



TEXAS
Health and Human
Services

Date/Fecha

(Client Name and Address)

[]

Eligibility Specialist/Especialista de Elegibilidad

Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono

[]

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN PARA
COMPLETAR EL INVENTARIO DE RECURSOS**

..... REQUEST FOR ASSESSMENT INFORMATION

The following marked items are needed to complete your assessment:

Para poder terminar el inventario de sus recursos, se necesitan los comprobantes marcados a continuación:

Checking Account Statements for
El Extracto de sus Cuentas de Cheques de

Beginning Month and Year/Mes y Año through Ending Month and Year/Mes y Año
a

Savings Account Statements for
El Extracto de sus Cuentas de Ahorro de

Beginning Month and Year/Mes y Año through Ending Month and Year/Mes y Año
a

Other (specify):
Otro (especifique): _____

Please provide this information immediately. If it is not received by

Por favor, envíe esta información inmediatamente. Si no la recibimos para

Due Date/Fecha

I will assume that you no longer wish an assessment to be completed. An envelope is provided for your use. If you have any questions, you may contact this office.

supondré que usted ya no desea que se termine el inventario de sus recursos. Se le ha enviado un sobre para que lo use. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con esta oficina.