

**AACOG Bexar Mental Retardation Authority**

<b>For Office Use Only</b>
FY _____
Local ID _____
CARE ID _____

**Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia**  
*(In-Home and Family Support)*

**INFORMACIÓN BÁSICA**

**Sección 1.**

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_ Hombre: \_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_

(Persona con la discapacidad)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: Texas Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_ Retraso Mental \_\_\_\_ PDD o Autismo \_\_\_\_ Retraso en el Desarrollo en Menores de 4 años

Fecha de la Evaluación \_\_\_\_\_

Teléfono del Beneficiario: \_\_\_\_\_ Teléfono de otra persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Persona que llena esta solicitud: \_\_\_\_\_

Relación con la persona que tiene la discapacidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número total de personas que viven en la Casa: \_\_\_\_ Edad de la cuidadora principal: \_\_\_\_

Idioma Principal: \_\_\_\_\_

**SI NO SE ENTREGA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, ESTA SOLICITUD NO SERÁ PROCESADA OPORTUNAMENTE Y PODRÍA RETRASAR LOS SERVICIOS.**

**Sección 2. COMPROBANTE DE DOMICILIO, DIAGNÓSTICO E INGRESOS**

**Comprobante de domicilio:** Traer una copia de un documento que tenga su dirección actual: puede ser una copia del último recibo de la luz, contrato de renta, una carta del dueño de la casa, la carta de beneficios del Seguro Social y debe ir dirigida al beneficiario y no a otra persona, a menos que esta persona sea el padre de un menor que recibe los beneficios. También puede ser la licencia de manejo, pero la dirección en la licencia debe ser la misma dirección que aparece en esta solicitud.

**Comprobante de la Discapacidad:** ¿Está usted recibiendo coordinación de servicios del Fondo General (*General Revenue*) de AACOG Bexar MRA? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Si es sí, usted puede solicitar la documentación que confirma la discapacidad a su coordinadora de servicios.

¿Quién es su coordinadora de servicios? \_\_\_\_\_

Si usted NO ES cliente de AACOG Bexar MRA, favor de incluir la documentación que confirme la discapacidad. Si todavía asiste a la escuela, se acepta la Evaluación Completa e Individual de la escuela u otras evaluaciones indicando un diagnóstico de retraso mental y el nivel de funcionamiento.

**Comprobante de Ingresos:** Anexar una copia de los comprobantes de ingresos. Revise la página de factores financieros para informarse sobre lo que necesita traer a su entrevista.

¿Cuánto es su Ingreso Bruto Ajustado? (*Adjusted Gross Income*) \_\_\_\_\_

Pago mensual de SSI o SSDI: \_\_\_\_\_ NUMERO DE MEDICAID \_\_\_\_\_

Pagos del Trust Fund (*Trust Fund Disbursement*): \_\_\_\_\_

(Origen de los Fondos/ Cantidad mensual) \_\_\_\_\_

Otros Ingresos (Origen de los Fondos/ Cantidad mensual): \_\_\_\_\_

#### FACTOR FINANCIERO (40 TAC §1.407(a)(3))

El ingreso se usa para determinar si se requiere que el solicitante haga un copago (basado en el criterio de ingreso promedio que publica DADS cada año). El ingreso es el ingreso bruto ajustado o utilidades netas de:

- La persona que tiene 18 años o más y de su cónyuge, si lo hay;
- Los padres biológicos o adoptivos de la persona que es menor de 18 años.

No se considera el ingreso de ninguna otra persona, incluyendo el ingreso de:

- El tutor o guardián de la persona, si lo hay
- Los compañeros de vivienda de la persona adulta
- Los padres u otros familiares de la persona adulta
- La persona que es menor de 18 años (incluyendo manutención (*child support*), y beneficios del Seguro Social
- Los hermanos, otros miembros de la familia extendida, padrastros, o padres temporales (*foster parents*) de la persona que es menor de 18 años de edad.

