

**Verificación de inscripción en la escuela**

La persona mencionada abajo solicita beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. De acuerdo a las leyes estatales, esta persona tiene que dar prueba de que está inscrito en una institución de educación superior. Por favor, llene la forma a continuación.

Nombre de la persona que solicita beneficios estatales	Número de caso de la HHSC (si lo sabe)
--	--

**La escuela debe completar la siguiente información:**

¿Está esta persona inscrita en su institución?.....  Sí  No

Nombre de la institución	Dirección	Número de teléfono
Nombre de la persona que da esta información		Título
Firma de la persona que da la información		Fecha

**Cómo enviar esta forma:**

Gracias por su ayuda. Puede entregarle esta forma a la persona que está solicitando los beneficios o puede enviarla por fax o por correo directamente a la HHSC. La dirección y el número de fax de la oficina de beneficios aparecen abajo. Si tiene preguntas, llame al número que aparece abajo.

Fecha en que necesitamos la información:



Nombre del trabajador de casos	Número de teléfono 2-1-1 or 1-877-541-7905	Fax 1-877-447-2839	Dirección postal de la oficina HHSC P.O. Box 149027 Austin, TX 78714-9027
--------------------------------	--	-----------------------	--

**La persona que solicita beneficios tiene que firmar y escribir la fecha en esta forma:**

Por la presente, doy permiso para divulgar la información requerida en esta forma.

_____	_____
Firma del solicitante	Fecha

**Aviso al solicitante:** Necesita llenar esta forma cada vez que solicite beneficios del programa de cuidado médico. Le enviaremos una forma en blanco cuando le enviemos una solicitud de renovación de beneficios.