TEXAS Health and Human Services Commission

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

Client Name and Address

Notice of Delay in Certification

Aviso de demora en la certificación

A determination of your eligibility for Medicaid benefits has been delayed for the following reason:

La determinación de su elegibilidad para recibir Medicaid se ha demorado por la siguiente razón:

☐ **You will not meet the 30-consecutive day requirement until**

Usted no cumplirá el requisito de 30 días consecutivos hasta (enter date) _____

If you leave the nursing facility before that date other than to enter a hospital, another nursing facility, or a 1915(c) home/community-based waiver, you will not be eligible for Medicaid.

Si antes de esa fecha usted deja la casa para convalecientes y no ingresa en un hospital, otra casa para convalecientes o un hogar en la comunidad del programa opcional 1915(c), no llenará los requisitos para recibir Medicaid.

☐ **A determination of medical necessity for nursing care or a level-of-care for intermediate care facility for the mentally retarded is pending.**

Está pendiente la determinación de necesidad médica de cuidado en una casa para convalecientes o nivel de cuidado de un establecimiento de cuidado intermedio para personas con retraso mental.

☐ **A determination of disability is pending.**

Está pendiente la certificación de discapacidad.

☐ **Nursing facility certification is pending.**

Está pendiente la certificación de la casa para convalecientes.

☐ **New income/resource information has been received after the 30th day of your pending application.**

Se recibió nueva información de ingresos/recursos más de 30 días después de recibir su solicitud.

☐ **Your resources are currently over the eligibility limit.**

Sus recursos en este momento son más altos que el límite de elegibilidad.

☐ **Other (specify):**

Otra (specify): _____

You will be notified of the eligibility decision as soon as the above requirement is met or determination is received.

Se le avisará de la decisión sobre su elegibilidad en cuanto se cumpla el requisito indicado o en cuanto se reciba la determinación.

See Page 2 for information about appeals and civil rights./Vea la página 2 para información sobre los derechos civiles y las apelaciones.

Request to Appeal Decision
Solicitud para apelar la decisión

You may request a hearing to appeal this decision. Your right to appeal this decision is lost 90 days from the date of this letter.

If you request a hearing, you may be represented by an authorized representative, a relative, a friend or legal counsel. Free legal help from outside the department is available in many communities; call your local department office for information. If you, your representative or a hearing officer asks, I will be present at the hearing.

Whether or not you want a hearing, you may request an informal conference to discuss this decision. If you want a conference, contact me and I will make the arrangements.

If you do not want a hearing, do not return this letter. If you do not return your request for a hearing within 90 days from the date of this letter, you will lose your right to a hearing.

Usted puede pedir una audiencia para apelar esta decisión. Pierde el derecho de apelar a los 90 días de la fecha de este aviso.

Si pide la audiencia, usted puede nombrar a un pariente, amigo o abogado como su representante autorizado. En muchos lugares se pueden obtener servicios de abogado gratis. Estos servicios no son del departamento, pero la oficina local puede darle información sobre cómo obtenerlos. Si usted, su representante o el funcionario de audiencias lo pide, yo estaré presente en la audiencia.

Quiera o no la audiencia, puede pedir una cita informal para hablar sobre esta decisión. Si desea la cita, avíseme y haré los arreglos necesarios.

Si no desea una audiencia, no devuelva este aviso. Si dentro de los 90 días de la fecha de este aviso no hemos recibido el aviso que usted quiere una audiencia, usted pierde el derecho a la audiencia.

Complete this section ONLY if you are NOT satisfied with this decision and wish to appeal:

Llene esta sección SOLO si NO está satisfecho con esta decisión y desea apelar:

☐ **Request for Appeal**
Solicitud de Apelación

I file this as my appeal and want a hearing before a hearing officer.
Por este medio presento mi apelación y deseo una audiencia ante un funcionario de audiencias.

Signature–Client/Firma del cliente	**Date**/Fecha
Client Name/Nombre del cliente	**Area Code and Telephone Number**/ Clave de área y teléfono

Send this request for an appeal to the HHSC staff member at the following address:
Envíe esta petición para apelar al empleado de la HHSC a la siguiente dirección:

HHSC Staff/Personal de la HHSC	**Mail Code**/Código de correo
Office Address and Telephone Number/Oficina y teléfono	

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