Withdrawal of Appeal Request

Name	Case No.
Address (Street, City, State, ZIP Code)	

This is to advise the Texas Health and Human Services Commission that I wish to withdraw my appeal request made on or about _____ regarding the
Date

- ☐ Lowering of benefits
- ☐ Denial of benefits
- ☐ Other: _____

Indicate program(s) you are waiving your right to appeal.

☐ SNAP ☐ TANF ☐ Medical Assistance ☐ Other: _____

I am taking this action of my own free will for the following reason(s):

- ☐ The change in my benefits or eligibility has been explained to me
- ☐ Adjustments to my benefit level accurately reflect my current household circumstances.
- ☐ Existing program policy has been explained to me.
- ☐ Other: _____

I understand that, by signing this document, I waive my right to appeal the action taken; however, I am not waiving my right to appeal any future actions taken by the Texas Health and Human Services Commission.

_____ _____
Signature — Client or Authorized Representative Date

_____ _____
Signature — Employee or Witness Date

Retiro de la solicitud de apelación

Nombre	Número de caso
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)	

Por este medio quiero avisar a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas que quiero retirar la solicitud de apelación que hice aproximadamente el _____ relacionada con
Fecha

☐ Reducción de beneficios

☐ Negación de beneficios

☐ Otro: _____

Marque los programas para los cuales quiere renunciar a su derecho de apelar.

☐ Programa SNAP ☐ TANF ☐ Asistencia médica ☐ Otro: _____

He decidido hacer esto voluntariamente debido a que:

☐ Me han explicado el cambio en mis beneficios o elegibilidad.

☐ El ajuste que se hizo a mi nivel de beneficios refleja correctamente las circunstancias actuales del hogar.

☐ Me han explicado las normas actuales del programa.

☐ Otra: _____

Comprendo que al firmar este documento renuncio a mi derecho de apelar contra la decisión tomada por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas; sin embargo, no renuncio a mi derecho de apelar contra decisiones futuras tomadas por esta agencia.

_____ _____
Firma del cliente o representante autorizado Fecha

_____ _____
Firma del empleado o testigo Fecha