



For Office Use Only
FY _____
Local ID _____
CARE ID _____

Bexar Autoridad Mental Del Atraso

Apoyo de En Casa y Familia
INFORMACION DE IDENTIFICACION

Sección 1.

Nombre de recipiente (La persona con la Incapacidad): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Texas _____ Código postal: _____ Condado: _____

Número del seguro social de recipiente: _____ Fecha del nacimiento: _____

Diagnóstico: Atraso Mental Bajo de 4 años Desarrollo Demora PDD or Autismo

La fecha de la Evaluación _____

Número de teléfono de recipiente #: _____ Mejor número de contacto: _____

Persona Completando Aplicación : _____

La relación al individuo con la incapacidad: _____ Número de teléfono: _____

El Número total que vive en la casa: _____ La edad de cuidador principal: _____ Idioma primario _____

****SI LA INFORMACION SIGUIENTE NO ES INCLUIDA CON LA SUMISION DE LA APLICACION NO SERA PROCESADO EN UNA MANERA OPORTUNA Y PODRIA DEMORAR LOS SERVICIOS. (LA RESIDENCIA, EL DIAGNOSTICO, LOS INGRESOS, Y EL NECESIDAD)**

Sección 2. La PRUEBA DE la RESIDENCIA, el DIAGNOSTICO, y los INGRESOS

Prueba de la Residencia: Conecte una copia de un documento con su dirección actual: (Esto puede ser una copia de una cuenta actual de la utilidad, el acuerdo de la renta, la declaración de propietario, carta de beneficio de Seguridad social debe ser dirigida al solicitante y no un beneficiario a menos que el beneficiario sea el padre de un niño secundario, el permiso de conducir- en el permiso de conducir debe emparejar la dirección en la aplicación.)

Prueba de Diagnostico: ¿Recibe actualmente usted los servicios de AACOG Bexar MRA? ___ Sí ___ No Si sí, puedes preguntar a su Coordinador del Servicio para una copia del diagnostico. ¿De cuál de la unidad recibe usted servicios? _____. ¿Quién es su Coordinador del Servicio? _____

Si usted no es un cliente de AACOG Bexar MRA, incluye por favor la documentación que confirma su incapacidad. (Si todavía en escuela, la evaluación individual completa de la escuela u otra información de la evaluación que indican un diagnóstico mental del atraso y el nivel de funcionar es aceptables.)

Prueba de Ingresos: Conecta una copia de la prueba de ingresos. Revise la página Financiera del Factor para una referencia de lo que es necesitada.

¿Qué es sus ingresos antes de impuestos?: _____

SSI o SSDI mensual: _____

Desembolso de Fondos Confíe: _____
(Fuente/ Cantidad mensual)

Otros ingresos: _____
(Fuente/ Cantidad mensual)

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

Los ingresos son utilizados para determinar si un solicitante es requerido a pagar un copay (basado en criterios de ingresos de mediana y proporcionado anual por DADS). Los ingresos son basados antes de impuestos para:

- la persona que es la edad 18 años o más viejo y el esposo de persona, si cualquiera; o
- los padres biológicos o adoptivos de una persona que está bajo de 18 años.

Los ingresos de cualquiera más no son considerados, inclusive los ingresos de:

- el guardián de la persona, si cualquiera;
- los compañeros de apartamento adultos de la persona;
- los padres adultos de la persona u otros miembros de la familia;
- la persona que es más joven que 18 años de la edad (inclusive apoyo de niño recibió y los beneficios de la Seguridad social); o
- Los hermanos, miembros de clan familiar, el paso cría, o fomenta a padres de la persona que es más joven que 18 años de la edad.

La documentación apropiada de ingresos incluye lo siguiente:

1. El salario y emprende: los talonarios de declaraciones de impuestos o paga pueden ser utilizados para verificar este tipo de ingresos. La documentación debe ser el último disponible. El talonario de la paga debe estar dentro del período previo de tres-mes. No acepte talonarios de paga que son más que un año viejo. Las declaraciones de impuestos deben ser las mas corrientes o una copia del pedido actual para una extensión (con ingresos estimados) para archivar el último regreso. Para personas que trabaja por cuenta propia, un pedido de la declaraciones de renta o la extensión debe mostrar sus ingresos.
2. La Seguridad social beneficia: las cartas del premio del beneficio son mandadas a individuos que reciben estos beneficios una vez un año que indica qué tipo de los beneficios de la Seguridad social que el individuo recibe y la cantidad que ellos recibirán mensualmente. Los estados del banco mostrarán también los depósitos directos de estos ingresos si el individuo utiliza esta forma de pago de la Seguridad social.
3. Otros ingresos mensuales podrían incluir los pagos de fideicomisos o pagos ferroviarios de jubilación que un individuo puede recibir. Los fideicomisos especifican generalmente lo que la confianza hace y no pagará por. Verifique con el director de fideicomisos cuanto lo que es cubierto.

