TEXAS Department of Aging and Disability Services

| | |
|---|---|
| **Individual Name/** Nombre de la persona | |
| **Individual No./** Núm. de la persona | **Date/**Fecha |
| **Case Manager/** Administrador de casos | |
| **Office Address and Telephone No.**/Oficina y Teléfono | |

## Notification of Eligibility
## Regular Medicaid Benefits

**You are eligible for Medicaid. This includes help with payment for doctor's services, prescribed medicines, hospital services, and nursing facility care. You will receive a form each month which shows your Medicaid number. If you have any questions, contact this office.**

☐ **Your Medicaid benefits begin** _____ **, and end** _____ .
Sus beneficios de Medicaid comienzan _____ , y terminan _____ .

☐ **Your Medicaid benefits begin** _____ .
Sus beneficios de Medicaid comienzan _____ .

☐ **Please ask each provider to write "RETROACTIVE MEDICAID" on the claim form. You may show this letter to the provider.**
Por favor, pida a cada proveedor que escriba en la solicitud de pago que mande cobrar a Medicaid las palabras "RETROACTIVE MEDICAID". Usted puede enseñarle este aviso.

☐ **For Nursing Home/ICF-IID Medicaid/**PARA PAGOS DE MEDICAID A CASA PARA CONVALECIENTES/ICF-IID
**Based on your income, you must pay:/**Según sus ingresos, usted tiene que pagar:

| From (month/day/year) De (mes/día/año) | Through (month/day/year) A (mes/día/año) | Amount You Owe the Facility Per Month* Cantidad por mes que usted le debe al centro* | From (month/day/year) De (mes/día/año) | Through (month/day/year) A (mes/día/año) | Amount You Owe the Facility Per Month* Cantidad por mes que usted le debe al centro* |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |

***If you were in the facility for part of a month or Medicare cov-ered you for part of a month, the amount you pay will be prorated.**

*Si estuvo en el centro o tuvo cobertura de Medicare durante sólo una parte del mes, la cantidad que paga será proporcional.

☐ **Medicaid Qualified Medicare Beneficiaries**/Para beneficiarios de Medicare elegibles para Medicaid

**You are eligible to receive Medicaid Qualified Medicare Beneficiary (MQMB) benefits. As an MQMB, the Texas Department of Aging and Disability Services will pay* your Medicare premiums (both Parts A and B), deductibles, and coinsurance fees for Medicare-covered services.**

Usted llena los requisitos para recibir beneficios como Beneficiario de Medicare Elegible para Medicaid (MQMB). Para los MQMB, el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas paga* las primas de Medicare (Partes A y B), los deducibles y las cuotas de coaseguro para los servicios cubiertos por Medicare.

**Your benefits begin** _____ **. Because your enrollment in Part A Medicare**
Sus beneficios comienzan _____ . Puesto que su inscripción en Medicare Parte A
**is not effective until** _____ **, your eligibility for MQMB is delayed until that date.**
no entra en vigor hasta _____ , su elegibilidad para MQMB tarda también hasta esa fecha.

☐ **Medicaid Specified Low-Income Medicare Beneficiaries/** Medicaid para beneficiarios de Medicare especificados de bajos Ingresos

**You are eligible to receive Medicaid Specified Low-Income Medicare Beneficiaries (M-SLMB) benefits. As an M-SLMB, the Texas Department of Aging and Disability Services will pay* your Medicare Part B premiums.**

Usted llena los requisitos para recibir beneficios de Medicaid como Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos (M-SLMB). Para los M-SLMB , el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas paga* las primas de Medicare Parte B.

**Your benefits begin** _____ .
Sus beneficios omienzan _____ .

***Your Social Security or Railroad Retirement check will increase by the amount of the premium. It may take up to 120 days for this increase to occur.**

*Habrá un aumento en su cheque de Seguro Social o de Pensión de Ferrocarril en la cantidad de las primas. Puede que el aumento tarde hasta 120 días.



(continued on page 2/**sigue en la página 2)**

**Comments/**Comentarios:

**Each month you will receive an identification card which you should show to your medical providers. You are responsible for reporting any change in your situation to me within 10 days of learning about that change.**

Usted recibirá cada mes una tarjeta de identificación que debe mostrar a sus proveedores de servicios médicos. Usted es responsabilidad de avisarme de cualquier cambio en su situación dentro de los 10 días de saber del cambio.

## Request To Appeal Case Manager's Decision

Solicitud para apelar la decisión del administrador de casos

**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.**

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

**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 either you, your representative, or a hearing officer asks, I will be present at the hearing.**

Si pide la audiencia, usted puede nombrar a un pariente, amigo o abogado como su representante autorizado. En muchas comunidades se puede obtener ayuda legal gratis fuera del departamento; llame a la oficina local del departamento para más información. Si usted, su representante o el funcionario de audiencias lo pide, yo estaré presente en la audiencia.

**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.**

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

**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.**

Si no desea una audiencia, no devuelva este aviso. Si dentro de los 90 días de la fecha de este aviso no hemos recibido su solicitud de 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 SOLAMENTE 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 department hearing officer.**

Por este medio presento mi apelación y deseo una audiencia ante un funcionario de audiencias del departamento.

**Signature – Individual/**Firma de la persona

**Date/**Fecha

| **Individual Name**/ Nombre de la persona | **Area Code and Telephone No.**/Clave de area y Núm. de teléfono |
|---|---|
| | |

**Send this request for an appeal to the case manager at the following address:**

Envíe esta solicitud de apelación al administrador de casos a la siguiente dirección:

| **Case Manager/** Administrador de casos | **Mail Code/**Código de correo |
|---|---|
| **Office Address and Telephone No.**/Oficina y Teléfono | |

### Discrimination Complaints

Quejas de discriminación

**If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, sex, disability, political beliefs, or religion, you may lodge a complaint with the management staff of this agency and/or write immediately to**

Si usted cree que lo han discriminado por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión, puede quejarse ante la administración de este departamento o escribir inmediatamente a

**Civil Rights Department**
**Health and Human Services Commission**
**P.O. Box 149030**
**Austin, Texas 78714-9030**

**or to:**
o a:

**U.S. Dept. of Health and Human Services**
**Office of Civil Rights – Region VI**
**1301 Young St., Room 1169**
**Dallas, TX 75202**