



TEXAS
Health and Human
Services

Need Help?

Call 2-1-1
or for out of the state callers,
call 1-877-541-7905

Fax:

1-877-447-2839

Mail:

Texas Health and Human Services
Commission
PO Box 149024
Austin Texas 78714-9024

If you have a hearing or speech disability,
call 7-1-1 or any relay service.

Para saber si puede seguir recibiendo beneficios, necesitamos más información:

Le enviamos este paquete porque: (1) solicitó beneficios, (2) avisó sobre cambios en su caso, o (3) tenemos que revisar su ingreso para saber si puede continuar recibiendo beneficios.

En este paquete encontrará:

- Una lista de documentos que necesitamos nos envíe
- Un sobre pre-pagado.

También podría incluir otros formularios para llenar y enviar.

Envíenos los documentos en o antes del

Si necesita ayuda llame al 2-1-1 o 1-877-541-7905.

Luego de escoger un idioma, oprima el 2. Podemos atender su llamada de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del centro.

Para recibir ayuda o si tiene preguntas sobre su cuenta de Lone Star, llame al 800-777-7328 (7EBT).

Aún tiene que enviarnos los documentos en o antes de la fecha límite.

**Si no envía los documentos en o antes de la fecha límite,
no podrá recibir beneficios o sus beneficios terminarán.**

Hay 4 maneras para enviarnos lo que necesitamos:

Escoja una de estas opciones para enviarnos los documentos:

- **YourTexasBenefits.com:** Puede cargar los documentos por Internet.
- **Aplicación de Your Texas Benefits:** Puede subir sus documentos usando nuestra aplicación para celular. La aplicación puede bajarse sin costo en Google Play y en iTunes de Apple.
- **Por correo:** Envíe esta carta y los documentos que necesitamos en el sobre pre-pagado que le enviamos en este paquete.
- **Por fax:** Envíe esta carta y los documentos que necesitamos por fax al 1-877-447-2839.

Recuerde:

- Anotar el número de caso en cualquier documento que nos envíe.
- Si va a enviar una carta o declaración que muestre prueba de los datos que necesitamos, asegúrese que la persona que la escriba incluya: (1) su nombre, (2) dirección, (3) número de teléfono, (4) la fecha en que escribió la carta y (5) su firma



Si va a renovar beneficios:

Tiene que llenar la solicitud de renovación de beneficios. Vaya a YourTexasBenefits.com para llenar una solicitud de renovación de beneficios por Internet. no puede llenar la solicitud por Internet, tendrá que pedir una solicitud en papel. Para pedir una solicitud en papel llame al 2-1-1 o 1-877-541-7905 (luego de escoger un idioma, oprima el 2). Cuando reciba la solicitud en papel, llénela y envíela de regreso.

Si tiene miedo de darnos datos de alguien porque piensa que puede causarles daño (físico o emocional) a usted o a su niño:

Podría obtener una "Exención de Violencia Doméstica" si solicita o renueva beneficios de Medicaid o de CHIP. Esto quiere decir que podría no tener que darnos los datos sobre esa persona si tiene miedo de darnos datos porque piensa que puede causarles daño (físico o emocional) a usted o a su niño.

Avísenos si tiene miedo de darnos datos sobre alguien:

- **Número de teléfono:** llame al 2-1-1 o 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2).
- **Por correo:** TEXAS HEALTH AND HUMAN SERVICES COMMISSION, P O Box 149024,
Austin, Texas 78714-9024
- **En persona:** en una oficina de beneficios. Para encontrar una oficina cerca de usted, llame al 2-1-1 o 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 1).
- **Por fax:** 1-877-447-2839.



LISTA DE INFORMACIÓN QUE SE NECESITA Y/O ACCIÓN REQUERIDA:

Nombre(s)	Programa(s)	Información/Acción Solicitada	Verificación/Prueba Aceptable
	Medicaid	Provea verificación de la manutención infantil que recibe para el miembro del hogar indicado. verification is not current;	Acuerdo de manutención Cheques, talonarios o declaraciones de ganancias recientes. Declaración del abogado/documentos de abogado Documento de manutención infantil de la Oficina del Fiscal General Documentos de la corte Documentos del registro de archivos de la corte Otros documentos de prueba o Declaración o carta oficial de la compañía, agencia u organización que le paga. Proveedor de pago





Texas Health and Human Services Commission
PO Box 149024
Austin Texas 78714-9024

Case Number:

The enclosed Missing Information form (Form 1020) includes a list of documents you need to send to us so we can determine your eligibility for services.

See page 1 to find out how to send us your forms.

El formulario adjunto de información faltante (Formulario 1020) incluye una lista de documentos que usted necesita enviarnos para que podamos determinar si usted reúne los requisitos para los servicios.

Vea la página 1 para saber cómo enviarnos sus documentos.

