



TEXAS HEALTH AND HUMAN SERVICES COMMISSION  
P O BOX 149027  
AUSTIN, TEXAS 78714-9027

**Es el momento de renovar sus beneficios de atención médica.**  
Tiene **10 días** para renovarlos.

<b>Acción necesaria: Envíenos los documentos.</b>		
<b>Programa</b>	<b>Nombre</b>	<b>Número EDG</b>
Medicaid para Niños		
Medicaid para Niños		
Medicaid para Niños		
Medicaid para Niños		
Medicaid para Niños		
Medicaid para Niños		
Medicaid para Niños		
Medicaid para Niños		

Necesitamos más información antes de renovar sus beneficios de atención médica.

1. Llene esta solicitud de renovación de beneficios. Para saber cómo, vea: "Cómo llenar o revisar su solicitud de renovación".
2. Envíe los documentos que se mencionan en la Forma H1020-S que le enviamos con esta carta. Ese formulario le indica cómo enviarnos los documentos.

Si no responde antes del estos beneficios podrían terminar.

T-H1211-0708613338



## Cómo llenar o revisar la solicitud de renovación de beneficios.

### Para llenar o revisar la solicitud de renovación por Internet:

1. Vaya a [www.YourTexasBenefits.com](http://www.YourTexasBenefits.com) y entre en su cuenta. (Si no tiene una cuenta, haga clic en “Entrar al sistema” y luego en “Crear una cuenta nueva”).
2. Haga clic en "Maneje". Encuentre el caso que dice “Fecha de renovación” y haga clic en “Detalles”.
3. Haga clic en “Renovar beneficios” para empezar.
4. Puede añadir, actualizar o eliminar información sobre su caso. Si no tiene ningún cambio, oprima el botón "No cambios".

### Para renovar con una forma impresa, haga una de las siguientes:

- **Llámenos:** Llame al 2-1-1 o al 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Si tiene una discapacidad de la audición o del habla, llame al 7-1-1 o a cualquier servicio de transmisión (relay).
- **Vaya a una oficina de beneficios:** Para encontrar una oficina cerca de usted, vaya a [YourTexasBenefits.com](http://YourTexasBenefits.com) o llame al 2-1-1 o 1-800-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 1).
- **Imprima una forma del sitio web:** Vaya a [YourTexasBenefits.com](http://YourTexasBenefits.com) y entre en su cuenta. Haga clic en “Mis mensajes”, y luego en “Mis cartas y formas”.

### Tiene que avisar sobre cambios en su caso dentro de 10 días de la fecha del cambio.

#### Si usted recibe Medicaid FFCC.

Tiene que avisarnos de cualquier cambio en su caso. Aquí tiene una lista de los cambios de los que nos tiene que avisar. Avísenos sobre cambios de:

- **Domicilio.**
  - Si cambió de domicilio.
  - Si ya no vive en Texas o piensa irse de Texas.
- **Seguro médico.**
  - Si cambió de seguro médico o tiene otro seguro médico aparte de Medicaid FFCC.
- **Estado migratorio.**
  - Si su estatus migratorio cambia.

Cómo puede informar sobre un cambio:

- 1) En línea en el sitio web [YourTexasBenefits.com](http://YourTexasBenefits.com)
- 2) En la aplicación móvil de Your Texas Benefits
- 3) Llamando al 2-1-1 o al 877-541-7905

Si necesita ayuda con sus beneficios de Medicaid FFCC:

1. Llame al 2-1-1 o al 877-541-7905 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. (hora central).  
Si tiene alguna discapacidad auditiva o del habla, llame al 7-1-1 o a cualquier servicio de repetidor (relay).
  - a. Seleccione un idioma (para inglés, oprima 1).
  - b. Oprima 2 (programas de beneficios estatales).
  - c. Oprima 1 (ayuda con SNAP y ... Medicaid).
  - d. Oprima 1 para introducir su número de Seguridad Social y su fecha de nacimiento (mes de dos dígitos, fecha de dos dígitos, año de cuatro dígitos) o bien, oprima 2 para introducir su número de caso. Oprima 2 cuando le pida que introduzca el número de caso si sólo conoce su número de Seguridad Social y su fecha de nacimiento. Seleccione Opción 4 (otra pregunta no mencionada antes)
  - e. Seleccione Opción 4 (otra pregunta no mencionada antes)
  - f. Espere a que le atiende una persona y pida hablar con alguien sobre Medicaid para FFCC.

