



Date: 07/22/2023

Case Number: 1014132112

Need help?

Call 2-1-1 or 1-877-541-7905

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

All numbers are free to call.

CLARISSA GONZALEZ
104 SILVER MINE RD
LAREDO TX 78045-9719

Notice about your case:

Health Care Benefits

Who gets health care benefits			
Name	EDG number	Program	Date
Jose Dejesus Llano	678233956	Children's Medicaid	09/01/2023 - 03/31/2024

Who can't get health care benefits			
Name	EDG Number	Program	Date
Ernesto A Galvan	701588587	Children's Medicaid	09/01/2023
Ernesto A Galvan	670323477	Medicaid	09/01/2023

Reason:

Ernesto A Galvan isn't: (1) age 20 or younger, (2) age 65 or older, (3) pregnant, (4) someone with a disability, (5) a dependent child on this case, OR (6) a child who didn't get SSI (Supplemental Security Income) due to the August 1996 change in disability rules. - (TW A-825; A-221B 475.1.2, 1 TAC 366.307; 366.507; 366.611; 366.707; 366.807, 42 CFR 435.301)

You are not eligible for benefits. - (TW A-2350, 1 TAC 366.215; 366.311; 366.409; 366.511; 366.615; 366.711; 366.811; 366.903, 42 CFR 435.919)

To get this benefit you must have a child on the case who meets program rules. - (TW A-210, 1 TAC 366.507; 366.707; 366.807, 42 CFR 435.301)

Notes:

Ernesto A Galvan isn't the right age for this program. - (TW A-240, 1 TAC 366.407; 366.507; 366.611; 366.707; 366.807, 42 CFR 435.522)

You can get private health insurance through the Health Insurance Marketplace. We will send your application to the Marketplace. They will review your application and let you know if you can get lower out-of-pocket costs for health insurance through their program. To learn more, go to [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) or call 800-318-2596. The call is free.



Other help you can get and your rights:

www.YourTexasBenefits.com

Go to this website to view your case, report changes to your case, renew benefits, order or print a Medicaid card, see items we need from you, upload files we need from you, and find out if we got items you sent us.

For help or questions about your Lone Star Card account, call 1-800-777-7328 (7EBT).

Women who can't get Medicaid or CHIP:

Women age 15 to 44 who can't get Medicaid or CHIP might be able to get services in the Healthy Texas Women program. A Parent or legal guardian must apply for young women age 15 to 17. To learn more, go to HealthyTexasWomen.org or call 1-866-993-9972.

Notice to those who work for themselves (self-employed):

A person is self-employed if they either: (1) own a business, or (2) work for someone who doesn't take out taxes. Self-employed people must keep detailed records of the money they make. When they apply or re-apply for benefits, they must show records like bills, receipts, checks, and pay stubs.

If you have a complaint:

Call 2-1-1 or 1-877-541-7905 (after you pick a language, press 2). If you still need help, call the Office of the Ombudsman at 1-877-787-8999. All numbers are free to call.

Your right to be treated fairly:

If you think you have been treated unfairly (discriminated against) because of race, color, national origin, age, sex, disability, political beliefs, or religion, you can file a complaint. Contact us by:

Mail: Texas Health and Human Services
Civil Rights Office
701 W. 51st St.
MC W-206
Austin, TX 78751

Phone:
1-888-388-6332
Fax:
(512) 438-5885
Email:
HHSCivilRightsOffice@hhsc.state.tx.us

You can also file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services (US DHHS) Office for Civil Rights (OCR):

Phone:
800-368-1019
800-537-7697(TTY)
Email:
OCRComplaint@hhs.gov

If you are applying for SNAP or get SNAP and you have been treated unfairly (discriminated against) you also can contact the USDA:

Mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave., SW
Washington, D.C. 20250-9410

Fax:
(202) 690-7442
Email:
program.intake@usda.gov

This page intentionally left blank

Your right to appeal:

If you think any action on your case is wrong, you can ask for a hearing to appeal. A hearing is a chance for you to tell a hearing officer the reasons you think the action is wrong. The hearing officer will decide if the right action was taken.

