Texas Health and Human
Services Commission

Form H1830
December 2008

APPLICATION/REVIEW/EXPIRATION/APPOINTMENT NOTICE
AVISO DE SOLICITUD/REVISIÓN/TERMINACIÓN/CITA

Date/Fecha	
TANF/Medicaid Case No.	**Food Stamp Case No.**
Worker Name/Nombre del Trabajador	
Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono	

☐ **Attached is an application for**
Adjunta está una solicitud para ..... ☐ **Food Stamps/**Estampillas para Comida ☐ **TANF** ☐ **Medicaid**

Please complete, sign, and date the application and return it to this office (see address above) in person or by mail. No action can be taken until we receive a signed application.

Sírvase llenar, firmar, fechar y regresar la solicitud, en persona o por correo, a esta oficina (vea la dirección arriba). Ninguna acción se puede tomar hasta que se reciba su solicitud firmada.

☐ **We must review your case to see if you are eligible. Please complete and sign the enclosed application.**
Tenemos que revisar su caso para determinar si es elegible o no. Sírvase llenar y firmar la solicitud adjunta.

Return the application to this office (see address above) within seven (7) days. We will plan your appointment after you return the application. If we do not receive it we will assume that you do not want assistance and your case will be denied.
Regrese la solicitud a esta oficina (vea la dirección arriba) dentro de los siete (7) días. Una vez que recibamos su solicitud, fijamos una fecha para su entrevista. Si no la recibimos a los siete días, vamos a suponer que usted no quiere asistencia y su caso será negado.

☐ **Your certification for food stamps ends on the last day of**
Su presente certificación para estampillas para comida vence el último día de .....

Month,Year/Mes, Año

REASON: ⇨ ☐ **Your certification period ends./**El periodo de su certificación termina. ☐ **You failed to respond to a special review./**Usted no vino a una revisión especial.
RAZÓN:

To prevent a delay in your food stamp benefits for
Para evitar alguna tardanza en mandarle sus estampillas para comida del mes de .....

Month/Mes

you must return your application to this office (see address above) no later than
tiene que entregar su nueva solicitud a la oficina arriba anotada, a más tardar el.....

Month,Day,Year/Mes, Día, Año

☐ **To determine your eligibility for assistance, we must talk with you about your situation and answer any questions you might have. I have planned the interview for the date below.**

Para poder determinar su elegibilidad para asistencia, necesitamos hablar con usted de su situación y contestarle cualquier pregunta que tenga. La entrevista será para la siguiente fecha.

☐ Food Stamps Estampillas para Comida ☐ TANF ☐ Medicaid	**Date**/Fecha	**Time**/Hora	**Place**/Lugar
	(Telephone Interview/Entrevista por Teléfono) Between/Entre and/y		at Telephone No.:/al Núm. de Teléfono:

If you miss or cannot keep this appointment, your application for assistance may be DELAYED past the end of the month or DENIED. Contact our office as soon as possible. ANOTHER APPOINTMENT MAY BE RESCHEDULED AT YOUR REQUEST. Your application for assistance will be DENIED if we do not hear from you.

Page 2 tells you what you need to bring to the interview.

Si falta a esta cita, o no puede asistir, su solicitud de asistencia se puede tardar hasta después del fin de mes, o se puede negar. Comuníquese con nuestra oficina tan pronto pueda. SI USTED DESEA PODEMOS DARLE OTRA CITA. Si no se comunica con nosotros, se le NEGARA su solicitud de asistencia.

En la página 2 hay una lista de los papeles que debe traer a la cita.

☐ **We have reviewed your application and determined that your household may be eligible for expedited services (faster services). PLEASE CONTACT THIS OFFICE AS SOON AS POSSIBLE FOR AN APPOINTMENT.**

Revisamos su solicitud y determinamos que es posible que su casa sea elegible para servicios de emergencia (servicio rápido). POR FAVOR COMUNÍQUESE CON ESTA OFICINA TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE PARA HACER UNA CITA.

YOUR RIGHTS–TANF AND MEDICAID APPLICANTS

You have the right to:

- Get an application when you ask for it and have someone help you complete it.
- Turn in your application on the same day you get it as long as the name and address can be read and it has been signed.
- Have your eligibility decided within 45 days from the day you turn in your application (30 days for food stamps and Children's Medicaid renewals).
- Get Medicaid coverage, if eligible, for three months before you applied for assistance.
- Ask for a conference with the supervisor of the worker you deal with.
- Have a fair hearing if you disagree with any action the department has taken or not taken in your case.
- Equal treatment from the department without regard to your race, color, religion, sex, age, national origin, political beliefs, or disability.

ADDITIONAL FOOD STAMP RIGHTS

In addition to your rights, which are listed on Form 1805, Explanation of Food Stamp Right/Responsibilities, you have the following rights:

- You or your authorized representative may file your application in person or by mail. To receive uninterrupted benefits, you must complete an interview and provide all required verifications.
- You may apply or reapply for food stamps at your food stamp office or Social Security office, if everyone in your household receives or is applying for SSI. If you have no one to represent you at your food stamp office, you may be interviewed at your home or by telephone.

