



Date

HHSC Case Manager

Office Address and Telephone No.

Name and Address

**Notification of Waiver Services**

Name of Waiver Program \_\_\_\_\_

**You have been determined eligible for the above named program.**

- Your eligibility date is \_\_\_\_\_.
- Your services identified on the attached Individual Service Plan/Individual Plan of Care (ISP/IPC) are effective.... \_\_\_\_\_.
- You must pay \_\_\_\_\_ for room and board by \_\_\_\_\_  
and then pay \_\_\_\_\_ per month, beginning \_\_\_\_\_.
- You must pay \_\_\_\_\_ for copayment by \_\_\_\_\_  
and then pay \_\_\_\_\_ per month, beginning \_\_\_\_\_.
- Effective** \_\_\_\_\_, your waiver service plan will include the following changes: (up to 3 lines)

Rule/Handbook Reference: \_\_\_\_\_

**Comments:** (up to 3 lines)

**Provider Authorization:**

The following providers are authorized to deliver, to the person named above, services identified on the ISP/IPC.

Provider	Type	Vendor No.	Effective Date	Termination Date
Provider	Type	Vendor No.	Effective Date	Termination Date
Provider	Type	Vendor No.	Effective Date	Termination Date
Provider	Type	Vendor No.	Effective Date	Termination Date

**Note:** Providers are not authorized to provide services after the termination date (indicated above) or after the ISP/IPC "To" date.

\_\_\_\_\_

Signature – HHSC Case Manager

\_\_\_\_\_

Date

Name	Number
------	--------

If you have any questions concerning this notice, contact the HHSC case manager shown on Page 1.

**You may request a state fair hearing to appeal the decision shown on Page 1.** You lose the right to appeal this decision 90 days from the date of this letter. If you are currently receiving services and request a fair hearing before the effective date on Page 1, you may be able to continue receiving your current service(s) until the fair hearing is completed.

If you request a fair hearing, you may represent yourself or you may be represented by an authorized representative, a relative, a friend or legal counsel. If you, your representative or the hearings officer requests, your HHSC case manager may be present at the fair hearing. For free legal services contact 1-800-733-8394.

**If you want a fair hearing**, please check the box at the bottom of this letter, sign and print your name, enter the date and return this letter to the HHSC case manager listed on Page 1. Keep the copy of this letter for your information. You may also request a fair hearing in person or by telephone.

**If you do not want a fair hearing**, do not return this letter. If we have not received your fair hearing request before the effective date or on or before the last day you will receive services shown on Page 1, we will complete the action explained on Page 1. If we have not received your request for a fair hearing within 90 days from the date of this letter, your right to a fair hearing is lost.

**Whether or not you want a fair hearing, you may request a conference to discuss your situation with supervisory or management staff in the department. If you want a conference, contact the HHSC case manager to make the arrangements.**

**Request for Fair Hearing** (Check this box **only** if you want a fair hearing.)

I file this as my appeal and request for a fair hearing before a Health and Human Services Commission officer.

\_\_\_\_\_  
Signature – Individual

\_\_\_\_\_  
Print Name – Individual

\_\_\_\_\_  
Date

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, sex, handicap, political beliefs, or religion, you may lodge a complaint with the management staff of this agency by contacting your HHSC staff member's supervisor or writing immediately to:

Civil Rights Department  
Health and Human Services Commission  
P.O. Box 149030  
Austin, Texas 78714-9030

If you are also requesting a fair hearing, send this notice back to your HHSC staff member. **DO not** send this notice to the Civil Rights Department.

If you have any questions concerning this notice, contact the HHSC case manager shown on Page 1.



Fecha

Administrador de casos del HHSC

Dirección y teléfono de la oficina

Nombre y dirección

Aviso de servicios opcionales

Nombre del programa opcional

Se ha determinado que usted llena los requisitos para el programa mencionado antes.

- Options for eligibility, services, and copayments.

Empty box for optional services changes.

Referencia del manual/de las normas:

Comentarios: (máximo 3 líneas)

Empty box for comments.

Provider Authorization/Autorización de proveedores:

The following providers are authorized to deliver, to the person named above, services identified on the ISP/IPC./Se autorizan a los siguientes proveedores para prestar los servicios identificados en el ISP/IPC a la persona mencionada antes.

Table with 5 columns: Provider, Type, Vendor No., Effective Date, Termination Date.

Nota: Los proveedores no están autorizados para prestar servicios después de la fecha de terminación (indicada antes) o después de la fecha "Hasta" del ISP/IPC.

Firma del administrador de casos del HHSC

Fecha

Nombre	Número
--------	--------

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el administrador de casos del HHSC cuyo nombre aparece en la página 1.

**Usted puede pedir una audiencia imparcial para apelar la decisión que se muestra en la página 1.** Pierde el derecho de apelar esta decisión 90 días después de la fecha de esta carta. Si actualmente recibe servicios y solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de vigencia que aparece en la página 1, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que recibe actualmente hasta que termine la audiencia imparcial.

Si pide la audiencia imparcial, usted puede representarse a sí mismo o lo puede representar un representante autorizado, un pariente, un amigo o un abogado. Si usted, su representante o el funcionario de audiencias imparciales lo solicita, el administrador de casos del HHSC puede estar presente en la audiencia imparcial. Para recibir servicios legales gratis, llame al 1-800-733-8394.

**Si quiere una audiencia imparcial,** marque la casilla al final de esta carta, firme y escriba su nombre en letra de molde, escriba la fecha y devuelva la carta al administrador de casos del HHSC que se indica en la página 1. Guarde una copia de esta carta para su información. Puede también pedir la audiencia imparcial en persona o por teléfono.

**Si no desea una audiencia imparcial,** no devuelva esta carta. Si no hemos recibido la solicitud de una audiencia imparcial antes de la fecha de vigencia o antes del último día en que recibirá servicios, que aparece en la página 1 de esta carta, tomaremos la acción que se indica en la página 1. Si no recibimos la solicitud de una audiencia imparcial dentro de 90 días de la fecha de esta carta, usted pierde el derecho a una audiencia imparcial.

**Quiera o no una audiencia imparcial, puede solicitar una reunión para hablar sobre su situación con el personal de supervisión o administrativo del departamento. Si quiere una reunión, comuníquese con el administrador de casos del HHSC para hacer los arreglos.**

**Solicitud de una audiencia imparcial** (Marque esta casilla **solo si** quiere tener una audiencia imparcial).

Presento esto como mi apelación y solicitud de una audiencia imparcial ante un funcionario de la Comisión de Salud y Servicios Humanos.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted cree que lo han discriminado por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, afiliación política o religión, puede presentar una queja ante la administración de este departamento comunicándose con el supervisor del administrador de casos del HHSC, o escribiendo inmediatamente a:

Civil Rights Department  
Health and Human Services Commission  
P.O. Box 149030  
Austin, Texas 78714-9030

Si también está pidiendo una audiencia imparcial, devuelva este aviso al administrador de casos del HHSC. Por favor, NO envíe este aviso al Civil Rights Department.

Si tiene preguntas acerca de este aviso, comuníquese con el administrador de casos del HHSC que se indica en la página 1.