Cuando avise de un cambio, es posible que tenga que presentar una prueba del cambio. Para presentar la prueba, puede:(1) cargar los comprobantes en [YourTexasBenefits.com](http://YourTexasBenefits.com) o (2) entregar los comprobantes cuando presente la Forma H1019-S, Informe de cambio.

T-H1211-0708613338



Si **solamente** recibe Medicaid FFCC, pase a la sección “Sus derechos” en este documento.

**Lo siguiente solo es necesario si usted recibe beneficios de Medicaid y (1) tiene 65 años o más, o (2) tiene una discapacidad.**

Tiene que avisarnos de cualquier cambio en su caso. Aquí tiene algunos de los cambios de los que nos tiene que avisar.

Avísenos sobre los siguientes cambios:

• **Domicilio y personas con las que vive.**

- Si cambia su dirección.
- Si alguien en el hogar (o todo el hogar) ya no vive en Texas o piensa irse de Texas.
- Si alguien se mudó a su casa o fuera de su casa.

• **Dinero que recibe.**

- Si alguien en la casa recibe más dinero.
- Si alguien recibe dinero de una persona o un trabajo diferentes.
- Si cambia la cantidad de horas que trabaja un miembro del hogar.

• **Seguro médico.**

- Si hay algún cambio en el seguro médico de un miembro del hogar.

• **Otros cambios que deben reportarse.**

- Si alguien en el hogar compra, recibe como regalo o vende cosas como: un auto, una camioneta, un barco, una motocicleta, una casa, una propiedad, una póliza de seguro, acciones o cuentas bancarias.

Cuando avise de un cambio, es posible que tenga que presentar una prueba del cambio. Para presentar una prueba, puede: (1) cargar los comprobantes en [www.YourTexasBenefits.com](http://www.YourTexasBenefits.com), o (2) entregar los comprobantes cuando presente la Forma H1019-S, Informe de cambio.

**Lo siguiente solo es necesario si usted recibe beneficios de Medicaid o CHIP o Healthy Texas Women (HTW) y (1) tiene 64 años o menos, o (2) no tiene una discapacidad.**

Tiene que avisarnos de cualquier cambio para las personas que reciben beneficios en su caso. Aquí tiene una lista de los cambios que nos tiene que comunicar.

Avísenos sobre los siguientes cambios:

• **Domicilio y personas con las que vive.**

- Si cambia su dirección.
- Si alguien en el hogar (o todo el hogar) ya no vive en Texas o piensa irse de Texas.
- Si alguien se mudó a su casa o fuera de su casa.

• **Dinero que recibe.**

- Si alguien en la casa recibe más dinero.
- Si alguien recibe dinero de una persona o un trabajo diferentes.
- Si cambia la cantidad de horas que trabaja un miembro del hogar.

• **Seguro médico.**

- Si hay algún cambio en el seguro médico de un miembro del hogar.

• **El embarazo de una mujer en el hogar.**

- Si una mujer en el hogar queda embarazada.
- Si el embarazo terminó, ya sea por nacimiento o aborto espontáneo.

• **Otros cambios que deben reportarse.**

- Si cambia el trabajo o la dirección de un padre o madre que no vive en la casa del niño que recibe beneficios.
- Si hay algún cambio en las personas que declarará en su próxima declaración de impuestos (contribuyentes o dependientes).

T-H1211-0708613338



- Si hay algún cambio en los gastos que declaró en su declaración de impuestos.

Cuando avise de un cambio, es posible que tenga que presentar una prueba del cambio. Para presentar la prueba, puede: (1) cargar los comprobantes en [www.YourTexasBenefits.com](http://www.YourTexasBenefits.com), o (2) entregar los comprobantes cuando presente la Forma H1019-S, Informe de cambio.

## Sus derechos

- Le diremos si puede recibir beneficios en 30 días o para la fecha de revisión de la agencia, la cual ocurra más tarde. Vea a continuación la fecha de revisión de la agencia del programa.
  - **Medicaid y Healthy Texas Women (HTW)** - A mediados del último mes de su periodo de beneficios.
  - **CHIP** - A mediados del mes 11 del periodo de beneficios de 12 meses del niño.
- Puede pedir hablar con un supervisor acerca de su caso.
- Si no está de acuerdo con una acción que la HHSC haya o no haya tomado, puede pedir una audiencia imparcial para Medicaid y Healthy Texas Women (HTW) o una revisión del caso para CHIP.

Si cree que lo han discriminado por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o religión, puede presentar una queja llamando al 1-888-388-6332.

T-H1211-0708613338