If you want a hearing, you must ask for it within 90 days of the date of this letter or the start date of the action, whichever comes later. If you are given a hearing, you can speak for yourself, or you can have a family member, friend, or lawyer speak for you (see below for free legal services). If you need an interpreter for your hearing, we can get you one at no cost.

Benefits during appeal:

You can get benefits while you wait for a hearing if: (1) you ask for a hearing within 13 days of the date of this letter, and (2) you are getting benefits when you ask for a hearing. If you lose the appeal, you might have to pay back benefits you got while waiting for the hearing.

How to appeal:

The fastest way to ask for a hearing to appeal is by calling 2-1-1 (or 1-877-541-7905). After you pick a language, press 2. If you have a hearing or speech disability, call 7-1-1 or any relay service. All numbers are free to call.

If you aren't able to call 2-1-1, you can ask for a hearing by either sending us a letter or going to an HHSC benefits office near you. If you send us a letter, you will need to include your: (1) full name, (2) case number, (3) address, and (4) phone number, if you have one. Mail the letter to: Texas Health and Human Services Commission, PO Box 149027, Austin, Texas 78714-9027.

For free legal services, contact:

TEXAS RIOGRANDE LEGAL AID - LAREDO OFFICE
1702 CONVENT AVENUE
LAREDO TX 78040

Phone: 833.329.8752

This page intentionally left blank



Fecha: **07/22/2023**
Número de caso: **1014132112**

¿Necesita ayuda?

Llame al 2-1-1 o al 1-877-541-7905
Si tiene una discapacidad de la audición o del habla, llame al 7-1-1 o a cualquier servicio de transmisión.

Las llamadas a estos números de teléfono son gratis.

CLARISSA GONZALEZ
104 SILVER MINE RD
LAREDO TX 78045-9719

Aviso sobre su caso:

Beneficios de atención médica

Puede recibir beneficios de atención médica			
Nombre	Número EDG	Programa	Fecha
Jose Dejesus Llano	678233956	Medicaid para Niños	09/01/2023 - 03/31/2024

No puede recibir beneficios de atención médica			
Nombre	Número EDG	Programa	Fecha
Ernesto A Galvan	701588587	Medicaid para Niños	09/01/2023
Ernesto A Galvan	670323477	Medicaid	09/01/2023

Razón:

Ernesto A Galvan no: (1) tiene 20 años de edad o es menor, (2) tiene 65 años de edad o es mayor, (3) está embarazada, (4) es una persona discapacitada, (5) es un menor dependiente en este caso, NI (6) es un menor que no recibió SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) debido al cambio en las reglas de discapacidad de agosto de 1996. - (TW A-825; A-221B 475.1.2, 1 TAC 366.307; 366.507; 366.611; 366.707; 366.807, 42 CFR 435.301)

Usted no es elegible para beneficios. - (TW A-2350, 1 TAC 366.215; 366.311; 366.409; 366.511; 366.615; 366.711; 366.811; 366.903, 42 CFR 435.919)

Para recibir este beneficio, tiene que tener un menor en el caso que cumpla con las reglas del programa. - (TW A-210, 1 TAC 366.507; 366.707; 366.807, 42 CFR 435.301)

Notas:

Ernesto A Galvan no tiene la edad adecuada para este programa. - (TW A-240, 1 TAC 366.407; 366.507; 366.611; 366.707; 366.807, 42 CFR 435.522)

Puede obtener un seguro médico privado a través del Mercado de Seguros Médicos. Nosotros enviaremos su solicitud al Mercado. Ahí estudiarán su solicitud y le comunicarán si puede recibir un seguro médico de bajo costo a través de su programa. Para obtener más información, visite CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596. Estas llamadas son gratuitas.



Otra ayuda que puede obtener y sus derechos:

www.YourTexasBenefits.com

Vaya a este sitio web para ver su caso, avisar sobre cambios en su caso, renovar beneficios, imprimir una tarjeta de Medicaid, ver los documentos que necesitamos, cargar documentos que necesitamos que nos envíe y saber si recibimos los documentos que nos envió.

¿Tiene preguntas sobre su caso o sobre esta solicitud?

