because finger imaging indicated all members of your household were active on another case.
  Sus beneficios se negaron porque las imágenes digitales indicaron que todos los miembros de su unidad familiar estaban activos en otro caso.

☐ You received a lump sum payment of _____ in _____ from _____
Usted recibió un pago global de $_____ el _____ de _____
Therefore, you are not eligible for TANF until
Por lo tanto, no es elegible para TANF hasta _____

☐ _____ has been disqualified for
ha sido descalificado por no
failing to meet the requirements for ☐ TANF ☐ SNAP food benefits Employment services. This penalty will continue
haber cumplido con los requisitos de TANF beneficios de comida del Programa SNAP Servicios de empleo. Esta sanción continuará

☐ Our eligibility decision was based on a variety of sources including information in a credit report obtained from:
Nuestra decisión sobre la elegibilidad se basó en varias fuentes, entre ellas, datos de un informe de crédito que se obtuvo 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 this 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-820). Please contact your advisor if you have questions about this eligibility decision./ De conformidad con la Ley sobre Informes de Crédito Justos, usted tiene el derecho de pedir a la agencia una copia gratis del informe de crédito dentro de los 60 días después de este aviso. Tiene el derecho de cuestionar la exactitud de cualquier información en el informe. Las agencias que dan esta información no toman las decisiones sobre la elegibilidad y no podrán darle la razón específica de la acción que tomamos en su solicitud o caso. Antes de tomar la acción (C-820), se verificó independientemente la información que recibimos de dicha agencia. Favor de comunicarse con su consejero si tiene alguna pregunta sobre esta decisión de elegibilidad.

☐ Other:
Otra: _____

Comments:/Comentarios: _____

Your right to a hearing is explained on page 2 of the attached notice. Su derecho a una audiencia se explica en la página 2 de este aviso.