Nota: Documentos financieros de evaluación de una agencia administrar sólo no es suficiente para la documentación financiera para IHFS.

Nota: Un solicitante que es atrasado en pagos de apoyo de niño no es elegible a menos que el solicitante tenga un acuerdo y el plan actual del pago en el apoyo de niño atrasado. Esto es basado en auto-informes pero la documentación adicional puede ser solicitada

Ningunos Ingresos: *Un solicitante que no tiene ningún ingresos puede proporcionar un documento que indica tan. El documento debe ser firmado por el solicitante y un testigo.*

Bexar MRA Apoyo De En Casa Y Familia

Lista Financiación Alterne

Debajo es una lista de la financiación alterna que proporcionan el servicio (los servicios) usted ha solicitado. Por el Apoyo de En Casa y Familia código TAC familias debe buscar la financiación alterna antes de solicitar ayuda de IHFS. Si un individuo tiene derecho a servicios por otra agencia entonces ese individuo debe proporcionar la prueba que ellos ha solicitado ese servicio (los servicios) y o fue negado o colocado en la lista del interés de esa agencia. Si los servicios son negados por favor proporcione una copia de la carta de negación, si colocado en la lista del interés completa por favor abajo.

1)

El Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP) ofrece servicios en la casa y en la comunidad a niños y jóvenes médicamente dependientes menores de 21 años, como alternativa a los centros para convalecientes. El MDCP se diseñó para ofrecer servicios de relevo, servicios de apoyo complementarios, ayudas para la adaptación y cambios menores a la casa para apoyar a las familias que cuidan a niños y jóvenes con discapacidades. Hay una lista de espera del MDCP para todo el estado. Los servicios se ofrecen a un número limitado de personas que llenan los requisitos por orden de llegada. Para más información, llame al 1-877-438-5658.

La Persona Contactó: _____ **La fecha contactó:** _____

Resultado: _____

2)

El Programa de Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS) ofrece servicios en la casa y en la comunidad a niños y adultos con un padecimiento relacionado, que es una discapacidad, aparte del retraso mental que se presentó antes de la edad de 22 años y que afecta su habilidad de desenvolverse en la vida diaria. Los servicios son, entre otros, servicios de relevo, servicios de enfermería, ayudas para la adaptación y artículos médicos, modificaciones menores a la casa, administración de casos y otros servicios relacionados, ofreciendo una alternativa económica a la colocación en un ICF/MR. El CLASS está disponible solamente en ciertas regiones geográficas del estado. Para más información, llame al 1-877-438-5658.

La Persona Contactó: _____ **La fecha contactó:** _____

Resultado: _____

3)

El Programa de Alternativas en la Comunidad (CBA) ofrece servicios en la casa y en la comunidad a adultos mayores y discapacitados (mayores de 21 años) como una alternativa económica a la colocación en un centro para convalecientes. Los servicios son, entre otros, servicios de relevo, servicios de enfermería, ayudas para la adaptación y artículos médicos, cambios menores a la casa, alimentos entregados a domicilio, cuidado temporal para adultos, servicios de atención personal y residenciales, servicios de respuesta a emergencias, medicamentos recetados, administración de casos y otros servicios relacionados. Para más información, comuníquese con la oficina local de Atención en la Comunidad para Personas de Edad Avanzada y Discapacitadas (CCAD) del DADS.

La Persona Contactó: _____ **La fecha contactó:** _____

Resultado: _____

4)

El Programa de Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples presta servicios a adultos (de 18 años en adelante) que son sordociegos y tienen alguna otra discapacidad que demuestra la necesidad de servicios diarios de habilitación. El programa se ofrece en todo el estado como una alternativa económica a la colocación institucional en un ICF/MR. Los servicios son, entre otros, ayudas para la adaptación y artículos médicos, servicios de ayuda con la vida diaria (en lugares que atienden a un máximo de seis personas), servicios de comunicación de la conducta, administración de casos, habilitación, cambios menores a la casa, servicios de relevo, servicios de enfermería, medicamentos recetados y otras terapias relacionadas. Para solicitar servicios, llame al 1-877-438-5658 y pregunte por el Programa Opcional para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples.

