



Fecha: _____
 Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC)
 Nombre del contacto: _____
 Dirección: _____
 Número de fax: _____
 Teléfono: _____
 Número de caso, EDG: _____

(Name and address)

Traspaso de bienes/Aviso de dificultades excesivas

Medicaid no pagará a _____ los costos de los servicios en un centro institucional* del _____ al _____ porque usted traspasó bienes por menos del valor justo de mercado o renunció a los derechos de recibir ingresos o una herencia. Como residente de un centro, usted puede recibir todos los demás beneficios de Medicaid mientras llene otros requisitos de elegibilidad. **Aviso:** el único beneficio de Medicaid que reciben los residentes de las escuelas estatales son los servicios recibidos en esa escuela.

* Los servicios de un centro institucional son, entre otros: atención en un centro para convalecientes, servicios prestados por proveedores en un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR), servicios en escuelas estatales o atención en entidades para enfermedades mentales.

Medicaid no pagará a _____ los servicios del Programa Opcional en el Hogar y en la Comunidad del _____ al _____ porque usted traspasó bienes por menos del valor justo de mercado o renunció a los derechos de recibir ingresos o una herencia.

Fecha del primer traspaso:	Tipos de bienes traspasados:	Valor total de los bienes: \$
----------------------------	------------------------------	----------------------------------

El valor neto de su casa de \$ _____ sobrepasa el límite sustancial del valor neto de la casa de \$ _____ .

Medicaid no pagará a _____ los servicios de atención en un centro institucional* a partir del _____ porque el valor neto de su casa sobrepasa el límite.

* Los servicios de un centro institucional son, entre otros: atención en un centro para convalecientes, servicios prestados por proveedores en un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR), servicios en escuelas estatales o atención en entidades para enfermedades mentales.

Medicaid no pagará a _____ los servicios del Programa Opcional en el Hogar y en la Comunidad a partir del _____ porque el valor neto de su casa sobrepasa el límite.

Si no se comunica con nosotros antes del _____, asumiremos que está de acuerdo con la información anterior y los beneficios que recibe de Medicaid se verán afectados según lo indicado. Recibirá un aviso final de la decisión, el cual también explicará su derecho de apelación.

Por favor, llame al _____ de inmediato si:

- Traspasó el bien por otra razón aparte de la de llenar los requisitos para recibir ayuda.
- Le pagaron o indemnizaron por traspasar el bien.
- El periodo de sanción le causaría dificultades excesivas (ver la información sobre dificultades excesivas a continuación).

Dificultades excesivas: puede alegar dificultades excesivas cuando una sanción causaría que lo dieran de alta a la comunidad o que no pudiera recibir los servicios médicos necesarios, lo cual pondría su vida en peligro. Las dificultades excesivas también ocurren cuando una sanción lo privaría de alimentos, ropa, vivienda y otros elementos indispensables. Las dificultades excesivas son solo pertinentes para usted, no para sus familiares ni representantes autorizados. No existen dificultades excesivas cuando la sanción le causa inconvenientes o restricciones a su estilo de vida, pero no corre peligro de sufrir privaciones graves.

Pueden existir dificultades excesivas cuando no tiene adónde regresar en la comunidad o no puede recibir la atención que necesita, y ocurre una de las siguientes tres situaciones:

- ni usted ni sus familiares ni otras partes interesadas saben el paradero de la persona que recibió los bienes.
- puede mostrar que tratar de conseguir la devolución de los bienes le ocasionaría daño físico.
- la persona que recibió los bienes no está dispuesto a cooperar con usted ni con la HHSC. (**Por ejemplo:** la persona que recibió los bienes está involucrada en un posible caso de explotación o fraude de interés de Servicios de Protección al Adulto).

Para alegar dificultades excesivas, envíe una declaración escrita a la HHSC (ver la dirección en la parte superior de la carta) antes del

_____ junto con una explicación de sus motivos para realizar el traspaso de bienes, quién recibió los bienes, cómo se puede encontrar a la persona que recibió los bienes, por qué no se pueden satisfacer sus necesidades y por qué sufre dificultades excesivas. Es posible que se solicite más documentación antes de que la HHSC tome una decisión.

El personal del centro para convalecientes puede presentar una reclamación por dificultades excesivas en su nombre si usted o su representante autorizado le da permiso por escrito.

Si usted alega dificultades excesivas, la HHSC tiene que tomar una decisión dentro de 30 días después de recibir la solicitud de exención y la documentación de respaldo (o antes si es posible). Tiene el derecho de apelar una decisión adversa sobre dificultades excesivas.

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 comunicándose con

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

**Teléfono: 1-888-388-6332
TTY: 1-877-432-7232
Fax: 1-512-438-5885**

También puede presentar una queja comunicándose con

U.S. Department of Health and Human Services: 1-800-368-1019

**Office for Civil Rights - Region VI TTY: 214-767-8940
1301 Young St., Room 1169 Fax: 214-767-0432
Dallas, TX 75202**