Los comprobantes de ingresos que deben presentar son:

1. Sueldos y salarios: declaraciones de impuestos o copias de cheque para verificar los ingresos. La documentación debe ser la más reciente que sea posible. Las copias de cheques deben ser de los últimos tres meses. NO se aceptan comprobantes de pagos de más de 12 meses. La declaración de impuestos debe ser la más reciente o una copia de la solicitud para una extensión (debe mencionar el ingreso estimado) para presentar la última declaración. Para las personas que trabajan por su cuenta (*self-employed*), presentar una declaración de impuestos o la solicitud de extensión que demuestre el ingreso.

2. Beneficios del Seguro Social: las cartas de beneficios se envían a las personas que reciben estos beneficios una vez por año e indican que tipo de beneficios del Seguro Social que la persona va a recibir y la cantidad que dicha persona recibirá mensualmente. Los estados de cuenta bancarios también deberán mostrar los depósitos directos de este ingreso si la persona usa este método para recibir los pagos del Seguro Social.

3. Otros ingresos mensuales: tales como pagos de un fideicomiso (*trust fund*) o pagos de jubilación del ferrocarril. Usualmente, los fideicomisos (*trust funds*) especifican lo que el fideicomiso pagará y lo que no pagará. Hable con el administrador del fideicomiso para investigar qué es lo que sí cubre.

Nota: Los documentos de evaluación financiera de la agencia administradora, por si solos, no son suficientes para cumplir con los requisitos de documentación financiera para IHFS.

Nota: Un solicitante que está atrasado en pagos por manutención (*child support*) no es elegible, a menos que el solicitante ya tenga un arreglo y un plan de pagos para la manutención atrasada. Esto se basa en lo que cada persona reporta, pero se podrá solicitar información adicional.

Cero ingresos: El solicitante puede presentar un documento indicando que no tiene ningún ingreso. El documento debe ser firmado por el solicitante y un testigo.

# Bexar MRA Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia

## Lista de Programas o Financiamientos Alternos

A continuación aparece una lista de programas o financiamientos alternos que proporcionan los servicios que usted solicita. De acuerdo con el Código TAC del Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia, las familias deben buscar los programas o financiamientos alternos antes de solicitar la ayuda de IHFS. Si una persona es elegible para recibir servicios a través de otra agencia, entonces esa persona debe presentar pruebas de que ya se solicitaron los servicios y le fueron negados o que fue colocada en la lista de espera (lista de interés) de dicha agencia. Si se le negaron servicios, favor de proporcionar una copia de la carta de negación de servicios; si se le puso en la lista de espera favor de contestar el formulario siguiente:

1)

**Programa para Niños Médicamente Dependientes (*Medically Dependent Children Program, MDCP*)**. Este programa ofrece servicios en la casa y basados en la comunidad a niños médicamente dependientes y a adultos jóvenes (menores de 21 años), como una alternativa a ingresar a una casa de asistencia a largo plazo (*nursing home*). El programa MDCP fue creado para dar ayuda de relevo (*respite*), servicios complementarios de apoyo, ayudas para la adaptación al medio ambiente y modificaciones menores a la casa para apoyar a las familias que cuidan a sus hijos menores y adultos jóvenes que tienen discapacidades. Hay una lista de espera (lista de interés) para recibir beneficios de MDCP que cubre todo el estado. Estos servicios se proporcionan a un número limitado de personas elegibles y se atienden en el orden en que se recibe la solicitud. Para obtener mayor información, favor de llamar al 1(877) 438-5658.

**Persona de Contacto:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la llamada:** \_\_\_\_\_

**Resultado de la llamada:** \_\_\_\_\_

2)

**Programa de Vivienda en la Comunidad y Servicios de Apoyo (*Community Living Assistance and Support Services Program, CLASS*)**. Este programa proporciona servicios en la casa y basados en la comunidad tanto a niños como adultos con una condición relacionada, que es una discapacidad diferente al retraso mental que se presentó antes de los 22 años de edad y que afecta su capacidad de funcionar normalmente en la vida diaria. Estos servicios incluyen *respite* (descanso o relevo para la cuidadora), servicios de enfermera, ayudas para la adaptación al medio ambiente, materiales médicos, modificaciones menores a la casa, coordinación de casos (*case management*) y otros servicios relacionados; ofrece una alternativa económica a un programa ICF/MR. El programa CLASS se ofrece solo en ciertas áreas geográficas del estado. Para obtener mayor información, favor de llamar al 1(877) 438-5658.

