



APPLICANT RESPONSIBILITIES

Central Health’s programs help people access health care by paying for or providing certain health care services. Whether you qualify for MAP or MAP Basic as a member or Central Health Financial Assistance or Justice Involved Health as one of its patients (“Central Health Programs”, and each a “Program”) depends on factors such as your income, where you live, the availability of other health care coverage, and the existence of alternate sources of payment for health care. However, your ethnicity, color, religion, creed, national origin, gender, disabling condition, sexual orientation, or political belief(s) will not be considered and will not affect your eligibility for these Programs. Applicants found ineligible for MAP or MAP Basic may be eligible for CommUnityCare’s sliding fee scale program.

By my signature below, I swear that all the statements I have made in connection with my application for Central Health Programs, including my answers to all questions about income, county of residence, and other payment sources are true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that, because my eligibility for these Programs is based on my answers to these questions, any omission, failure or refusal to provide Central Health with requested information or giving false or misleading information in response to eligibility questions, may cause Central Health to terminate my participation in Central Health’s Programs and to seek recovery of any payment Central Health made on my behalf for health care services.

**I agree to report any of the following life changes to Central Health within 14 days of the date of the change:**

- (1) Any change to my mailing address or telephone number (2) Any change to the address where I live. (3) Any change in income that may affect my eligibility (4) Any change in the number of people in my household, including a household member becoming pregnant (5) Enrollment in Medicaid, CHIP, Medicare, or other private health insurance

If Central Health identifies any unreported life changes applicable to my Program eligibility, I understand that my participation in the Program may be terminated and that Central Health can take any other action within its authority, including filing civil or criminal charges against me.

**Authorization for Third Party Verification.**

By my signature below, I am authorizing my employer, the Social Security Administration, the Texas Health & Human Services Commission, the Texas Department of State Health Services, and the Texas Workforce Commission to release benefits, enrollment, claims, wage, and other records to Central Health. I understand that my authorization will be valid for a period of twelve months from the date I sign this Applicant Responsibilities form or until I revoke my authorization in writing delivered to CentralHealth.

I understand that my enrollment in a Central Health Program is conditioned on my agreement to allow Central Health to verify the statements I have made in connection with my application for Program benefits and that enrollment status may remain pending until such an agreement is given and verification is obtained from a credible source (e.g., Social Security Administration or the Texas Workforce Commission). I further understand and agree that Central Health may request that I pay for a portion of the cost of my health care and that Central Health may recover any costs it paid for my health care from a third party in the event that I file a claim for personal injury damages.

**Consent to Text Messaging and Email Communication.**

I understand if I agreed to receive text messages or emails in my application for these Program benefits, I have provided my consent to receive information from Central Health regarding scheduled appointments, my application status, renewals and changes to Program coverage and benefits, and other important information via text message or email. I understand there are risks associated with sending unencrypted text messages and emails and that anyone with access to my email account or cell phone (such as a family member or employer) may be able to access these communications. I understand I may revoke my authorization for text messages or emails from Central Health at any time in a signed writing delivered to Central Health.

**CommUnityCare Sliding Fee Scale**

I certify that the information provided for sliding fee scale eligibility is true and correct to the best of my knowledge, and that it may be confirmed through a third-party vendor. I will notify CommUnityCare if there are any changes in my household size or income within 14 days. I understand that I may need to email documents for sliding fee scale eligibility to CommUnityCare. If I send personal information by email, it may not be secure. I consent to CommUnityCare sharing my household information and documents with Central Health to determine my eligibility for the Central Health Financial Assistance Program if applicable.

<b>Printed Name of Applicant</b>	<b>Applicant Signature</b>	<b>Date</b>
<b>Printed Name of Spouse/Common Law Spouse</b>	<b>Spouse/Common Law Spouse Signature</b>	<b>Date</b>
<b>Printed Name of Application/Personal Representative</b>	<b>Application/Personal Representative Signature</b>	
<b>Relationship to the Applicant</b>		<b>Date</b>



**RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE**

Los programas de Central Health ayudan a las personas a obtener acceso a cuidados médicos pagando o brindando ciertos servicios de atención médica. Su posibilidad de calificar para MAP o MAP Basic como miembro o el Programa de Asistencia Financiera de Central Health (CHFA por sus siglas en inglés) o el Programa de Justicia Involucrada (JIH por sus siglas en inglés) como uno de sus pacientes ("Programas de Central Health", y cada uno un "Programa") depende de factores como sus ingresos, el lugar donde usted vive, la disponibilidad de otras coberturas de seguro médico y la existencia de otras fuentes de pago para obtener cuidados médicos. Sin embargo, su etnicidad, raza, religión, creencias, país de origen, sexo, condiciones incapacitantes, orientación sexual, o ideología política no será tomada en consideración y no afectará su elegibilidad para estos Programas. Los solicitantes que no sean elegibles para MAP o MAP Basic tal vez sean elegibles para el Programa de Escala de Variable de Tarifas de CommUnityCare.