La Persona Contactó: _____ **La fecha contactó:** _____

Resultado: _____

5)

Departamento de Servicios Auxiliares y de Rehabilitación (DARS)

El Departamento de Servicios Auxiliares y de Rehabilitación (DARS) ayuda a las personas a prepararse para un trabajo, a encontrarlo y a mantenerlo. Las personas con discapacidades físicas o mentales que causan impedimentos para el empleo llenan los requisitos. Los servicios de rehabilitación vocacional son, entre otros, empleo con apoyo, servicios de rehabilitación ampliados y planeación de la transición. Llame al 1-800-628-5115 ó visite el sitio web en:

<http://www.dars.state.tx.us/>

Además, el DARS ofrece apoyo a las familias con niños (desde su nacimiento hasta los tres años) con discapacidades o retraso en el desarrollo mediante los servicios de Intervención Temprana en la Infancia (ECI). Hay más información disponible llamando al 1-800-250-2246 ó en el sitio web en: <http://www.dars.state.tx.us>

La Persona Contactó: _____ **La fecha contactó:** _____

Resultado: _____

6)

Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS). El Programa de HCS ofrece servicios a personas con retraso mental que viven con su familia, en su propia casa, en cuidado temporal o con un acompañante o en una residencia con cuatro personas o menos que también reciben servicios. El Programa de HCS ofrece servicios para satisfacer las necesidades de una persona para que pueda mantenerse en la comunidad y tener la oportunidad de participar al máximo como ciudadano. Los servicios consisten en administración de casos, ayudas para la adaptación, cambios menores a la casa, orientación y terapias, tratamiento dental, servicios de enfermería, ayuda residencial, servicios de relevo, habilitación durante el día y empleo con apoyo. En el Programa de HCS, las personas pagan su cuarto y comida con su cheque de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) u otros recursos personales. Hay un límite en el costo anual de los servicios que se ofrecen por medio del Programa de HCS.

La Persona Contactó: _____ **La fecha contactó:** _____

Resultado: _____

Liste cualquier otros recursos contactados para servicios solicitados: _____

Fecha

La firma de Individuo/miembro de la familia

El nombre imprimió

Sección 3.

Servicio / Las necesidades Solicitan

¿ Qué tipo de ayuda es usted solicitando? _____

¿ Por qué es esta ayuda necesitada? _____

¿ Cómo puede esta ayuda ayuda la situación actual de recipiente? _____

¿ Si este pedido es financiado, qué resultado son usted esperando conseguir? _____

¿Cuánto estima usted el apoyo requerido costará? _____

¿Las horas por mes?: _____ ¿Costó por hora? _____

¿Quién es el nombre estará en el cheque? _____

Liste los nombres de organizaciones, persona de contacto, fecha y el resultado del contacto de otros recursos que usted ha contactado para ayudar con esta necesidad. _____

IHFS NO PROPORCIONA A PROVEEDORES PARA SERVICIOS SOLICITADOS. Es la responsabilidad de familias de tener a un proveedor asegurado. El fracaso para incluir la información debajo puede resultar en los servicios demorados. Todo la información listó es requerida en el tiempo que la aplicación es sometida.

Información de proveedor: *Nombre:* _____

Dirección: _____

La ciudad, el Estado, Código postal _____

Número de teléfono _____

Número del seguro social: _____

Conecte una copia de el permiso de conducir del proveedor

Requisitos de proveedor: (¿Qué hace esta persona para calificad para servicios de proveedor al recipiente?)

Sección 3 Continuada

Servicio / Las necesidades Solicitan

¿ Qué tipo de ayuda es usted solicitando? _____

¿ Por qué es esta ayuda necesitada? _____

¿ Cómo puede esta ayuda ayuda la situación actual de recipiente? _____

¿ Si este pedido es financiado, qué resultado son usted esperando conseguir? _____

¿Cuánto estima usted el apoyo requerido costará? _____

¿Las horas por mes?: _____ ¿Costó por hora? _____

¿Quién es el nombre estará en el cheque? _____

Liste los nombres de organizaciones, persona de contacto, fecha y el resultado del contacto de otros recursos que usted ha contactado para ayudar con esta necesidad. _____

Información de proveedor: *Nombre:* _____

Dirección: _____

La ciudad, el Estado, Código postal _____

Número de teléfono _____

Número del seguro social: _____

Conecte una copia de el permiso de conducir del proveedor

Requisitos de proveedor: (¿Qué hace esta persona para calificad para servicios de proveedor al recipiente?)