Visite www.YourTexasBenefits.com o llame al 2-1-1 (o al 1-877-541-7905). Luego de escoger un idioma, oprima el 2.

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

Mujeres que no pueden recibir Medicaid o CHIP:

Las mujeres de 15 a 44 años que no pueden recibir Medicaid o CHIP quizás puedan recibir servicios del programa Healthy Texas Women. Para las jóvenes de 15 a 17 años, uno de los padres o el tutor legal tiene que solicitar los beneficios. Para saber más, visite HealthyTexasWomen.org o llame al 1-866-993-9972.

Aviso para las personas que trabajan por su cuenta:

Una persona que trabaja por su cuenta: (1) son dueños de un negocio, o (2) trabajan para alguien que no quita impuestos. Las personas que trabajan por su cuenta tienen que guardar documentos detallados del dinero que ganan. Cuando soliciten o vuelven a solicitar beneficios, tienen que mostrar documentos como cuentas, cheques y talones de cheque de pago.

Si tiene una queja:

Si tiene una pregunta o queja llame al 2-1-1 ó 1-877-541-7905. Si después de llamar al 2-1-1, aún necesita ayuda, llame a la Oficina del Ombudsman al 1-877-787-8999.

Usted tiene derecho a recibir un trato justo:

Si cree que se le ha tratado injustamente (ha sufrido discriminación) por motivos de raza, color, país de origen, edad, sexo, discapacidad, religión o convicciones políticas, puede presentar una queja al respecto. Póngase en contacto con nosotros:

Por correo: Texas Health and Human Services
Civil Rights Office
701 W. 51st St.
MC W-206
Austin, TX 78751

Por teléfono:
1-888-388-6332

Por fax:
(512) 438-5885

Por correo electrónico:
HHSCivilRightsOffice@hhsc.state.tx.us

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (US DHHS):

Por teléfono:
800-368-1019
800-537-7697(TTY)

Por correo electrónico:
OCRComplaint@hhs.gov

Si está solicitando los servicios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o recibe los servicios de este programa y se le ha tratado a usted de manera injusta (ha sufrido discriminación), también puede enviar su queja al Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA):

Por correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave., SW
Washington, D.C. 20250-9410

Por fax:
(202) 690-7442

Por correo electrónico:
program.intake@usda.gov

This page intentionally left blank

Su derecho a apelar:

Si piensa que alguna acción en su caso no es correcta, puede pedir una audiencia para apelar. Una audiencia es la oportunidad de decirle a un oficial de audiencias las razones por las cuales piensa que la acción no es correcta. El oficial de audiencias decidirá si tomaron la acción correcta.

Si quiere una audiencia, tiene que pedirla dentro de 90 días a partir de la fecha de esta carta o la fecha de comienzo de la acción, lo que ocurra después. Si le dan una audiencia, puede hablar por sí mismo, o puede pedirle a un familiar, amigo o abogado que hable por usted (vea la información de abajo sobre servicios legales gratis). Si necesita un intérprete para su audiencia, podemos conseguirle uno sin costo alguno.

Beneficios durante su apelación:

Puede recibir beneficios mientras espera por la audiencia si: (1) pide una audiencia dentro de 13 días a partir de la fecha de esta carta, y (2) recibe beneficios cuando pida la audiencia. Si pierde la apelación, podría tener que pagar por los beneficios que recibió mientras esperaba por la audiencia.

Cómo apelar:

Si quiere pedir una audiencia para apelar, puede hacer una de las siguientes:

- Llame al 2-1-1 ó 1-877-541-7905. Si tiene una discapacidad de la audición o del habla, llame al 7-1-1 o a cualquier servicio de transmisión. Las llamadas son gratis a todos estos números de teléfono
- Llene la hoja "Apelación por escrito" que está en la próxima página y entréguela.

**Para servicios legales gratis,
comuníquese con:**

TEXAS RIOGRANDE LEGAL AID - LAREDO OFFICE
1702 CONVENT AVENUE
LAREDO TX 78040

Número de teléfono: 833.329.8752

This page intentionally left blank

Report of Change



You must report changes to your case within 10 days of the change.

You can report changes online at www.YourTexasBenefits.com.