Mi firma a continuación indica que todas las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para los programas de Central Health, incluyendo todas las respuestas acerca de mis ingresos, condado en el que vivo, y otras fuentes de pago, son reales y verdaderas según mi leal saber y entender. Entiendo que debido a que mi elegibilidad para estos Programas depende de mis respuestas a estas preguntas, cualquier omisión, incumplimiento o negativa en proporcionarle a Central Health la información requerida, o proporcionar información falsa o engañosa en respuesta a las preguntas de elegibilidad, podría resultar en que Central Health cancele mi participación en los programas de Central Health y busque recuperar cualquier pago que haya hecho en mi nombre para la obtención de cuidados médicos.

Por este medio acuerdo notificar a Central Health de cualquiera de los cambios de vida listados a continuación dentro de los siguientes 14 días después la fecha en que ocurra dicho cambio:

- (1)** Cualquier cambio en mi dirección postal o número de teléfono
- (2)** Cualquier cambio en la dirección de mi residencia
- (3)** Cualquier cambio de ingresos que afecte mi elegibilidad
- (4)** Cualquier cambio en el número de personas que viven en mi hogar, incluyendo si un miembro de hogar se embaraza
- (5)** Inscripción en Medicaid, CHIP, Medicare, o cualquier otro seguro médico privado

Si Central Health identifica algún cambio no reportado aplicable a mi elegibilidad para el Programa, entiendo que mi participación en el Programa puede cancelarse y que Central Health puede tomar cualquier otra acción dentro de su autoridad, incluida la presentación de cargos civiles o penales en mi contra.

**Autorización de verificación de terceros.**

Con mi firma a continuación, autorizo a mi empleador, la Administración del Seguro Social, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, el Departamento de Servicios de la Salud del Estado de Texas, y la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas a liberar los expedientes relacionados con mis beneficios, inscripción, reclamos, salarios, y cualquier otro registro a Central Health. Comprendo que esta autorización tendrá una vigencia por un período de 12 meses a partir de la fecha en la que yo firme este formulario de Responsabilidades del Aplicante o hasta que yo revoque esta autorización por medio de una solicitud firmada enviada a Central Health.

Comprendo que mi inscripción en los programas de Central Health está condicionada a mi acuerdo para permitir que Central Health verificar las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para obtener los beneficios de estos Programas, y que el estado de mi inscripción podría seguir estando pendiente hasta que se haga esta verificación y se obtenga confirmación de una fuente confiable (por ejemplo, la Administración del Seguro Social o la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas). Además, también comprendo y acepto que Central Health puede solicitar que yo pague una porción del costo de mis cuidados médicos, y recuperar cualquier pago que haya hecho por mis cuidados médicos a una tercera parte, en caso yo hubiera presentado un reclamo por daños por lesiones personales.

**Consentimiento a mensajes de textos y correos electrónicos.**

Comprendo que, si en mi aplicación yo acepté recibir mensajes de texto o correos electrónicos relacionados con los beneficios de este programa, también automáticamente *acepté* recibir información de Central Health relacionada con la programación de mis citas, el estado de mi aplicación, renovaciones, y cambios a la cobertura y/o beneficios del programa, además de otra información importante que puede ser enviada por medio de mensajes de texto o correos electrónicos. Comprendo que hay riesgos asociados con el envío de mensajes de texto y correos electrónicos no cifrados y que cualquier persona que tenga acceso a mi cuenta de correo electrónico o a mi celular (tal como un miembro de mi familia o mi empleador), podrá tener acceso a estas comunicaciones. Además, también comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización para recibir mensajes de texto o de correo electrónico de Central Health en cualquier momento, enviando una solicitud firmada a Central Health.

**CommUnityCare Programa de Escala Variable de Tarifas**

Certifico que la información provista para la determinación de elegibilidad del Programa de Escala de Variable de Tarifas es verdadera y correcta según mi leal saber y entender, y entiendo que puede ser confirmada por un proveedor externo. Notificaré a CommUnityCare si hay algún cambio en el tamaño o ingreso de mi hogar dentro de 14 días. Entiendo que es posible que necesite enviar documentos por correo electrónico para elegibilidad del Programa de Escala de Variable de Tarifas de CommUnityCare. Comprendo que hay riesgos asociados con el envío de mensajes de correos electrónicos no cifrados y que cualquier persona que tenga acceso a mi cuenta de correo electrónico (tal como un miembro de mi familia o mi empleador), podrá tener acceso a estas comunicaciones. Doy mi consentimiento a CommUnityCare de compartir la información y los documentos de mi hogar con Central Health para determinar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera de Central Health si aplica.

<b>Nombre en letra de molde de solicitante</b>	<b>Firma del solicitante</b>	<b>Fecha</b>
<b>Nombre en letra de molde de esposo/a o cónyuge</b>	<b>Firma de esposo/a o cónyuge</b>	<b>Fecha</b>
<b>Nombre en letra de molde del representante del solicitante</b>	<b>Firma del solicitante/Representante Personal</b>	
<b>Relación del representante con el solicitante</b>		<b>Fecha</b>