TEXAS Health and Human Services Commission

Date/Fecha	**Mail Code**/Código de correo
Eligibility Specialist/Especialista de Elegibilidad	
Office Address and Telephone Number/Oficina y Teléfono	

CORRECTION OF APPLIED INCOME

CORRECIÓN DE INGRESOS ASIGNADOS

(THE AMOUNT YOU PAY TO THE FACILITY)

(CANTIDAD QUE USTED PAGA A LA INSTITUCIÓN)

Case Name/Nombre del Caso	Client Number/Núm. del Cliente	Social Security Number/Núm. de Seguro Social	HIC Number/Núm. de HIC
Facility Name/Nombre de la Institución			
Complete Mailing Address/Dirección Postal Completa			

NOTICE OF RECONCILIATION OF VARIABLE INCOME/INCURRED MEDICAL EXPENSES

The money that you have paid the nursing facility for your care was based on your projected income and/or incurred medical expenses; that is, the income that you were expected to receive and medical expenses that you were expected to pay based on your past income and medical expenses.

The following information shows the money you paid the nursing facility based on your projected income and/or medical expenses (column 2) and the amount you should have paid (column 3) based on:

☐ **The amount of income that you actually receive each month.**
La cantidad de ingresos que recibió efectivamente cada mes.

AVISO DE AJUSTE DE INGRESOS VARIABLES/GASTOS MEDICOS HECHOS

La cantidad que ha estado pagando a la institución por su atención se calculó según los gastos médicos que había tenido y sus ingresos proyectadoses decir, la cantidad que en vista de sus ingresos y gastos médicos pasados se calculaba que usted iba a tener.

La siguiente tabla muestra la cantidad que usted pagó a la institución por su atención basada en sus ingresos proyectados y sus gastos médicos (columna 2), y la cantidad que usted debiera haber pagado (columna 3) según:

☐ **The amount of allowable medical expenses actually incurred each month.**
La cantidad de gastos médicos permitidos que tuvo cada mes.

APPLIED INCOME CORRECTIONS
CORRECCION DE INGRESOS ASIGNADOS

FROM(mo/day/yr) DE(mes/día/año)	**Thru(mo/day/yr)** A (mes/día/año)	**1. TYPE PROGRAM** TIPO DE PROGRAMA	**2. APPLIED INCOME** INGRESOS ASIGNADOS	**3. CORRECTED APPLIED INCOME** CORRECCION DE LOS INGRESOS ASIGNADOS	**4. AMOUNT THE FACILITY OWES YOU** CANTIDAD QUE LA INSTITUCION LE DEBE A USTED	**5. AMOUNT YOU OWE THE FACILITY** CANTIDAD QUE USTED LE DEBE A LA INSTITUCION
				TOTAL:		

Comments:
Comentarios: _____

If you have any questions, please contact this office. Your right to a conference or hearing is explained on page two.

Si tiene alguna pregunta, sírvase comunicarse con esta oficina. En la página dos se explica el derecho a una cita o a una audiencia.

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 and Telephone Number**/ Clave de Área y 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 Number/Oficina y Teléfono	

Discrimination Complaints

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:

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

You can also file a complaint by contacting the U.S. Department of Health and Human Services:

Office for Civil Rights - Region VI, 1301 Young St., Room 1169, Dallas, TX 75202

Quejas de Discriminación

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

Voz:1-888-388-6332, TTY:1-877-432-7232, Fax:1-512-438-5885

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