



TEXAS
Health and Human
Services

Client Name and Address):

Notice of Decision

Administrative Disqualification Hearing

Date/Fecha	Case No./Núm. de caso
Hearing Officer/Nombre del funcionario de audiencias	
Office Address and Telephone No./Oficina y teléfono	

Aviso de la decisión

Audiencia administrativa de descalificación

Name/Nombre	OIG Case No./Núm. de caso de la Fiscalía General (OIG)	Client No./Núm. de cliente
-------------	--	----------------------------

Will have the case against him/her dismissed without prejudice.
Será absuelto de los cargos sin perjuicio.

DID NOT commit an intentional program violation in the: **TANF Program** **SNAP**
NO COMETIÓ una violación intencional de las reglas del programa de: TANF SNAP

DID COMMIT an intentional program violation and will be disqualified from receiving:
COMETIÓ una violación intencional de las reglas del programa y, por lo tanto, será descalificado para recibir: _____

<input type="checkbox"/> TANF:	
<input type="checkbox"/> For 6 Months <input type="checkbox"/> For 1 Year <input type="checkbox"/> For 2 Years <input type="checkbox"/> For 10 Years <input type="checkbox"/> Permanently <input type="checkbox"/> Not Applicable Por 6 meses Por 1 año Por 2 años Por 10 años Permanentemente No se aplica	Si lo han descalificado para recibir TANF, también dejará de recibir los beneficios de Medicaid relacionados con TANF. Comuníquese con la oficina local de determinación de elegibilidad para saber si llena los requisitos para otros tipos de cobertura de Medicaid y para hacer la solicitud.
<p>If you have been disqualified from receiving TANF, you will also stop receiving your TANF-related Medicaid benefits. Contact your local eligibility determination office to see if you can qualify for other types of Medicaid coverage and to submit an application.</p>	
<input type="checkbox"/> SNAP:	
<input type="checkbox"/> For 6 Months <input type="checkbox"/> For 1 Year <input type="checkbox"/> For 2 Years <input type="checkbox"/> For 10 Years <input type="checkbox"/> Permanently <input type="checkbox"/> Not Applicable Por 6 meses Por 1 año Por 2 años Por 10 años Permanentemente No se aplica	Se le informará del efecto que tendrá esta acción sobre los beneficios que reciben los demás miembros del hogar.
<p>You will be notified of the effect this action will have on the benefits received by other members of the household.</p>	

This is the department's final decision in this case – see Final Order attached. If you disagree with the decision, you may consult with an attorney (at your own expense) to determine what recourse you may have.

Esta es la decisión final de la comisión en cuanto a este caso (vea el documento adjunto titulado *Final Order*). Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede consultar a un abogado (los gastos corren por cuenta suya) para determinar qué recursos le quedan.

This decision does not prevent the state or federal government from asking you to pay back, in cash, the value of any extra benefits your household was not eligible to receive. If you are asked to pay back an overissuance and you disagree with the amount of overissuance, you may ask for a fair hearing.

Esta decisión no impide que el gobierno estatal o federal le pida que pague, en efectivo, el valor de cualquier beneficio en exceso que haya recibido su hogar sin haber llenado los requisitos para recibirlos. Si le piden que pague los beneficios en exceso recibidos y usted no está de acuerdo con la cantidad fijada, puede pedir una audiencia imparcial.

Signature – Hearing Officer/Firma – Funcionario de audiencias