

**Applicant Responsibilities & Authorization**

I certify that the information provided for eligibility determination is true and correct to the best of my knowledge, and understand 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 ten business days.

I understand information provided will be used to determine if anyone in my household is eligible for enrollment in a local or state program that reimburses CommUnityCare for services provided to uninsured individuals. For example, Central Health’s Medical Access Program (MAP) and MAP Basic.

I authorize the release of information provided to verify eligibility, if enrolled, in the bulk medication prescription assistance program (PAP) sponsored by drug companies that provide financial assistance to those that qualify.

I understand that I may need to email documents for program eligibility to CommUnityCare. If I send personal information by email, it may not be secure.

\_\_\_\_\_

Applicant Signature

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Spouse, Partner or Designee Signature

\_\_\_\_\_

Date

If designee, list relationship: \_\_\_\_\_

**Autorización y Responsabilidades del Solicitante**

Certifico que la información provista para la determinación de elegibilidad es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento, 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 diez días.

Entiendo que la información proporcionada se utilizará para determinar si yo o alguien en mi hogar es elegible para la inscripción en un programa local o estatal que reembolsa a CommUnityCare por los servicios a personas sin seguro. Por ejemplo, el Programa de acceso médico de Salud Central (MAP) y MAP Basic.

Autorizo la divulgación de información proporcionada para verificar elegibilidad, si soy inscrito, en el programa de asistencia de medicamentos recetados (PAP) patrocinado por compañías farmacéuticas que brindan asistencia financiera a los que califican.

Entiendo que es posible que puedo enviar documentos por correo electrónico para elegibilidad, el programa de CommUnityCare. Entiendo que no es seguro si envío información personal por correo electrónico.

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma de Cónyuge, Pareja o Designado

\_\_\_\_\_

Fecha

Si designado, apunte relación: \_\_\_\_\_

Financial Screening Specialist Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Verbal consent obtained in lieu of written in order to safely provide care to the patient during the COVID-19 emergency.