TEXAS
Health and Human
Services Commission

Date/Fecha
Caseworker/Administrador de casos
Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono

Client Name and Address/Nombre y dirección del cliente

AVISO DE QUE NO LLENA LOS REQUISITOS O DE SUSPENSIÓN

(CASOS DE AYUDANTE EN LA COMUNIDAD [CA] Y DE ALTERNATIVAS EN LA COMUNIDAD [CBA])

Después de una revisión de su situación actual, se determinó que:

☐ **Después del** _____ **usted NO PODRÁ recibir** _____ .

☐ **Usted NO llena los requisitos de** _____

☐ **Usted seguirá recibiendo beneficios de** _____ **sin interrupción.**

☐ **Usted dejará de recibir servicios de CBA a partir del** _____

Esta decisión se basa en:

☐ **Referencia de la Regla de CBA:** _____

Razón por la cual se le negó o suspendió:

☐ **Referencia del Manual de CCAD:** _____

Razón por la cual se le negó: _____

☐ **Referencia del Manual de ME:** _____

Razón por la cual se le negó: _____

Comentarios:

CBA PROVIDER AUTHORIZATION: The last day that the following providers are authorized to deliver CBA services is: ▷ **Termination Date**

1. Provider	Type	Vendor	3. Provider	Type	Vendor
2. Provider	Type	Vendor	4. Provider	Type	Vendor

Signature-Case Manager _____ Date _____

Vea la explicación de sus derechos en la página 2.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el administrador de casos cuyo nombre aparece en la página 1.

USTED PUEDE PEDIR UNA AUDIENCIA PARA APELAR CONTRA LA DECISIÓN MARCADA EN LA PÁGINA 1. Usted pierde el derecho de apelar contra esta decisión 90 días después de la fecha de este aviso. Si actualmente está recibiendo servicios y apela contra esta decisión dentro de los 12 días siguientes a la fecha de este aviso, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que recibe actualmente hasta que termine la audiencia. Si la decisión que se tome en la audiencia concuerda con la acción indicada en la página 1, es posible que tenga que pagar el costo de los servicios que haya recibido durante el trámite de apelación.

Si pide la audiencia, puede representarse a sí mismo o puede pedir que lo represente un representante autorizado que puede ser un pariente, un amigo o un abogado. Si usted, su representante o el funcionario de audiencias lo pide, el administrador de casos puede estar presente en la audiencia.

SI QUIERE UNA AUDIENCIA, marque abajo el lugar indicado, firme y ponga la fecha. Devuelva este aviso al administrador de casos anotado en la página 1. Guarde la copia entre sus demás papeles. También puede pedir la audiencia en persona o por teléfono.

SI NO QUIERE UNA AUDIENCIA, NO DEVUELVA ESTE AVISO. Si dentro de los 12 días de la fecha de este aviso no hemos recibido la petición de una audiencia, tomaremos la acción indicada en la página 1. Si no recibimos la petición de una audiencia dentro de los 90 días de la fecha de este aviso, usted pierde el derecho a una audiencia.

Quiera o no la audiencia, puede pedir una entrevista informal para discutir su situación con el personal administrativo del departamento. Si quiere una entrevista, comuníquese con el administrador de casos para hacer los arreglos.

☐ **PETICIÓN DE UNA AUDIENCIA (Marque el cuadro SÓLO SI desea la audiencia).**

Presento esto como mi apelación y solicito una audiencia ante un funcionario de audiencias de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Comprendo que si sigo recibiendo servicios y el funcionario decide en mi contra, es posible que tenga que pagar el costo de algunos o todos los servicios recibidos mientras estaba pendiente la audiencia.

_____ _____

Firma-Cliente Fecha

BENEFICIARIO A QUIEN LE NEGARON MEDICAID. El Departamento Estatal de Servicios de Salud 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 tenga una cláusula de padecimiento preexistente. Si no recibe el Certificado dentro de las dos 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.