

**Solicitud de exención por dificultades excesivas  
Ganancias de lotería y juegos de azar**

El dinero que recibe de la lotería y juegos de azar se tiene en cuenta a la hora de calcular los ingresos totales de su hogar. La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) le retirará el derecho a recibir beneficios si el dinero que recibe supera lo permitido por las normas del programa. Si la asistencia médica se deniega debido a importantes ganancias obtenidas de la lotería o juegos de azar, es posible que reúna los requisitos para solicitar una exención por dificultades excesivas. Utilice este formulario para indicarnos si la denegación de Medicaid le causaría a usted o a su hogar alguna de las siguientes dificultades:

- Denegación del acceso a la atención médica necesaria
  - La persona no puede pagar la atención necesaria sin Medicaid
  - La persona no tiene ninguna otra cobertura ni recursos
  - La pérdida de la cobertura pondría en peligro la salud o la vida
- No habría manera de cubrir las necesidades básicas del hogar
  - Sin los beneficios de Medicaid el hogar no tendría:
    - ☐ Alimentos
    - ☐ Vivienda
    - ☐ Ropa
    - ☐ Otros artículos esenciales

**Sección 1. Datos personales**

|                                                |                                     |                     |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| Nombre completo del solicitante o beneficiario | Núm. de Seguro Social               | Fecha de nacimiento |
| Calle, ciudad y código postal                  | Núm. de teléfono con código de área |                     |

**Motivo de la solicitud de exención por dificultades excesivas**

Proporcione uno de los comprobantes que se enumeran a continuación como prueba de las dificultades excesivas:

- Expedientes médicos que demuestren que la denegación de la asistencia médica causará un daño mayor y potencialmente mortal para la salud y el bienestar de usted o de su familia
- Informes médicos que describen el tratamiento actual y los gastos;
- Una declaración o informe de un médico en el que se indique que la interrupción del tratamiento afectaría gravemente la salud y el bienestar de usted o de su familia; u
- Otros expedientes médicos y financieros pertinentes

Explique cómo la denegación de la asistencia médica le causa graves dificultades médicas o económicas a usted o a su familia:

|                                          |
|------------------------------------------|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|------------------------------------------|

Firma del solicitante o beneficiario

Fecha

**HHSC Agency Use Only: Decision (Para uso exclusivo de la HHSC: Decisión)**

HHSC has reviewed the Undue Hardship Exemption request for the ineligibility period incurred from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.

HHSC recommends the following: ☐ Approve ☐ Deny

HHSC Representative Printed Name

HHSC Representative Signature

Date