**Persona de Contacto:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la llamada:** \_\_\_\_\_

**Resultado de la llamada:** \_\_\_\_\_

3)

**Programa de Alternativas Basadas en la Comunidad (*Community-Based Alternatives Program, CBA*)** este programa ofrece servicios en la casa y basados en la comunidad para los ancianos y adultos discapacitados (21 años de edad o mayores) como una alternativa económica a la atención institucional en una casa de cuidados a largo plazo (*nursing home*). Estos servicios incluyen *respite*, servicios de enfermera, equipos y materiales de adaptación, materiales médicos, modificaciones menores a la casa, comidas entregadas en la casa, programa de hogar temporal (*Foster Care*) para adultos, servicios de ayuda en la casa, servicios de respuesta de emergencia, medicamentos que requieren receta, coordinación de casos y otros servicios relacionados. Para obtener mayor información, llamar a la oficina local de DADS y CCAD al 1(877) 438-5658.

**Persona de Contacto:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la llamada:** \_\_\_\_\_

**Resultado de la llamada:** \_\_\_\_\_

4)

**Programa para Personas Sordas y Ciegas y con Discapacidades Múltiples (*Deaf-Blind Multiple Disabilities Program*).** Este programa atiende a adultos de 18 años de edad o mayores que están ciegos y sordos y que tienen otra discapacidad que resultó en una necesidad demostrada de recibir servicios de cuidados (habilitación) diarios. Este programa se ofrece en todo el estado como una favorable alternativa económica a una colocación institucional en ICF/MR. Los servicios incluyen equipos y materiales de adaptación, materiales médicos, vivienda asistida (en residencias que atienden a un máximo de 6 personas), servicios de comunicación y control de comportamiento, coordinación de casos, habilitación, modificaciones menores a la casa, *respite*, servicios de enfermería, medicamentos de receta médica, y otras terapias relacionadas. Para solicitar estos servicios, llamar al 1(877) 438-5658 y pida que le comuniquen al programa *waiver* DB-MD.

**Persona de Contacto:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la llamada:** \_\_\_\_\_

**Resultado de la llamada:** \_\_\_\_\_

5)

**Departamento de Servicios de Ayuda y Rehabilitación (*Department of Assistive and Rehabilitative Services, DARS*).** DARS ayuda a las personas a prepararse para conseguir y conservar un empleo. Este programa es para las personas que tienen una discapacidad física o mental que resulte en un impedimento importante para conseguir empleo. Los servicios de rehabilitación vocacional incluyen un empleo subsidiado (*supported employment*), servicios extendidos de rehabilitación y servicios de planeación de la transición. Para obtener mayor información, favor de llamar al 1(800-628-5115 o visitar la página <http://www.dars.state.tx.us/>)

DARS también proporciona apoyo a las familias con niños que tienen discapacidades o retrasos en su desarrollo, desde su nacimiento hasta los 3 años de edad, a través de Servicios de Intervención Temprana (*Early Childhood Intervention Services, ECI*). Para obtener mayor información, favor de llamar al 1(800) 250-2246 o visitar la página <http://www.dars.state.tx.us>

**Persona de Contacto:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la llamada:** \_\_\_\_\_

**Resultado de la llamada:** \_\_\_\_\_

6)