If you believe any of these rights have been denied, you may call the toll-free Income Assistance hotline: 1-800-252-9330.

WHAT TO BRING TO THE INTERVIEW

- Social Security numbers for all household members requesting assistance.
- Proof of children's ages, such as birth certificates, baptismal or hospital records, and identification for yourself, such as driver's license, voter's registration card, etc.
- Proof of all household income, such as paycheck stubs, letters from employer, award letter from Social Security or Veterans Administration, court order or letter from parent showing amount of child support received, self-employment records.
- Proof of resources, such as checking or savings account statement or passbook, life insurance policies, stocks, bonds, or tax statements for real estate. NOTE: You may not be eligible if you transfer ownership of property just to make yourself eligible for assistance.
- Proof of household expenses, such as receipts for payment of child care, rent or mortgages, electricity, gas, water, telephone, insurance premiums, medical bills.
- Proof of child support paid to individuals outside your household, such as court order and check stubs, that can verify the legal obligation, the amount of obligation, and the actual amount paid.
- Verification of pregnancy and the date the baby is expected to be born if you are applying for Medicaid.
- Proof of immunization for all children under 19 years of age.

Your application may be DENIED if you do not provide all required information.

LOS DERECHOS–SOLICITANTES DE TANF Y MEDICAID

Usted tiene derecho de:

- Recibir una solicitud cuando la pida y tener quien le ayude a llenarla.
- Entregar su solicitud el mismo día que la reciba, con tal que contenga un nombre y una dirección legiblemente escritos y que esté firmada.
- Tener una decisión sobre su elegibilidad dentro de los 45 días de la fecha de la entrega de la solicitud (dentro de los 30 días para las estampillas para comida y renovación de Medicaid para niños).
- Obtener beneficios de Medicaid, si es elegible, hasta por tres meses antes de entregar su solicitud para asistencia.
- Obtener una cita con el supervisor del trabajador de su caso.
- Obtener una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que tome o no tome el departamento en cuanto a su caso.
- Recibir del departamento el mismo trato que reciben todos sin distinción de raza, color, religión, sexo, edad, origen nacional, creencias políticas, ni incapacidad.

DERECHOS ADICIONALES–ESTAMPILLAS PARA COMIDA

Además de los derechos enumerados en Estampillas para Comida–Explicación de Derechos y Responsabilidades (Forma 1805), usted tiene los siguientes derechos:

- Usted o su representante autorizado puede presentar la solicitud en persona o por correo. Para recibir beneficios sin ninguna interrupción, usted tiene que tener una entrevista y dar todas las pruebas requeridas.
- Si en su casa todos reciben SSI o la están solicitando, puede solicitar o renovar su solicitud para estampillas para comida en la oficina de estampillas para comida o en la oficina de Seguro Social. Si usted no tiene a nadie que le represente en la oficina de estampillas para comida, puede ser entrevistado en su caso o por teléfono.

Si usted cree que le han negado alguno de estos derechos, puede llamar gratis a este número para discutir su queja: 1-800-252-9330.

QUÉ TRAER A LA ENTREVISTA

- El número de Seguro Social de todas las personas de la casa que solicitan asistencia.
- Prueba de la edad de los niños, como, por ejemplo, certificados de nacimiento o de bautismo, o registros del hospital, e identificación para usted, como, por ejemplo, la licencia para manejar, el certificado de registro para votar, etc.
- Pruebas de todas las entradas de dinero de la casa, como, por ejemplo, talones de cheques de paga, cartas de empleadores, cartas de concesión del Seguro Social o de la Administración de Veteranos, orden de la corte o carta del padre indicando cuánto paga de alimentos a favor de menores, los documentos de negocio propio.
- Pruebas de recursos, como, por ejemplo, el estado de cuentas del banco o la libreta de ahorros, pólizas de seguros de vida, acciones, bonos, o avisos de impuestos de propiedades. NOTA: La persona que traspasa alguna propiedad sólo con el fin de hacerse elegible para asistencia puede no ser elegible.
- Prueba de gastos de vivienda, como, por ejemplo, recibos del pago de cuidado infantil, de la renta o abono de la casa, luz, gas, agua, teléfono, pagos de seguro, gastos médicos.
- Prueba de alimentos a favor de menores pagado a alguien que no vive en su casa, como, por ejemplo, la orden de la corte y los talones del cheque, para probar la obligación legal, la cantidad de la obligación y la cantidad que pagó.
- Si está solicitando Medicaid, prueba del embarazo y de la fecha cuando espera dar a luz.
- Prueba de la vacunas de todos los niños menores de 19 años.

Su solicitud puede ser NEGADA si usted no da toda la información requerida.