Sección 4.

El Apoyo de en casa y Familia es un programa del último caso. Por eso, todos los otros recursos posibles deben ser investigados antes de la consideración para la financiación de IHFS. Ningún servicio disponible por un recurso alternativo no será financiado.

Verifique por favor cualquiera de los programas siguientes que el solicitante **recibe actualmente**.

- Medicare Medicaid Medicaid / Star + Plus Seguro privado QMB sólo CAS
 Chips MDCP CLASS CBA HCS CWP FC (Cuidado de familia)

Otro: _____

Verifique por favor cualquiera de los programas siguientes de que el solicitante espera los servicios.

- Medicare Medicaid Seguro privado QMB sólo CAS CWP
 Chips MDCP CLASS CBA HCS FC (Cuidado de familia)

Otro: _____

Sección 5.

¿Reside usted en una Facilidad Personal del Cuidado? ____ Sí ____ No.

¿Reside en un hogar de ancianos? ____ Sí ____ No

¿Reside usted en otro tipo de facilidad residencial diseñada para proporcionar el cuidado de 24 horas y/o el tratamiento? ____ Sí ____ No

¿Usted estas viviendo en un transición o sostenido tipo de residencia? ____ Sí ____ No Si sí, explica por favor _____

¿ Que usted participado en el Programa de EN CASA y el Apoyo de Familia administrados por DADS (El Departamento de Tejas de Servicios Humanos) cuál es para individuos con incapacidades físicas sólo? ____ Sí ____ No

Sección 6.

Recuerde por favor para proporcionar el siguiente con su aplicación: (Cuándo aplicable)

1. Las **cartas** de un médico o el terapeuta que indican la necesidad para cosas como

- a. Equipo especial
- b. PT/OT
- c. Terapia de discurso
- d. Juguetes de desarrollo
- e. Dental
- f. Medicina psicotrópica

2. **Ofertas**

- a. Verbal-entre \$250- \$599, tres ofertas orales son requeridas para cualquier gasto o la modificación arquitectónica
- b. Escrito-tres ofertas escritas deben ser conectadas para cualquier gasto o costar arquitectónico de modificación más que \$599.

Favor de Notar: El equipo o arquitectónico de modificación más de \$600 utilizará el "Un Tiempo sólo" beca y el recipiente no tendrán derecho para la modificación futura del equipo más de \$600.

Sección 7.

****** LEA POR FAVOR EL SIGUIENTE INFORMACION IMPORTANTE CON CUIDADO ******

- ❖ Los fondos de En casa y Apoyo de Familia son basados en la disponibilidad. Si los fondos están indisponibles solicitantes pueden ser colocados en una Lista del Interés.
 - ❖ Si hay cualquier cambio en sus factores calificativos durante el ejercicio económico (Los ingresos, la residencia, el diagnóstico, etc.) usted debe notificar el programa de IHFS inmediatamente. El fracaso para hacer así podría resultar en su pedido para ser negado o atiende a discontinuado. Si usted se siente que sus derechos han sido negados, usted puede contactar al Oficial de Derechos en 210-832-5062.
 - ❖ **Es un crimen grave de hacer astutamente una declaración o la representación falsas o para solicitar o aceptar apoyo para que usted sabe que usted es inelegible.**
 - ❖ Cualquier pedido negado por el Programa EN CASA y Apoyo de Familia puede ser apelado (una copia del procedimiento de la apelación es conectada).
-

Certifico que la información presenté en y sometió con esta aplicación es verdad y completo según mi leal saber y entender. También, entiendo que esa terminación de esta forma no asegura recibo de fondos de IHFS y que los fondos solicitados no son aprobados hasta que el pedido haya sido revisado y un plan es escrito es completado y es firmado.