☐ **1. Families who get TANF must report changes in:**

- Address.
- Source of household earned and unearned income.
- Amount of unearned income.
- The number of people in your household.
- Receipt of a car or other licensed vehicle purchased by your household or received as a gift.
- Wage rate or status (full-time to part-time or vice versa as defined by the employer).
- The total amount of your resources, such as money in bank or savings accounts, stocks, bonds, or cash, when the total goes over \$1,000 for TANF.
- Termination of pregnancy.
- Receipt of or change in a resource that may provide payment for medical services. This includes getting or changing health insurance coverage, or getting a settlement payment from an insurance or accident claim.
- Address, job, or other information related to the absent parent.

☒ **2. Everyone who gets Medicaid or CHIP benefits must report changes if:**

- Their address changes.
- They no longer live in Texas or are planning to leave Texas.
- Anyone moved in or out of their home.
- They get more money.
- They get money from a different person or job.
- The amount of hours they work changes.
- Their pregnancy ends. This includes when and how their pregnancy ended. Proof is not required when reporting changes about pregnancy.
- There's a change in getting health insurance.
- (The following is needed only if the person gets Medicaid and: (1) is age 65 or older, or (2) has a disability.) They buy, get as a gift, or sell things such as: car, truck, boat, motorcycle, home, property, insurance policy, stocks, or bank accounts.
- (The following is needed only if the person gets Medicaid or CHIP and: (1) is age 64 or younger, or (2) doesn't have a disability.) There's a change in the people they will claim or plan to claim as tax dependents on their next tax return.

☐ **3. Everyone who gets Healthy Texas Women benefits must report changes if:**

- Their address changes.
- They no longer live in Texas or are planning to leave Texas.
- They become pregnant.
- They receive health insurance that covers family planning services or get help for paying for medical services. This can include a settlement payment from an insurance or accident claim.
- They no longer want to get this type of coverage.



Report of Change



☐ **4. SNAP Streamlined Reporting (SR) households must report changes in:**

- The amount of money everyone on your case gets each month before taxes are taken out, if it becomes \$ or more. Right now, we show the amount everyone on your case gets each month before taxes are taken out is \$.
- Address
- Housing cost at a new address (rent, home payment, home tax and insurance, water, sewer, electricity, gas, phone, other). Tell us as soon as you know there will be changes to these costs. Don't wait to get your new bills to tell us.

- ☐ ABAWD (Able Bodied Adult without Dependents): work or participation hours fall below an average of 20 hours per week. This includes all employment and self-employment income and any hours that count toward the work requirement.

☐ **5. SNAP Non-Streamlined Reporting households must report changes in:**

- Address.
- Housing cost at a new address (rent, home payment, home tax and insurance, water, sewer, electricity, gas, phone, other). Tell us as soon as you know there will be changes to these costs. Don't wait to get your new bills to tell us.
- Source of household earned and unearned income.
- The legal obligation to pay child support.
- The number of people in your household.
- Receipt of a car or other licensed vehicle purchased by your household or received as a gift.
- Wage rate or status (full-time to part-time or vice versa as defined by the employer) .
- Any unearned income greater than \$50 per month.
- The total amount of your resources, such as money in bank or savings accounts, stocks, bonds, or cash, when the total goes over \$5,000.

☐ **6. SNAP Combined Application Project (SNAP-CAP) households must report changes in address.**

When you report a change, you might need to give us proof of the change. To give us proof, you can: (1) upload your files showing proof on www.YourTexasBenefits.com, or (2) give us copies of items showing proof when you give us this form.

Another person can report changes for you. You can ask for a receipt for your change report.

Your advisor can explain what type of proof of the change is required.

Reporting these changes is a way to make sure your household receives all the benefits it is entitled to. If you withhold any information or give false information about changes you are required to report, you will owe us the value of any extra benefits you received as a result, and you may also lose some deductions. You also may be barred from receiving SNAP food benefits for one year to permanently, and be fined \$250,000, imprisoned for 20 years, or both. A member of your household will never be able to get SNAP food benefits again if they are found guilty in a court of law of:

- buying or selling firearms, ammunition, or explosives in exchange for SNAP food benefits, or
- illegally buying, selling, trading, or redeeming \$500 or more in SNAP food benefits.