**Programa de Servicios en la Casa y Basados en la Comunidad (*Home and Community-based Services Program, HCS*).** El programa HCS proporciona servicios a las personas que tienen retraso mental y que viven con su familia en su propia casa, en una casa temporal donde hay alguien que los cuide (*foster/companion care setting*), o en una residencia donde no hay más de cuatro personas que también reciben estos servicios. El programa HCS proporciona servicios para satisfacer las necesidades de la persona de manera que se pueda desenvolverse en la comunidad y tener oportunidades de participar como ciudadano tanto como le sea posible. Los servicios consisten en coordinación de casos, ayudas de adaptación, modificaciones menores a la casa, consejería y terapias. Además, servicios dentales, enfermería, ayuda en la casa, *respite*, cuidados, (habilitación) durante el día y empleo subsidiado. En el programa HCS, las personas pagan su dormitorio y comidas, ya sea con su cheque de SSI o con fondos personales. Hay un límite para el costo anual de servicios proporcionados a través del programa HCS. Para ser incluido en la lista de espera de HCS del Fondo General (*General Revenue*), llame al 210-832-5020 y solicite hablar con un empleado de admisiones (*Intake Worker*).

**Persona de Contacto:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la llamada:** \_\_\_\_\_

**Resultado de la llamada:** \_\_\_\_\_

Anote todas las agencias donde solicitó servicios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha / Nombre y firma de la persona / familiar (nombre en letra de molde)

**Sección 3.  
Solicitud de Servicios**

¿Qué ayuda solicita? \_\_\_\_\_

¿Por qué necesita esta ayuda? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo ayudará a la situación actual del cliente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Si se autoriza su solicitud, qué resultado o meta espera lograr? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuánto calcula usted que costará dicho servicio? \_\_\_\_\_

Horas por mes: \_\_\_\_\_ Costo por hora \_\_\_\_\_

¿A nombre de quién se hará el cheque? \_\_\_\_\_

**Lista de las organizaciones a las que ya solicitó ayuda para esta necesidad. Anote el nombre de la agencia, persona con la que habló, fecha, y resultado de la llamada.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IHFS NO PROPORCIONA LAS PERSONAS QUE DARÁN LOS SERVICIOS SOLICITADOS. Es responsabilidad de la familia encontrar a la persona que dará el servicio (cuidadora). Se requiere la siguiente información al momento de presentar su solicitud. Si no se incluye la información, el servicio puede demorarse.**

**Información de la persona que proporcionará el servicio –Cuidadora– (*Provider*):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Anexar una copia de la licencia de manejar de la cuidadora.

Calificaciones de la Cuidadora (¿Por qué cree usted que esta persona está calificada para proporcionar los servicios mencionados arriba?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sección 3.  
Solicitud de Servicios**

¿Qué ayuda solicita? \_\_\_\_\_

¿Por qué necesita esta ayuda? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo ayudará a la situación actual del cliente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Si se autoriza su solicitud, qué resultado o meta espera lograr? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuánto calcula usted que costará dicho servicio? \_\_\_\_\_

Horas por mes: \_\_\_\_\_ Costo por hora \_\_\_\_\_

¿A nombre de quién se hará el cheque? \_\_\_\_\_

Lista de las organizaciones a las que ya solicitó ayuda para esta necesidad. Anote el nombre de la agencia, persona con la que habló, fecha, y resultado de la llamada.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IHFS NO PROPORCIONA LAS PERSONAS QUE DARÁN LOS SERVICIOS SOLICITADOS. Es responsabilidad de las familias encontrar a la persona que dará el servicio (cuidadora). Se requiere la siguiente información al momento de presentar su solicitud. Si no se incluye la información, el servicio puede demorarse.**

**Información de la persona que proporcionará el servicio –Cuidadora– (*Provider*):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Anexar una copia de la licencia de manejar de la cuidadora.

Calificaciones de la Cuidadora (¿Por qué cree usted que esta persona está calificada para proporcionar los servicios mencionados arriba?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Sección 4.

El Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia es un **programa de último recurso**. Por lo tanto, se deben investigar todas las otras posibilidades de recursos antes de solicitar los fondos de IHFS. Todos los bienes y servicios que estén a su disposición a través de una agencia o recurso alternativo no serán financiados por IHFS.

Favor de marcar todos los programas de los que **está recibiendo fondos o servicios actualmente**.

Medicare  Medicaid  Medicaid / Star + Plus  Seguro Médico Privado  QMB  
solamente  CAS  Chip  MDCP  CLASS  CBA  HCS  CWP  
 FC (Cuidados de la Familia)

Otro: \_\_\_\_\_

Favor de marcar todos los programas en los que **está en lista de espera para recibir servicios**.

