



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.

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