



**RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE**

Los Programas de Acceso Médico (MAP, por sus siglas en inglés) y MAP BASIC de Central Health (de aquí en adelante, conjuntamente llamados los Programas) le ayudan a las personas a obtener acceso a cuidados médicos, cubriendo los gastos de ciertos servicios médicos. Su posibilidad de calificar para MAP o MAP BASIC depende de sus ingresos, el lugar donde usted vive, la disponibilidad de otras coberturas de seguros médicos, y la existencia de otras fuentes de pago para obtener cuidados médicos. 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.

Mi firma abajo indica que todas las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para obtener los beneficios de estos Programas, 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 mis beneficios bajo estos Programas 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:

- a. dirección de correo postal y número de teléfono
- b. dirección de mi hogar
- c. cualquier cambio de ingresos que afecte mi elegibilidad
- d. cantidad de personas que viven en mi hogar o si una de ellas resultara embarazada
- e. inscripción en Medicaid, CHIP, Medicare, o cualquier otro seguro médico privado, o ser notificado que califico para algún programa de cobertura que puede pagar mis cuidados

Si Central Health descubriera un cambio no reportado en cualquiera de estas cinco áreas fundamentales de mi aplicación, comprendo que podría cancelar mis beneficios bajo estos Programas y tomar cualquier medida que considere pertinente dentro de su autoridad, incluyendo presentar cargos civiles o criminales en mi contra.

Comprendo que mi inscripción en los Programas MAP y MAP Basic está condicionada a que he aceptado permitirle a 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 podría 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.

Por último, acepto y certifico que mis iniciales indican:

\_\_\_\_\_ Mi autorización para que mi empleador, la Administración del Seguro Social, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, y la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas liberen los expedientes de mis beneficios, inscripción, reclamos, salarios, y cualquier otro a Central Health; y

\_\_\_\_\_ Mi autorización tendrá una validez de 12 meses a partir de la fecha en que firme este formulario de Responsabilidades del Solicitante o hasta que yo revoque dicha autorización por escrito a Central Health;

\_\_\_\_\_ Mi aceptación de responsabilidad para asegurar que toda la información relacionada con mi dirección de correo postal, número de teléfono, y cualquier número de celular o dirección de correo electrónico que incluya bajo el siguiente párrafo es correcta y está actualizada (al día) en todo momento durante mi inscripción en los Programas; y

\_\_\_\_\_ (Opcional) Comprendo que existen riesgos al enviar mensajes de texto o correos electrónicos sin encriptar, y por este medio doy mi *consentimiento* a recibir información de Central Health relacionada con la programación de citas y el estado de mi aplicación, renovaciones, y cambios en la cobertura y beneficios de los Programas, por medio de:

- Teléfono celular. Mi número de teléfono celular actual es \_\_\_\_\_.
- Correo electrónico. Mi correo electrónico actual es \_\_\_\_\_.

----- Nombre del Solicitante	----- Nombre del Cónyuge del Solicitante	----- Nombre del Representante Personal (PR, por sus siglas en inglés)
----- Firma del Solicitante	----- Firma del Cónyuge del Solicitante	----- Firma del Representante Personal
----- Número de Identificación del Programa	----- Número de Identificación del Programa del Cónyuge	----- Relación del PR con el Solicitante
----- Fecha	----- Fecha	----- Fecha