



Número de caso:

Fecha:

[Individual's Name]
[Address Line 1]
[Address Line 2]
[City, State ZIP Code]

Asunto: **Recordatorio**

Estimado(a) [Individual's Name]:

Para seguir recibiendo beneficios, necesitamos que haga lo siguiente:

Díganos sobre su bebé.

Necesita decirnos: (a) la fecha de nacimiento de su bebé, (b) el sexo del bebé (hombre o mujer) y (c) el nombre del bebé. Puede darnos esta información de tres maneras:

- Llame gratis al 2-1-1 o al 1-877-543-7669.
- Envíe una carta por fax al 1-877-236-4123 (llamada gratis).
- Envíe una carta por correo a:

Texas Health and Human Services Commission
PO Box 149027
Austin, TX 78714-9027

Estos pasos podrían ahorrarle dinero.

Recibe beneficios de la Cobertura Perinatal de CHIP, pero según su caso, el programa de Medicaid de Emergencia tiene que pagar algunos de sus costos.

Si no sigue estos 2 pasos:

- Tendrá que pagar por sus costos de parto y labor de parto.
- Su niño no podrá recibir beneficios de Medicaid desde su nacimiento hasta 1 año de edad.

Haga lo siguiente tan pronto nazca su bebé:

1. **Llévele la Forma H3038-P a su doctor para que la llene.**

Le enviamos la Forma H3038-P (CHIP Perinatal Emergency Medical Services Certification) con esta carta. Lleve esta forma con usted cuando vaya al hospital para el nacimiento de su bebé. Pídale a su doctor que llene la forma después que nazca el bebé.

2. **Envíenos la Forma H3038-P.**

Después que su doctor llene la forma, envíela por correo en el sobre prepagado que vino con esta carta. Si perdió el sobre, envíe la forma a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
PO Box 149027
Austin, TX 78714-9027

O puede enviarla por fax al 1-877-236-413 (llamada gratis).

Preguntas:

Llame gratis al 2-1-1 o al 1-877-543-7669, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del centro.