Texas Health and Human Services Commission

Date	Case No.
Hearing Officer	
Office Address, Area Code and Telephone No.	

Individual Name and Address

Request for Another Appointment – Request to Withdraw

Complete and sign this letter if you cannot or do not want to attend the scheduled hearing.

I, _____

will not be able to attend the hearing scheduled for ..... _____ _____
(day of the week) **DATE: month/day/year**

Reason:

☐ **I want to reschedule my hearing for the following reason:**

☐ **I want to withdraw my request for a hearing for the following reason:**

Signature of Appellant (Representative if applicable) _____ Date _____

Daytime Area Code and Telephone No. _____

With a few exceptions, you have the right to request and be informed about the information that the Texas Health and Human Services Commission (HHSC) obtains about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask HHSC to correct information that is determined to be incorrect (Government Code, Sections 552.021, 552.023, 559.004). To find out about your information and your right to request correction, please contact the HHSC Hearings Officer whose name appears on this letter.

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

Fecha	Núm. de caso
Funcionario de audiencias	
Dirección de la oficina y teléfono con la clave del área	

Nombre y dirección del Individual

Solicitud de otra cita/Retiro de la solicitud

Llene y firme este aviso si no puede o no quiere asistir a la audiencia programada.

Yo, _____

no podré asistir a la audiencia programada para el ..... _____ _____
(día de la semana) **FECHA:mes/día/año**

Razón:

☐ **Quiero volver a programar la audiencia por la siguiente razón:**

☐ **Quiero retirar mi solicitud de una audiencia por la siguiente razón:**

Firma del Apelante(Representante si es el caso) _____ Fecha _____

Núm. de teléfono durante el día con la clave del área _____

Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de saber qué información obtiene sobre usted la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas y de pedir dicha información.Si desea recibir y estudiar la información, tiene el derecho de solicitarla.También tiene el derecho de pedir que la HHSC corrija cualquier información incorrecta (Código Gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.004).Para enterarse de la información y el derecho de pedir que la corrijan, por favor, comuníquese con el Funcionario de Audiencias de la HHSC cuyo nombre aparece en esta carta.