TEXAS Health and Human Services Commission

Date/Fecha
HHSC Staff/Personal de la HHSC
Office Address and Telephone Number/Oficina y Teléfono

Case Review Notice

Aviso de revisión del caso

☐ **It is time to review your eligibility for assistance.**
Es hora de revisar su elegibilidad para recibir asistencia.

☐ **The Health and Human Services Commission is helping to meet the needs of** _____,
La Comisión de Salud y Servicios Humanos ayuda a satisfacer las necesidades de
a resident of the state supported living center. It is time to review eligibility for continued assistance.
un residente de un centro residencial con apoyo estatal. Ha llegado la hora de revisar su elegibilidad para seguir recibiendo asistencia.

Please complete the enclosed Application for Assistance (Form H1200) and return it in the envelope provided. You may ask someone to help you with it. All questions pertain to the recipient and the recipient's spouse, if any. The form must be signed by the recipient, his/her spouse, the guardian, power-of-attorney or responsible party. In addition to the Form H1200, please complete the following forms:

Por favor, llene la Solicitud para Asistencia (Forma 1200) y devuélvala en el sobre adjunto. Puede pedirle a alguna persona que le ayude a llenarla. Todas las preguntas son pertinentes al cliente y su cónyuge, si lo tiene. El cliente, su cónyuge, el tutor o curador, el apoderado o la persona responsable debe firmar la forma. Además de llenar la Forma H1200, sírvase llenar las formas siguientes:

It is important that each question be answered. Please enter "No" or "NA" to questions that do not apply. Please include proof of all income and bank balances. The proof may be copies of award letters, earnings statements, current checking and savings account statements, etc.

If the completed form is not received within 12 days from the date shown above, I will assume that assistance is no longer desired, and your benefits may be denied.

Es importante contestar todas las preguntas de la solicitud. Escriba "No" o "NA" en las preguntas que no son pertinentes a su situación. Por favor, incluya pruebas de todos los ingresos y del dinero que tiene en el banco. Estas pruebas pueden ser copias de cartas de concesiones, estados de ingresos, estados de cuentas bancarias recientes de cuentas de ahorro o de cheques, etc.

Si no recibimos la forma completa dentro de los 12 días de la fecha anotada anteriormente, supondré que usted ya no desea recibir asistencia, y pueden negarle los beneficios.

Comments:
Comentarios:

If you have questions, you may contact my office at the address shown above.

Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con mi oficina a la dirección indicada antes.

Discrimination Complaints	Quejas de Discriminación
If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, sex, disability or religion, you may file a complaint by contacting:	Si usted cree que lo han discriminado por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o religión, puede presentar una queja ante la:
HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX 78751	HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX 78751
Voice: 1-888-388-6332, TTY: 1-877-432-7232, Fax: 1-512-438-5885	Voz:1-888-388-6332, TTY:1-877-432-7232, Fax:1-512-438-5885
You can also file a complaint by contacting the U.S. Department of Health and Human Services:	También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.:
Office for Civil Rights - Region VI, 1301 Young St., Room 1169, Dallas, TX 75202	Office for Civil Rights - Region VI, 1301 Young St., Room 1169, Dallas, TX 75202