

**Renovación de beneficios de cuidado médico**

<b>Número de caso</b>
<b>Dirección de la oficina</b> Texas Health and Human Services Commission P.O. Box 149025 Austin, TX 78714-9025 <b>Teléfono:</b> 2-1-1 o 1-877-541-7905 <b>Después de escoger el idioma, oprima el 2.</b>

(First Name Last Name)  
(Address Line 1)  
(Address Line 2)  
(City, TX ZIP Code)

Debe estar entre las edades de 21 y 22 años para recibir estos beneficios de seguro médico del estado.

Puede renovar los beneficios en la página web [www.YourTexasBenefits.com](http://www.YourTexasBenefits.com). O puede llenar la forma a continuación.

¿Aún va a la escuela, la universidad, escuela médica o dental o instituto técnico?.....  Sí  No  
Si contesta sí:

1. Llene esta solicitud de renovación de beneficios si la información que nos dio el año pasado cambió.
2. Llene la forma de verificación de inscripción en la escuela incluida o envíenos una forma de la escuela que compruebe que va a la escuela. Aún sí la información es la misma, necesita enviarnos prueba de que todavía va a la escuela.
3. Envíenos todas las formas en el sobre prepagado.

Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido)				
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	
Código de área y número de teléfono Casa:                      Otro:	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene seguro médico privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la compañía de seguros		Código de área y número de teléfono		

**Dinero que recibe y cosas de las que es dueño (recursos):**

Díganos cuánto dinero gana antes de deducir impuestos. Incluya el sueldo, compensación de desempleo, seguro social o cualquier otro dinero que reciba con regularidad. (Añada una página si necesita más espacio).

Nombre del empleador o fuente de ingresos	¿Cuánto recibe?	¿Con qué frecuencia lo recibe?
	\$	<input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Cada quincena <input type="checkbox"/> Cada mes
	\$	<input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Cada quincena <input type="checkbox"/> Cada mes
	\$	<input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Cada quincena <input type="checkbox"/> Cada mes

¿Tiene más de \$10,000 en cuentas bancarias, efectivo a la mano o en cualquier otro lugar que esté a su disposición?.....  Sí  No

¿Tiene dos o más carros, camionetas u otros vehículos de un valor de más de \$10,000 cada uno?.....  Sí  No

**Inscripción para votar**

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a inscribirse no afectará la cantidad de asistencia que este departamento le dará.

**Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud del registro para votar?..**  Sí  No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, ESO SIGNIFICARÍA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, le podemos ayudar. Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o negarse a inscribirse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en Elections Division, Secretary of State, PO Box 12060, Austin, TX 78711. Número de teléfono: 1-800-252-8683.

Información que dé en conexión a esta solicitud está sujeta a verificación por la HHSC y otras agencias estatales y gubernamentales. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de esta información a la HHSC y terceras partes que la HHSC contacte para verificar información.

Certifico bajo pena de perjurio que la información que di en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Sus derechos**

Tiene el derecho de un trato justo y con igualdad sin importar su raza, color, religión, origen nacional, género, creencias políticas o discapacidad de acuerdo a las leyes estatales y federales y a someter una queja si siente que han discriminado contra usted.

Tiene el derecho de pedir una revisión de su caso si: (1) no le notificamos por escrito sobre nuestra decisión de su solicitud dentro de 30 días a partir de la fecha en que llenó su solicitud de renovación de beneficios, (2) le negamos los beneficios a través de este programa, o (3) no está satisfecho con cualquier otra decisión que afecta que pueda recibir beneficios del programa de cuidado médico.

**Otra información importante**

Este no es un programa de Medicaid. Para solicitar beneficios de Medicaid o de otros beneficios estatales tiene que llenar una solicitud en su oficina local de beneficios de la HHSC. Puede llamar al 2-1-1 para encontrar la oficina más cercana.

**Agency Use Only (Sólo para uso de la agencia) Voter Registration Status**

Already registered     Client declined     Agency transmitted     Client to mail     Mailed to client     Other

Agency staff signature \_\_\_\_\_