Report of Change



Name Clarissa Gonzalez	Case Number 1014132112	Advisor	Date 07/22/2023
---------------------------	---------------------------	---------	--------------------

Your household is responsible for reporting changes to this office within 10 days. You are required to report changes based on your reporting requirements listed on Page 1.

Give the date of each change and an explanation of the change. Attach proof of the change(s).

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

How long do you expect the change to last?

HHSC is providing four additional months of postpartum coverage for those whose pregnancy ends in a birth or involuntary miscarriage. (Per Section 32.024(l-1) of the Texas Human Resources Code.) Please answer the question below that is only used to determine if you are eligible for this coverage:

My pregnancy ended in a delivery or involuntary miscarriage.

- ☐ Yes
☐ No

X

Signature-Person Reporting Change

Date

Phone No. of Person Reporting Change

You can report changes one of the following ways:

- Go to: www.YourTexasBenefits.com
- Call toll-free: 2-1-1 or 877-541-7905.
After you pick a language, press 2.
- Fax this form to: 877-447-2839.
- Mail this form to:
Texas Health And Human Services Commission
PO Box 149024
Austin, TX 78714-9024

Signature - Representative
Receiving Report of Change

Date





Signing up to vote

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you are not registered to vote where you live now, would you like to register to vote here today? ☐ Yes ☐ No

IF YOU DO NOT CHECK EITHER BOX, YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED NOT TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME. If you would like help in filing out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private. If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Elections Division, Secretary of State, PO Box 12060, Austin, TX 78711. Phone: 1-800-252-8683.

With a few exceptions, you have the right to request and be informed about the information that the Texas Health and Human Services (HHSC) obtains about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask HHSC to correct information that is determined to be incorrect (Government Code, Sections 552.021, 552.023, 559.004). To find out about your information and your right to request correction, please contact your local eligibility determination office.

The information provided on this form will be subject to verification of federal, state and local offices. If any is found inaccurate, you may be denied food stamp benefits and/or subject to criminal prosecution for knowingly providing false information.

Anyone buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for food stamps will not be able to get food stamps for two years for the first offense and permanently for the second offense. Anyone who gives false information in order to receive food stamp benefits more than once in a month may be barred from the food stamp program for 10 years.

Agency Use Only: Voter Registration Status

☐ Already registered ☐ Client declined ☐ Agency transmitted ☐ Client to mail ☐ Mailed to client ☐ Other

Agency staff signature _____





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

Puede avisar sobre cambios en su caso por Internet en www.YourTexasBenefits.com.

☐ **1. Las familias que reciben beneficios de TANF tienen que avisar sobre cambios en:**

- Cambios de dirección.
- Cambios en las fuentes del ingreso ganado y del ingreso no derivado del trabajo de la unidad familiar.
- Cambios en la cantidad del ingreso no derivado del trabajo.
- Cambios en el número de personas en la unidad familiar.
- Un carro u otro vehículo con licencia que un miembro de la unidad familiar haya comprado o recibido como regalo.
- Cambios en el salario o tipo de empleo (de tiempo completo a tiempo parcial o viceversa, según como lo defina el empleador).
- Cambios en la cantidad total de sus recursos, como dinero en el banco o cuenta de ahorros, acciones, bonos o efectivo, si el total sobrepasa los \$1,000 para TANF.
- La terminación de un embarazo.
- Un recurso nuevo o un cambio en un recurso que podría usar para pagar los servicios médicos. Esto cubre obtener o cambiar cobertura de seguro médico, o recibir un pago después del arreglo de una reclamación del seguro o de un accidente.
- Cambios de dirección, de trabajo u otra información sobre el padre o madre ausente.

