



**TEXAS**  
**Health and Human**  
**Services**

Date

HHSC Case Manager

Office Address and Telephone No.

Name and Address

**Notification of Ineligibility or Suspension of Waiver Services**

As a result of a review of your current situation, it has been determined that:

- The last day you are eligible to receive \_\_\_\_\_ services is \_\_\_\_\_.
- You are not eligible for \_\_\_\_\_.
- Your \_\_\_\_\_ services are suspended. The last day you will receive services is \_\_\_\_\_.

This decision is based on:

- Medically Dependent Children Program Rule \_\_\_\_\_

Reason for Denial,  
 Termination or  
 Suspension:

**Comments:**

**Provider Authorization:**

The last day that the following providers are authorized to deliver services is: \_\_\_\_\_

1. Provider	Type	Vendor	3. Provider	Type	Vendor
2. Provider	Type	Vendor	4. Provider	Type	Vendor

\_\_\_\_\_  
 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 on or before the last day you will receive services shown 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 submit an oral request for a fair hearing, you must submit a written request to the case manager within five days after the date of the oral request. If the request is submitted orally, HHSC considers the date of the oral request as the date the request is submitted.

**If You Do Not Want a Fair Hearing**, do not return this letter. If we have not received your fair hearing request 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 listed on Page 1 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

**Denied Medicaid Recipients:** The Department of State Health Services will send you a Certificate of Coverage. You can use this certificate to prove how long you had Medicaid coverage if you enroll in another medical plan that has a pre-existing condition clause. If you do not receive the certificate within two weeks after you receive this notice, or if you lose the certificate and need a replacement within the next 24 months, you may request a certificate by calling 1-800-723-4789.

**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 and/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 no elegibilidad o de suspensión de servicios opcionales**

Después de una revisión de su situación actual, se ha determinado que:

- El último día en que usted llena los requisitos para recibir servicios de \_\_\_\_\_ es el \_\_\_\_\_.
- Usted no llena los requisitos para \_\_\_\_\_.
- Sus servicios de \_\_\_\_\_ se suspendieron. El último día en que recibirá servicios es el \_\_\_\_\_.

Esta decisión se basa en:

- Regla del Programa para Niños Médicamente Dependientes \_\_\_\_\_

Razón de la negación,  
terminación o  
suspensión:

**Comentarios:**

**Autorización del proveedor:**

El último día en que los siguientes proveedores están autorizados para prestar servicios es el: \_\_\_\_\_

1. Proveedor	Tipo	Vendedor	3. Proveedor	Tipo	Vendedor
2. Proveedor	Tipo	Vendedor	4. Proveedor	Tipo	Vendedor

\_\_\_\_\_  
Firma del administrador de casos del HHSC

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre	Número de identificación
--------	--------------------------

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

**Usted puede pedir una audiencia imparcial ante el estado para apelar la decisión que aparece en la página 1.** Usted 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 en la página 1 del último día de servicios, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que recibe actualmente hasta que termine la audiencia imparcial.

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

**Si quiere una audiencia imparcial**, por favor, marque la casilla al final de esta carta, firme y escriba su nombre en letra de molde, escriba la fecha y devuelva esta carta al administrador de casos del HHSC mencionado 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 hace verbalmente la solicitud para una audiencia imparcial, tiene que presentar una solicitud por escrito al administrador de casos dentro de cinco días después de la fecha de la solicitud verbal. Si se hace la solicitud verbalmente, el HHSC considera la fecha de la solicitud verbal como la fecha en que se presentó la solicitud.

**Si no desea una audiencia imparcial**, no devuelva esta carta. Si no recibimos su solicitud de una audiencia imparcial antes de la fecha en la página 1 del último día de servicios, se llevará a cabo la acción que se explica en la página 1. Si no recibimos la solicitud de una audiencia imparcial dentro de los 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 con el personal supervisor o administrativo del departamento para hablar sobre su situación. Si quiere una reunión, comuníquese con el administrador de casos del HHSC que aparece en la página 1 para hacer los arreglos.**

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

**Beneficiario al que le negaron Medicaid:** El Departamento Estatal de Servicios de Salud le enviará un Certificado de Cobertura. Puede usar dicho certificado para demostrar cuánto tiempo tuvo cobertura de Medicaid si se inscribe en otro plan de salud que tiene una cláusula sobre estados de salud preexistentes. Si no recibe el certificado dentro de 2 semanas después de recibir este aviso, o si pierde el certificado y necesita uno de reemplazo dentro de los siguientes 24 meses, puede pedir un certificado llamando al 1-800-723-4789.

**Si usted cree que lo han discriminado por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión, puede quejarse ante la administración de este departamento, comunicándose con el supervisor del empleado del HHSC o escribiendo inmediatamente a la Oficina de Derechos Civiles 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 empleado del HHSC. NO envíe este aviso a la Oficina de Derechos Civiles.**

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