Medicare  Medicaid  Medicaid / Star + Plus  Seguro Médico Privado  QMB  
solamente  CAS  Chip  MDCP  CLASS  CBA  HCS  CWP  
 FC (Cuidados de la Familia)

Otro: \_\_\_\_\_

#### Sección 5.

¿Vive en una casa de *Board and Care* o de *Personal Care Facility*?  Sí  No

¿Vive en una casa de retiro (*nursing home*)?  Sí  No

¿Vive en algún otro tipo de residencia diseñada para proporcionarle atención y/o tratamiento las 24 horas?  Sí  No

¿Vive en una residencia de tipo transición o vivienda con ayuda?  Sí  No. Si es sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Participa actualmente o alguna vez ha participado en el Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia, IHFS que es administrado por DADS (El Departamento de Servicios Humanos de Texas) exclusivamente para personas con discapacidades físicas?  Sí  No.

#### Sección 6.

**Por favor recuerde que debe entregar lo siguiente junto con su solicitud** (si es aplicable):

1. **Cartas** de médicos o terapeutas indicando la necesidad de lo siguiente:

- Equipo especial
- Terapia física – Terapia ocupacional (PT/OT)
- Terapia del habla
- Juguetes que ayudan al desarrollo
- Servicios dentales
- Medicamentos psicotrópicos

2. **Cotizaciones**

- Cotizaciones verbales para trabajos desde \$ 250 hasta \$599 dólares. Se requieren tres cotizaciones verbales para un gasto o modificación arquitectónica.
- Tres cotizaciones por escrito para cualquier gasto o modificación arquitectónica que cueste más de \$599 dólares.

**Favor de tener en cuenta: cualquier equipo o modificación arquitectónica que cueste más de \$ 600 dólares se pagará con un subsidio (*grant*) que se llama "En Una Sola Ocasión" y en el futuro el beneficiario no será elegible para otras modificaciones o equipo de más de \$600.**

## Sección 7.

**\*\*\*\*FAVOR DE LEER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE, ES IMPORTANTE\*\*\*\***

- Los fondos del Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia están basados en su disponibilidad. Si no hay fondos suficientes, los solicitantes serán colocados en una lista de espera (lista de interés).
- Si hay cambios en los factores que lo hacen elegible durante el año fiscal (ingresos, domicilio, diagnóstico, etc.) usted debe notificar al programa IHS de inmediato. Si no lo hace puede resultar que su solicitud de servicios sea negada o los servicios sean suspendidos.
- Si usted cree que se le negó algo a lo que tiene derecho, puede llamar al Encargado de Derechos (*Rights Officer*) al 210-832-5062.
- Es un delito mayor hacer declaraciones falsas intencionalmente, o hacer alguna representación errónea para solicitar o aceptar apoyos que usted sabe que no es elegible.**
- Cualquier solicitud que sea negada por el Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia puede ser apelada (se adjunta una copia del procedimiento para apelar).

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud y en los documentos entregados es verdadera y correcta hasta donde yo sé. Además, comprendo que por entregar esta solicitud no me garantiza que voy a recibir fondos de IHFS y que los fondos solicitados no serán aprobados hasta que mi solicitud haya sido revisada y se haya elaborado y firmado un plan escrito.

---

Beneficiario/Miembro de la Familia

Firma / Fecha

### Enviar la solicitud llena a Bexar MRA

**Programa IHFS  
8700 Tesoro Dr. Suite 700  
San Antonio, TX 78217**

- **Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, favor de llamar al (210) 832-5020 y solicitar un Coordinador de Casos (*Case Worker*) del Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia**

### Excepciones del Programa IHFS - *In Home and Family Support Provider Waiver*

Aunque la autoridad Bexar MRA de AACOG y el programa IHFS pueden proporcionar cierta ayuda financiera para que usted le pague a una prestadora de servicios o cuidadora (*provider*), la familia necesita estar atenta a que el *Internal Revenue Service, IRS* y la Comisión del Trabajo del estado (*Texas Workforce Commission, TWC*) tienen lineamientos específicos sobre la contratación, reporte de ingresos y seguro de desempleo, seguro contra accidentes en el trabajo (compensaciones al trabajador) e impuestos.