☒ **2. Cualquier persona que reciba beneficios de Medicaid o de CHIP tiene que avisar sobre cambios si:**

- Cambia su dirección.
- Ya no viven en Texas o planifican dejar Texas.
- Cualquier persona se mudó a la casa o fuera de la casa.
- Reciben más dinero.
- Reciben dinero de una persona o trabajo diferente.
- Cambia la cantidad de horas que trabaja.
- Si termina su embarazo Esto incluye cuándo y cómo ocurrió la terminación de su embarazo. No se necesita prueba cuando se informa sobre cambios en el embarazo.
- Tiene la oportunidad de obtener seguro médico.
- (Esto solo es necesario si la persona recibe beneficios de Medicaid y: (1) tiene 65 años de edad o es mayor, o (2) tiene una discapacidad). Compran, reciben un regalo, o venden cosas como: un auto, camioneta, bote, motocicleta, casa, propiedad, póliza de seguro, inversiones o cuentas de banco.
- (Esto solo es necesario si la persona recibe beneficios de Medicaid o de CHIP y: (1) tiene 64 años de edad o es menor, o (2) no tiene una discapacidad). Hay cambios en las personas que reclaman o que planifican reclamar como dependientes para sus impuestos en su próxima declaración de ingresos del IRS.

☐ **3. Todas las personas que reciben los beneficios de Healthy Texas Women deben reportar los cambios si:**

- Cambian su dirección.
- Ya no viven en Texas o planean mudarse fuera del estado.
- Quedan embarazadas.
- Tienen un seguro médico que cubre los servicios de planificación familiar o reciben ayuda para pagar la atención médica. Esto puede incluir un pago por el arreglo de una reclamación de algún seguro o accidente.
- Ya no quieren recibir esta clase de cobertura.





☐ **4. Las unidades familiares que participan en los Informes funcionales de los beneficios de comida del Programa SNAP deben informar sobre:**

- La cantidad de dinero que reciben todas las personas en su caso cada mes antes de quitar los impuestos si es \$ o más. En este momento, todas las personas en su caso reciben \$ cada mes antes de quitar los impuestos.
- Dirección.
- Costos de vivienda en una nueva dirección (renta, pago de hipoteca, impuestos y seguro de la propiedad, agua, desagüe, electricidad, gas, teléfono, otros). Avísenos en cuanto sepa que habrá cambios en estos costos. No espere a que le lleguen las cuentas para avisarnos.

- ☐ ABAWD (adulto de cuerpo flexible sin dependientes): las horas de trabajo o participación caen por debajo de un promedio de 20 horas por semana. Esto incluye todos los ingresos de empleo y autoempleo y las horas que cunetan para el requisito de trabajo.

☐ **5. Las unidades familiares que no participan en los Informes funcionales de los beneficios de comida del Programa SNAP tienen que informar sobre:**

- Cambios de dirección.
- Gastos de la casa (renta, pago de la casa (hipoteca), impuestos y seguro de la propiedad, agua, desagüe, electricidad, gas, teléfono, otro). Díganos lo más pronto posible si tiene cambios en este tipo de gastos. No espere a recibir sus cuentas nuevas para decírnos.
- Cambios en las fuentes del ingreso ganado y del ingreso no derivado del trabajo de la unidad familiar.
- Cambios en la obligación legal de pagar manutención de niños.
- Cambios en el número de personas en la unidad familiar.
- Un carro u otro vehículo con licencia que un miembro de la unidad familiar haya comprado o recibido como regalo.
- Cambios en el salario o tipo de empleo (de tiempo completo a tiempo parcial o viceversa, según como lo defina el empleador).
- Cualquier cantidad de ingresos no derivados del trabajo de más de \$50 al mes.
- Cambios en la cantidad total de sus recursos, como dinero en el banco o cuenta de ahorros, acciones, bonos o efectivo, si el total sobrepasa los \$5,000.

☐ **6. Las unidades familiares del Proyecto de Solicitud Combinada de SNAP (SNAP-CAP) deben reportar cambios en su dirección.**

Cuando avise sobre cambios en su caso, podría tener que darnos pruebas de ese cambio. Para darnos estas pruebas puede: (1) cargar sus documentos de prueba en www.YourTexasBenefits.com, o (2) darnos copias de los documentos de prueba cuando entregue la solicitud.

Otra persona puede avisar sobre cambios en su caso por usted. Puede pedir un recibo del aviso sobre cambios. Su consejero puede explicarle qué tipo de prueba del cambio se necesita.

