

Voluntary Withdrawal From Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
Retiro voluntario de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)

Client's Name/Nombre del cliente	Client's SSN/Núm. de Seguro Social del cliente	Case Name/Nombre del caso
Address (Street, City, State, and Zip)/Dirección (Calle, Ciudad, Estado y Código postal)		Area Code and Phone No./Clave del área y Teléfono

Please read the following carefully:

I have been informed that I can:

- Participate in the Choices program and continue to receive my Temporary Assistance for Needy Families (TANF) benefits
- Voluntarily withdraw from TANF (lose my TANF benefits)
- Have my benefits lowered for nonparticipation in Choices. (I understand that I will not be able to receive a hardship exemption at the end of my five years of TANF benefits.)

I am requesting the Texas Health and Human Services Commission (HHSC) deny my TANF case because I do not wish to comply with Choices requirements. I understand that after my TANF benefits are terminated, I may still be eligible to receive Medicaid and Food Stamps.

Please provide the name and social security number below of anyone in your family who is currently receiving TANF and is pregnant or has given birth within the last two months. HHSC needs this information in order to provide continuous Medicaid eligibility to these persons.

Name/Nombre	Social Security Number/Núm. de Seguro Social
Name/Nombre	Social Security Number/Núm. de Seguro Social

Please read the following carefully before signing this statement:

TANF and Choices are programs that can help you become self-sufficient. If you participate in the Choices program and go to work you may be:

- eligible to keep all or some of your TANF cash assistance for up to four months after you go to work
- able to get 12 to 18 months of assistance with child care and transitional Medicaid
- able to get other assistance that will help you keep your job (i.e., transportation, uniforms, GED, etc.)

By signing my name below, I understand that I am voluntarily withdrawing from TANF.

Signature/Firma	Date/Fecha
------------------------	-------------------

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.

Por favor, lea detalladamente la siguiente información:

Me han informado que:

- Puedo participar en el programa *Choices* y seguir recibiendo mis beneficios de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)
- Puedo retirarme de TANF por voluntad propia (pierdo mis beneficios de TANF)
- Me rebajarán los beneficios por no participar en *Choices* (entiendo que no me darán una exención por dificultad económica después de haber recibido los beneficios de TANF por cinco años).

Pido que la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) me niegue TANF porque no quiero cumplir con los requisitos de Choices. Entiendo que después de que se terminen mis beneficios de TANF, es posible que todavía llene los requisitos para recibir Medicaid y estampillas para comida.

Por favor, dé el nombre y el Número de Seguro Social de cualquier miembro de su familia que actualmente recibe TANF y está embarazada o dio a luz en los últimos dos meses. La HHSC necesita esta información para asegurarles a esas personas la elegibilidad continua para Medicaid.

Por favor, antes de firmar esta declaración, lea detalladamente lo siguiente:

TANF y *Choices* son programas que pueden ayudarle a volverse autosuficiente. Si participa en el programa *Choices* y consigue trabajo, puede ser que usted:

- llene los requisitos para recibir toda su asistencia económica de TANF, o una parte, hasta por cuatro meses después de que empiece a trabajar
- reciba Medicaid de transición y ayuda con el cuidado de niños por 12 a 18 meses
- obtenga otra asistencia que le ayude a mantener su trabajo (por ejemplo, transportación, uniformes, el certificado de Desarrollo Educativo General, etc.)

Al firmar mi nombre a continuación, entiendo que me retiro de TANF por voluntad propia.

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 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.