Los pagos que hace Bexar MRA, parte de AACOG, por los servicios prestados a través del programa IHFS pueden incluir pero no están limitados a los siguientes:

- Servicio de *Respite* (descanso o relevo a la cuidadora principal)
- Supervisión a personas de 13 años y más
- Educación para adultos
- Entrenamiento para vivir independientemente
- Servicios de Asistente Personal (*Provider*)
- Servicios de ama de casa (*Homemaker Services*)

Como usted sabe, contratar a alguien para que le proporcione servicios establece una relación de patrón-empleado. Hay ciertos impuestos federales y estatales que se aplican a dicha contratación. Como patrón (empleador), usted debe estar enterado de cierta información que incluye, pero no está

limitada al impuesto *FICA* (Seguro Social y Medicare), retención de impuestos sobre productos de trabajo federal, la presentación de reportes al IRS como la forma 1099, *FUTA* (Impuesto Federal por el Desempleo) y *Workers Compensation*, etc. Usted deberá llamar a los siguientes números telefónicos para recibir ayuda para cumplir con estos requisitos:

Número del IRS: 800-829-1040

Número de TDD del IRS: 800-829-4059

Número para solicitar publicaciones: 800-829-3676

Número de Texas Workforce Commission: 800-832-9243

AACOG y/o Bexar MRA no es responsable de investigar los antecedentes de la prestadora de servicios (*provider*), la conducta de la cuidadora, lesiones a miembros de la familia o de lesiones a la cuidadora contratada por mí. Además, me queda claro que la cuidadora que yo seleccione no es empleada de AACOG y/o Bexar MRA.

También comprendo que al firmar abajo yo tomo la responsabilidad total en estos asuntos y libero a AACOG y/o Bexar MRA de cualquier obligación relacionada con impuestos federales y con el impuesto del desempleo (*Federal Income Tax* y *Unemployment Tax*).

---

Persona que recibe los servicios/Padre o tutor del Solicitante

Fecha

## **Página 10**

### **Infórmese de sus Responsabilidades como Patrón o Empleador**

Si usted contrata a alguien para que le preste un servicio en su casa, incluyendo pero no limitado a servicio de atención personal o servicio de relevo (*respite*), se considera que usted es el patrón o empleador de esa persona. Así es, aún si le paga a la persona con el dinero que recibe del Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia (In-Home and Family Support, IHFS) del Departamento de Salud Mental y Retraso Mental de Texas (TDMHMR), o con dinero de otras fuentes. Como empleador, usted tendrá ciertas obligaciones y responsabilidades especificadas por la ley. Éstas son, entre otras, pagar los impuestos federales y estatales sobre la nómina y presentar la documentación necesaria ante las autoridades correspondientes. Usted tiene la responsabilidad de saber cuáles son sus obligaciones legales como patrón o empleador y cumplirlas como lo exige la ley. Nosotros no le podemos orientar sobre estos temas. Estas leyes y normas son administradas por agencias federales y otras autoridades estatales, no por esta agencia. Si desea recibir información actualizada sobre sus responsabilidades como empleador, por favor llame a las agencias que aparecen a continuación, usando los números de teléfono de las páginas azules de su directorio telefónico local. Si tiene acceso a Internet, también puede visitar los sitios de estas agencias para obtener información general.

Departamento de Impuestos – *Internal Revenue Service*                      <http://www.irs.treas.gov>

Departamento del Trabajo – *Department of Labor*                                      <http://www.dol.gov>

Comisión de los Trabajadores de Texas –  
*Texas Workforce Commission*    <http://www.twc.state.tx.us>

## **Página 11**

### **Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia**

### **Proceso de Apelación y Revisión**

#### **Apelación**

Si usted no está de acuerdo con la determinación tomada por la agencia administradora del Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia de TDMHMR, puede solicitar una apelación de acuerdo con los procedimientos establecidos por la agencia administradora.

