Texas Health and Human Services Commission
P.O. Box 149024
Austin, TX 78714-9024
Fax Number 1-877-HHSC-TEX (1-877-447-2839)

Fecha	Número de caso	Número de Medicaid

Name
Address Line 1
Address Line 2
City, State ZIP Code

Usted está inscrita en el Programa de Salud para la Mujer de Texas y recibirá servicios hasta el **(YYYY/MM/DD) (insert the year, month and day of the last certification month)**. Este programa de Medicaid proporciona exámenes ginecológicos, pruebas de detección relacionadas y anticonceptivos.

Si desea continuar recibiendo los beneficios por otro año, llene, firme y devuelva esta forma antes del **(YYYY/MM/DD) (insert the year, month and first day of the last certification month)** en el sobre con estampilla adjunto a esta carta, o envíela por fax al 1-877-HHSC-TEX.

Después de que revisemos su información, le enviaremos una carta informándole si llena los requisitos para recibir otro año de beneficios.

Si tiene alguna pregunta, llámenos gratis al 2-1-1, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora central, o comuníquese con nosotros por correo a la dirección o número que se menciona arriba.

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

- ¿Está embarazada? ☐ **Sí** ☐ **No**
- ¿Es usted estéril, infértil, o no puede quedar embarazada por una razón médica? ☐ **Sí** ☐ **No**
- ¿Tiene seguro médico que cubre servicios de planificación familiar? ☐ **Sí** ☐ **No**
  - Si contesta "Sí", ¿presentar una solicitud de pago a su seguro médico le provocará lesiones físicas, emocionales o de otro tipo a manos de su cónyuge, sus padres, u otra persona? ☐ **Sí** ☐ **No**
    - Si contesta "Sí", explique la situación abajo. Si es necesario, anexe páginas adicionales y escriba su nombre y Número de Seguro Social.

Inscripción para votar:

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a inscribirse no afectará la cantidad de asistencia que este departamento le dará.

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud del registro para votar?..... ☐ **Sí** ☐ **No**

Si no marca ninguna casilla, eso signifcaría que usted ha decidido no registrarse para votar en este momento. Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, le podemos ayudar. Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o negarse a inscribirse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en Elections Division, Secretary of State, P.O. Box 12060, Austin, TX 78711. Número de teléfono: 1-800-252-8683.

Agency Use Only (Sólo para uso de la agencia): Voter Registration Status

☐ Already registered ☐ Client declined ☐ Agency transmitted ☐ Client to mail ☐ Mailed to client ☐ Other

Agency staff signature _____

Deseo seguir recibiendo los beneficios del Programa de Salud para la Mujer de Texas. Entiendo que quizás llene los requisitos para recibir otros servicios de Medicaid y que puedo solicitarlos en cualquier momento.

_____	_____	_____
Firma	Fecha	Teléfono (Proporcione un número telefónico dónde puede hablar de información confidencial.)