TEXAS Department of Aging and Disability Services

(Client Name and Address)

Date/Fecha
Caseworker/Trabajador
Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono

NOTIFICATION OF INELIGIBILITY
AVISO DE INELEGIBILIDAD

Your application for assistance has been reviewed. It has been determined that:
Hemos estudiado su solicitud de asistencia. Se ha determinado que:

- ☐ **You do not qualify for Medicaid at this time.**
  En este momento, usted no es elegible para Medicaid.
- ☐ **You are not eligible to receive Community Based Alternatives (CBA) Benefits.**
  Usted no es elegible para beneficios de Alternativas en la Comunidad (CBA).
- ☐ **You are not eligible to receive 1929(b)-funded Primary Home Care benefits.**
  Usted no es elegible para beneficios de Atención Esencial en Casa financiados bajo la 1929(b).
- ☐ **You are not eligible to receive Qualified Medicare Beneficiary (QMB) benefits.**
  Usted no es elegible para beneficios de Beneficiario de Medicare Elegible (QMB).
- ☐ **You are not eligible to receive Specified Low-income Medicare Beneficiary (SLMB) benefits.**
  Usted no es elegible para beneficios de Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos (SLMB).
- ☐ **You are not eligible to receive Qualifying Individuals (QI) benefits.**
  Usted no es elegible para beneficios de Personas Elegibles (QI).
- ☐ **You are not eligible for** _____
  Usted no es elegible para

YOU MAY REAPPLY AT ANY TIME./PUEDE VOLVER A SOLICITAR BENEFICIOS EN CUALQUIER MOMENTO.

This decision is based on the policy found in Section _____ **of the Medicaid Eligibility Handbook.**
Esta decisión se basa en las normas que se encuentran en la Sección _____ del Medicaid Eligibility Handbook.

Reason for ineligibility:/Rázon de la inelegibilidad:

You ARE NOT ELIGIBLE for payment of unpaid or reimbursable bills for medical services received during the months of:
Usted NO ES ELEGIBLE para el pago de cuentas reembolsables o cuentas sin pagar por servicios médicos recibidos durante los meses de:

_____, _____, **and** y _____

If you are dissatisfied with this decision and want to request a hearing, you may complete page 2 of this form or you may call me or come by my office.

Si usted no está satisfecho con esta decisión y quiere pedir una audiencia, llene la página 2 de este aviso y mándemela, hábleme por teléfono o venga a mi oficina.

REQUEST TO APPEAL CASEWORKER'S DECISION
PETICIÓN PARA APELAR LA DECISIÓN DEL TRABAJADOR

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 la audiencia 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 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–Client/Firma Cliente	**Date**/Fecha

Client Name/Nombre del Cliente	**(Area Code)**/ (Clave de Área)	**Telephone No.**/ Núm. de Teléfono
	( )	

SEND THIS REQUEST FOR AN APPEAL TO THE WORKER AT THE FOLLOWING ADDRESS:
ENVÍE ESTA PETICIÓN PARA APELAR AL TRABAJADOR A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Caseworker/Trabajador	**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