

Retiro de la solicitud de apelación

Nombre	Número de caso
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)	

Por este medio quiero avisar a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas que quiero retirar la solicitud de apelación que hice aproximadamente el _____ relacionada con
Fecha

Reducción de beneficios

Negación de beneficios

Otro: _____

Marque los programas para los cuales quiere renunciar a su derecho de apelar.

Programa SNAP TANF Asistencia médica Otro: _____

He decidido hacer esto voluntariamente debido a que:

Me han explicado el cambio en mis beneficios o elegibilidad.

El ajuste que se hizo a mi nivel de beneficios refleja correctamente las circunstancias actuales del hogar.

Me han explicado las normas actuales del programa.

Otra: _____

Comprendo que al firmar este documento renuncio a mi derecho de apelar contra la decisión tomada por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas; sin embargo, no renuncio a mi derecho de apelar contra decisiones futuras tomadas por esta agencia.

Firma del cliente o representante autorizado

Fecha

Firma del empleado o testigo

Fecha