



TEXAS
Health and Human
Services

(Client Name and Address)

Fecha

Caseworker/Trabajador de casos

Office Address and Telephone No./Oficina y teléfono

Carta de solicitud

Es posible que usted quiera solicitar beneficios de Medicaid puesto que:

- ☐ Vive en un centro de atención a largo plazo (centro para convalecientes, centro residencial con apoyo estatal o Centro privado de Atención Intermedia para Personas con Retraso Mental (ICFMR)).
- ☐ Recibía beneficios de Seguro Social y de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) antes de la negación de SSI.
- ☐ Tiene Medicare Parte A, y quiere ayuda para pagar las primas, los deducibles y el coaseguro de los servicios cubiertos por Medicare. (Programa de Beneficiario de Medicare Elegible).
- ☐ Tiene Medicare Parte A y quiere ayuda para pagar todas o parte de las primas de Medicare Parte B (Programa de Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos o Programa de Personas Elegibles).

Si desea solicitar ayuda por medio del programa de asistencia médica (Medicaid), puede llenar la solicitud adjunta y devolvérmela. Las preguntas de la solicitud son para pedir información solo sobre el solicitante y su cónyuge, si es que lo tiene. Envíe la solicitud en el sobre adjunto. Los residentes de un centro residencial con apoyo estatal deben dar información sobre el período que comienza

Si recibe ciertos servicios de atención a largo plazo de Medicaid, servicios relacionados de hospital y medicamentos con receta, y tiene 55 años de edad o más, el estado de Texas puede presentar un reclamo de derechos contra su propiedad para recuperar el dinero que Medicaid ha pagado por los servicios. No se presentará ningún reclamo de derechos si le sobrevive su cónyuge o un hijo menor de 21 años o discapacitado.

Hay que contestar todas las preguntas de la solicitud. Conteste "No" o "N/A" para las preguntas que no son pertinentes. Hay que llenar todos los espacios, de lo contrario se considerará que dejó la pregunta sin contestar. Puede pedirle a un pariente o amigo que le ayude a contestar las preguntas.

Sírvase incluir con la solicitud pruebas de todos los ingresos y de las cosas que le pertenecen. Las pruebas pueden ser copias de cartas de concesión (Pensión de Veteranos, Seguro Social, Pensión de Ferrocarril); los últimos tres estados de cuenta bancarios; libreta de cuenta de ahorros; certificados de depósito; certificados de pagarés, acciones o bonos; pólizas de seguro (de vida, entierro u hospitalización); documentos de traspaso o escrituras (de cualquier cosa que haya vendido o regalado en los últimos 36 meses); y contratos de entierro prepagados.

El solicitante y su cónyuge, el curador, el apoderado o la persona responsable tienen que firmar la solicitud. Después de recibir la solicitud, se revisará para determinar la elegibilidad. Generalmente no se necesita una entrevista en persona. Se le avisará de la decisión.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con esta oficina a la dirección que se da arriba.

Quejas de discriminación

Si usted cree que lo han discriminado por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o religión, puede presentar una queja ante la: HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX 78751

Voz: 1-888-388-6332, TTY: 1-877-432-7232, Fax: 1-512-438-5885

También puede presentar una queja comunicándose con el U.S. Department of Health and Human Services: Office for Civil Rights - Region VI, 1301 Young St., Room 1169, Dallas, TX 75202