Hacer el informe de estos cambios es una manera de asegurarse de que su unidad familiar reciba todos los beneficios a los que tiene derecho. Si no da alguna información o da información falsa sobre los cambios de los que tiene que informar, usted nos deberá el valor de los beneficios adicionales que haya recibido como resultado, y puede ser que también pierda algunas deducciones. Es posible que también quede excluido del programa de estampillas para comida por un año o permanentemente, y que le cobren una multa de \$250,000, lo encarcelen por 20 años, o las dos cosas. El miembro de la unidad familiar que haya sido declarado culpable en una corte de alguno de los siguientes delitos nunca podrá obtener de nuevo beneficios de comida del Programa SNAP:

- comprar o vender armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de los beneficios de comida del Programa SNAP, o
- comprar, vender, negociar o canjear \$500 ó más en beneficios de comida del Programa SNAP.





Nombre Clarissa Gonzalez	Núm. de Caso 1014132112	Consejero	Fecha 07/22/2023
-----------------------------	----------------------------	-----------	---------------------

Su unidad familiar tiene la responsabilidad de informar a esta oficina sobre cambios dentro de los 10 días después del cambio. Usted tiene la obligación de informar sobre cambios según los requisitos de informes enumerados en la primera página.

Dé la fecha de cada cambio y una explicación del cambio. Proporcione una prueba del cambio.

¿Cuánto tiempo espera que dure el cambio?

La HHSC proporcionará cuatro meses adicionales de cobertura posparto a aquellas personas cuyo embarazo haya terminado en un parto o en un aborto espontáneo involuntario. (De acuerdo con la sección 32.024(l-1) del Código de Recursos Humanos de Texas). Conteste la siguiente pregunta que solo se usará para determinar si llena los requisitos para recibir esta cobertura:

¿Terminó su embarazo en un parto o en un aborto espontáneo involuntario?

- ☐ Sí
☐ NO

X

Firma Persona que hace el informe

Fecha

Núm. de teléfono de la persona que hace el informe

Puede avisar sobre cambios en su caso
de una de las siguientes maneras:

- Vaya a: www.YourTexasBenefits.com.
- Llame gratis al: 2-1-1 o 877-541-7905.
Luego de escoger un idioma, oprima el 2.
- Envíe esta solicitud por fax al: 877-447-2839.
- Envíe la solicitud por correo a:
Texas Health And Human Services Commission
PO Box 149024
Austin, TX 78714-9024

Firma Representante que recibe el
Informe de cambio

Fecha





Inscripción para votar

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a inscribirse no afectará la cantidad de asistencia que este departamento le dará.

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud del registro para votar? ☐ Sí ☐ No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, ESO SIGNIFICARÍA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, le podemos ayudar. Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o negarse a inscribirse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en Elections Division, Secretary of State, PO Box 12060, Austin, TX 78711. Número de teléfono: 1-800-252-8683.

Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de saber qué información obtiene sobre usted la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) y de pedir dicha información. Si desea recibir y estudiar la información, tiene el derecho de solicitarla. También tiene el derecho de pedir que el HHSC corrija cualquier información incorrecta (Código Gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.004).

Para enterarse sobre su información y el derecho de pedir que la corrijan, por favor de ponerse en contacto con la oficina local de determinación de la elegibilidad.

La información dada en esta forma está sujeta a verificación por parte de funcionarios locales, estatales y federales. Si se encuentra información equivocada, puede ser que se le nieguen los beneficios de estampillas para comida y que quede sujeto a enjuiciamiento penal por dar información incorrecta a sabiendas.

Cualquier persona que venda o compre sustancias controladas (drogas ilícitas o ciertas drogas para las cuales se necesita una receta médica) a cambio de estampillas para comida no podrá recibir estampillas para comida por dos años por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción. Cualquier persona que dé información falsa para recibir beneficios de estampillas para comida más de una vez al mes, puede ser excluido del programa de estampillas para comida por 10 años.

Agency Use Only: (Solo para uso de la agencia) Voter Registration Status

☐ Already registered ☐ Client declined ☐ Agency transmitted ☐ Client to mail ☐ Mailed to client ☐ Other

Agency staff signature _____