(1) La apelación será revisada por alguien que no participó en la determinación con la cual usted no está de acuerdo.

(2) La agencia administradora comenzará por estudiar la apelación dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que recibe su solicitud y la apelación debe terminarse dentro de los 10 días hábiles después de su inicio, a menos que se conceda una extensión por el director general de la agencia administradora.

(3) La persona que revisa la apelación le dará la oportunidad de que usted exprese su inconformidad en persona o por teléfono.

(A) Permitir que su representante hable con la persona que está revisando su apelación

(B) Presentar su inconformidad por escrito, en grabación o de alguna otra manera.

(4) La apelación deberá incluir una revisión de:

(A) La decisión con la cual usted no está de acuerdo y las reglas y políticas que gobiernan el Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia de TDMHMR (por ejemplo: Texas Administrative Code, Title 40, Chapter 1, Subchapter I, y el Manual del Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia).

(B) La información, datos y documentación que usted presenta como base de su desacuerdo.

(5) La persona que revisa la apelación tomará una decisión que puede confirmar, modificar u oponerse a la determinación original.

(6) La decisión de la apelación y las razones para tal decisión le serán explicadas en persona o por teléfono, si usted lo solicita. También se le enviará una notificación por escrito con:

(A) La decisión de la apelación y las razones para tal decisión.

(B) Una carta que indique que usted tiene el derecho de pedir que el departamento de servicios legales de la oficina central de DADS revise nuevamente la decisión de su apelación, si usted no queda satisfecho con la decisión de la apelación.

(C) Una carta que indique que su solicitud de revisión debe ser presentada ante HHSC División de Apelaciones, P.O. Box 149030, MC W-613, Austin, TX, 78714-9030, y debe incluir:

(i) su nombre, dirección y teléfono, incluyendo el código de área;

(ii) el nombre de la agencia administradora;

(iii) una copia de la decisión de la apelación y una explicación de por qué usted no está de acuerdo con la decisión de la apelación;

(D) un documento que indique que la apelación debe ser recibida por el director de servicios legales dentro de los siguientes diez días hábiles después de que usted recibió la decisión de su apelación por escrito.

## **Resumen**

Si usted solicita una revisión de la decisión de su apelación de acuerdo con los procedimientos establecidos en la notificación escrita, entonces se realizará una revisión como se describe más adelante.

(1) Usted puede escoger que la revisión sea mediante:

(A) Conferencia telefónica con usted y un representante de la agencia administradora donde se dará testimonio verbal y se presentará documentación.

(B) En la oficina entre usted y el representante de la agencia administradora en la que se presenta la documentación.

(2) La revisión se deberá iniciar no antes de 10 días hábiles después de recibir la solicitud de revisión y se deberá terminar no después de 30 días hábiles después de recibir la solicitud, a menos que se conceda una extensión por el director de servicios legales.

(3) La revisión debe incluir un estudio de:

(A) La decisión de la apelación.

(B) Todo el testimonio o declaraciones verbales que se realizaron por conferencia telefónica.

(C) Toda la documentación presentada por usted y por la agencia administradora.

(D) Las reglas y políticas que gobiernan el Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia de TDMHMR (por ejemplo: Texas Administrative Code, Title 40, Chapter 1, Subchapter I, y el Manual del Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia).

(4) La persona que hace la revisión puede consultar con el personal de DADS, quien a su vez va a coordinarse con el personal de TDMHMR del Programa de Apoyo en la Casa y a la Familia y con el personal responsable de las políticas contenidas en los reglamentos que gobiernan el programa.

(5) La persona que hace la revisión tomará una decisión final que puede confirmar, modificar u oponerse a la decisión de la apelación.

(6) Dentro de los siguientes cinco días hábiles después de la revisión, la persona que hizo la revisión enviará una notificación por escrito sobre la decisión final a usted y a la agencia administradora.

(7) La agencia administradora deberá actuar en forma consistente con la decisión final.