Firma de recipiente/Miembro de la familia

Fecha

**Mande la Aplicación Completada a: Bexar MRA
In Home and Family Support
8700 Tesoro Dr. Suite 700
San Antonio, TX 78217**

- **Si usted necesita ayuda a completar esta aplicación por favor llama a (210) 832-5020 y pide por un Trabajador de Caso en En casa y Apoyo de Familia.**

La Renuncia de Proveedor de En casa y Apoyo de Familia

Aunque el AACOG Bexar MRA IHFS pueda proporcionar alguna ayuda financiera para usted pagar a un proveedor, las familias necesitan entender que la Hacienda (IRS) y la Comisión de Fuerza de Trabajo de Tejas (TWC) tiene las pautas acerca del empleo, informando de sueldos y subsidio de paro, la compensación de trabajador e impuestos.

El pago por AACOG Bexar MRA para servicio por En casa y Apoyo de Familia (IHFS) puede incluir pero no es limitado a lo siguiente:

- Respiro
- La supervisión 13 +
- La Educación Adulta
- La Instrucción para Vivir Independiente
- Ayuda Personal
- Servicios que ayuda con el instrucción para atender la casa

Como usted sabe, empleando alguien proporcionar para servicio establece una relación del empleo. Hay cierto Federal y los impuestos estatales que aplica al empleo. Mientras eres un empleador, usted debe llegar a ser familiarizado con cierta información incluido pero no limitado a FICA (la Seguridad social y el cuidado Médico), reteniendo de Impuesto de renta Federal, el expediente de forma de IRS 1099, FUTA (el Impuesto del desempleo y la Compensación de Trabajador), etc. Usted puede desear contactar los números de teléfono siguientes para la ayuda con encontrar estos requisitos:

Número de IRS:	800-829-1040
Número de IRS TDD:	800-829-4059
El Número para publicaciones:	800-829-3676
Número de Comisión de Fuerza de Trabajo de Tejas	800-832-9243

AACOG Bexar MRA no es responsable de verificar el fondo del proveedor, el conducto del proveedor, la herida de un miembro de la familia ni la herida al proveedor empleado por usted. Entiendo aún más que el proveedor que escojo no es un empleado de AACOG Bexar MRA.

Reconozco por mi firma que tomo responsabilidad en estos asuntos. Libero AACOG Bexar MRA de cualquier responsabilidad y de cualquier impuesto de El Impuesto de Renta y el requisito de Desempleo Federales Tasan.

La persona que consigue los servicios/ Padre de solicitante/Guardián

Fecha

LEARNING YOUR RESPONSIBILITIES AS AN EMPLOYER

ENTÉRESE DE SUS RESPONSABILIDADES COMO EMPLEADOR

If you hire someone to perform a service in your home, including but not limited to personal care attendant, and respite, you are considered that person's employer. This is true whether you pay the person you have hired with money you receive from the *Texas Department of Mental Health and Mental Retardation (TDMHMR) In-Home and Family Support program (IHFS)*, or with other money. As an employer, you will have certain responsibilities and liabilities specified by law. This includes, but is not limited to, payment of federal and state employment taxes and filing the required paperwork with the appropriate agencies. It is your responsibility to learn your legal obligations as an employer and carry them out as the law requires. The department cannot advise you on these matters. These laws and policies are administered by federal agencies and other state agencies, not the department. To receive your current information on your responsibilities as an employer, please contact the agencies listed below using the numbers listed in the Blue Pages of your local telephone directory. If you have access to the Internet, you may also visit the Internet sites maintained by these agencies to get general information.

Si usted contrata a alguien para que le preste un servicio en su casa, como servicio de atención personal o servicio de cuidado de relevo, a usted se le considera el empleador de esa persona. Éste es el caso aunque le pague a la persona con dinero que recibe del *Programa de Servicios de Apoyo en Casa y para la Familia (IHFS)* del *Departamento de Salud 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 los documentos necesarios ante los departamentos correspondientes. Usted tiene la responsabilidad de saber cuáles son sus obligaciones legales como empleador y cumplirlas como lo exige la ley. El departamento no le puede aconsejar sobre estos asuntos. Estas leyes y normas son administradas por departamentos federales y otros departamentos estatales, no por este departamento. Si desea recibir información actualizada sobre sus responsabilidades como empleador, por favor, llame a los departamentos que aparecen a continuación, usando los números de teléfono en las páginas azules de su directorio telefónico local. Si tiene acceso a Internet, también puede visitar los sitios de estos departamentos para obtener información general.

