



PARENTAL STATUS/INHERITANCES
SITUACION DE LOS PADRES/HERENCIAS

Form H1260
December 2000

Name of Client/Nombre del Cliente	Date/Fecha
--	-------------------

The Health and Human Services Commission is requesting some additional information concerning the family of the client named above. Please answer the questions below and return this form within 10 days in the enclosed self-addressed envelope.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas solicita información adicional sobre la familia del cliente nombrado arriba. Pro favor, conteste las siguientes preguntas en los lugares indicados y devuelva esta forma dentro de un plazo de 10 días en el sobre rotulado adjunto.



Medicaid Worker/Trabajador de Medicaid
Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono

	DECEASED FALLECIDO		If "Yes," give date deceased. Si contesta "Sí," de la fecha de defunción.	Is there a will? ¿Hay testamento?		Date of Probate Fecha de Validación del Testamento	County of Probate Condado de Validación del Testamento
	Yes Sí	No		Yes Sí	No		
Name of Father/Nombre del Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Name of Mother/Nombre de la Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

PLEASE SEND A COPY OF THE WILL
SIRVASE MANDAR COPIA DEL TESTAMENTO

1. Did or does the mother or father own any property such as houses, land, or mineral rights?
¿Tiene o tenía el padre or la madre alguna propiedad como, por ejemplo, casas, terrenos, o derechos de exploración? **Yes** **No**

If "Yes," please explain:/Si contesta "Sí," pro favor, diga qué propiedad: _____

2. Did or will this client receive an inheritance?
¿Recibió o va a recibir este cliente alguna herencia? **Yes** **No**

If "Yes," please explain:/Si contesta "Sí," pro favor, diga qué herencia: _____

3. **How many children did the client's parents have?**
¿Cuántos hijos tuvieron los padres del cliente?

4. **Did either parent serve in the military?** Yes
¿Prestó servicio militar el padre o la madre del cliente? Sí No

5. **Person providing this information:**
Persona que da la información:

Name/Nombre	Legal Guardian? ¿Es tutor legal del cliente? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
Address (Street, City, State, ZIP)/Dirección (Calle, Ciudad, Estado, ZIP)	Telephone No./Teléfono

6. **If the client has a legal guardian not listed above, please give the guardian's name, address, and telephone number:**

Si el cliente tiene un tuto legal no nombrado arriba, sirvase dar el nombre, dirección y teléfono del tutor:

Name/Nombre	Telephone No./Teléfono
Address/Dirección	

Signature/Firma

Date/Fecha

With a few exceptions, you have the right to request and be informed about the information that the 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 HHSC office.

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 la HHSC.