



Date/Fecha

Advisor Name/Nombre del Consejero

Office Address and Telephone No./Dirección y teléfono de la oficina

**Subject: Self-Declaration Notice**

If you fill out and return this form, you may be able to renew your child's Medicaid through the mail. If you do not send it in, you may have to come to an eligibility determination office to renew your child's Medicaid.

**Texas Health Steps**

If this section is marked, our records show that \_\_\_\_\_ is not up to date in receiving his/her medical check up. Please let us know which of the following applies to this child:

- The child had the check up.
- The child is scheduled for the check up.
- There is a good reason for not having the check up. That reason is:

\_\_\_\_\_

- The child did not have the check up and has no plans to have it.

**Health Care Orientation for you, the parent or guardian.**

If this section is marked, our records do not show that you had a required Health Care Orientation or Introduction to Health Care. If you took *your child* to a doctor or clinic after he/she enrolled in Medicaid or have an appointment to do so, we will give *you* credit for the Health Care Orientation.

Please let us know which applies to you or your child.

- I received the Introduction to Health Care (Health Care Orientation).
- or**
- I am scheduled for the Introduction to Health Care (Health Care Orientation).
- I took my child to a doctor or clinic visit.
- or**
- My child is scheduled for a doctor or clinic visit.
- There is a good reason for not having the orientation.  
That reason is

\_\_\_\_\_

- I didn't have the orientation and my child has not been to a doctor or clinic.

With a few exceptions, you have the right to request and be informed about the information that the Texas Health and Human Services Commission (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.

Date/Fecha

Advisor Name/Nombre del Consejero

Office Address and Telephone No./Dirección y teléfono de la oficina

**Asunto: Aviso de autodeclaración**

Si llena y devuelve esta forma, es posible que pueda renovar el Medicaid de su hijo por correo. Si no manda la forma, es posible que tenga que ir a una oficina de determinación de elegibilidad para renovar el Medicaid de su hijo.

**Pasos Sanos de Texas**

Si se marcó esta sección, nuestros archivos indican que \_\_\_\_\_ no está al día con los chequeos médicos que debe hacerse. Por favor, díganos cuál de las siguientes declaraciones es pertinente a la situación del niño:

- El niño ya fue al chequeo.
- El niño tiene una cita programada para ir al chequeo.
- Hay una buena razón por la cual el niño no ha ido al chequeo. La razón es la siguiente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- El niño no fue al chequeo y no tiene planes de ir.

**Orientación a la Atención Médica para usted, el padre o tutor.**

Si se marcó esta sección, nuestros archivos no indican que usted haya recibido la Orientación o la Introducción a la Atención Médica que se exige. Si llevó a *su hijo* al doctor o a una clínica después de que lo inscribió en Medicaid o si tiene una cita para llevarlo, haremos de cuenta que *usted* recibió la Orientación a la Atención Médica.

Por favor, díganos cuál de las siguientes declaraciones es pertinente a su situación o a la de su hijo.

- Recibí la Introducción a la Atención Médica (Orientación a la Atención Médica);
- Tengo una cita programada para recibir la Introducción a la Atención Médica (Orientación a la Atención Médica).
- Llevé a mi hijo al doctor o a una consulta en la clínica;
- Mi hijo tiene programada una cita con el doctor o en la clínica.
- Hay una buena razón por la cual no he recibido la orientación. La razón es la siguiente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- No he recibido la orientación y mi hijo no ha ido al doctor ni a la clínica.

Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de saber qué información obtiene sobre usted la Comisión de Salud y Servicios Humanos (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 la HHSC corrija cualquier información incorrecta, (Código Gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.004). Para enterarse sobre la información y el derecho de pedir que la corrijan, favor de ponerse en contacto con la oficina local de determinación de elegibilidad.