The Internal Revenue Service/Servicios de Impuestos Internos

<http://www.irs.treas.gov>

The Department of Labor/Departamento de Trabajo

<http://www.dol.gov>

The Texas Workforce Commission/Comisión de la Fuerza Laboral de Texas

<http://www.twc.state.tx.us>

Programa de Apoyo de En Casa y Familia

LA APELACION Y LA REVISION PROCESAN

APELACION

Si usted no concuerda con la determinación hecha por una agencia que administra del TDMHMR Programa de Apoyo de EN CASA y Familia usted puede solicitar una apelación de acuerdo con la agencia que administran los procedimientos.

(1) La apelación será realizada por alguien que no fue implicado a hacer la determinación con que usted no conviene.

(2) La agencia que administra empezará realizando la apelación dentro de 10 días de trabajo después de que reciba su pedido y la apelación será completada dentro de 10 días de trabajo después de que empiece a menos que una extensión sea otorgada por el director general de la agencia que administra.

(3) La persona que realiza la apelación proporcionará usted con una oportunidad de expresar su concierne en la persona o por teléfono y:

- (A) para tener su discurso representativo con la persona que realiza la apelación; o
- (B) para someterse su concierne en la escritura, en la cinta, o en alguna otra moda.

(4) La apelación incluirá una revisión de:

(A) la determinación con que usted no conviene y las reglas y las políticas que gobiernan el TDMHMR Programa de Apoyo de EN CASA y Familia (i.e., Tejas Código Administrativo, el Título 40, el Capítulo 1, Subchapter I, y el programación Manual de Apoyo de En CASA y Familia); y

(B) la información, concierne, y la documentación que usted expresa y se somete que sostiene su desacuerdo.

(5) La persona que realiza la apelación tomará una decisión que apoyará, invertirá, o modificará la determinación original.

(6) La decisión de la apelación y las razones para la decisión serán explicados a usted en persona o por teléfono, si solicitado. Usted será proporcionado también la notificación escrita que incluye:

- (A) la decisión de la apelación y las razones para la decisión;
- (B) una declaración que usted tiene el derecho de tener la decisión de la apelación revisada por la Oficina de Servicios Legales en DADS la Oficina Central si usted disiente de la decisión de la apelación;
- (C) una declaración que un pedido para la revisión debe ser sometido a HHSC Appeals Division, P.O. Box 149030, MC W-613, Austin, TX, 78714-9030, y incluya:

- (i) su nombre, la dirección, y el número de teléfono con el código postal;
- (ii) el nombre de la agencia que administra; y
- (iii) una copia de la decisión de la apelación y una explicación por qué usted disiente de la decisión de la apelación; y

(D) una declaración que la apelación debe ser recibida por el director de servicios legales dentro de 10 días de trabajo después de que usted reciba la notificación escrita de la decisión de la apelación.

REVISIÓN

Si usted solicita una revisión de la decisión de la apelación de acuerdo con los procedimientos contuvieron en la notificación escrita, entonces una revisión será realizada como descrito abajo.

(1) Usted puede escoger tener la revisión realizada:

(A) por la conferencia telefónica con usted y con un representante de la agencia que administra que proporciona el testimonio verbales y someter la documentación; o

(B) por la revisión de escritorio con usted y con un representante de la agencia que administra que somete la documentación.

(2) La revisión será realizada no más pronto que 10 días de trabajo después de recibo del pedido para la revisión y es completado no luego que 30 días de trabajo después de recibo del pedido a menos que una extensión es otorgada por el director de servicios legales.

(3) La revisión incluirá un examen de:

(A) la decisión de apelación;

(B) todo testimonio verbal si la revisión fue realizada por la conferencia telefónica;

(C) toda documentación sometida por usted y por la agencia que administra; y

(D) Las reglas y las políticas que gobiernan el TDMHMR Programa de Apoyo de EN CASA y Familia (i.e., Tejas Código Administrativo, el Título 40, el Capítulo 1, Subchapter I, y el programación Manual de Apoyo de En CASA y Familia).

(4) El crítico puede consultar con el personal de DADS que coordina el TDMHMR Programa de Apoyo de EN CASA y Familia y personal que es responsable de la política contenida en las reglas que gobiernan el programa.

(5) El crítico hará una decisión final que apoyará, invertirá, o modificará la decisión de la apelación.

(6) Dentro de cinco días de trabajo después de la revisión, el crítico mandará la notificación escrita de la decisión final a usted y a la agencia que administra.

(7) La agencia que administra tomará la acción apropiada coherente con la decisión final.

Actualizado: El 6 de Enero de 2006