

## SERVICIOS DE SALUD DE CONTRA COSTA

### SOLICITUD PARA PROGRAMAS: CUIDADO BASICO DE SALUD/INICITATIVA DE COBERTURA MEDICA/EXPANSION DE MEDI-CAL, Y CARIDAD/DESCUENTO DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

- Entiendo que estoy solicitando cobertura médica del Condado, BHC/HCI/MCE. Si no soy elegible, puedo recibir un descuento en mis facturas médicas si cumplo con los criterios de elegibilidad.
- Entiendo que para solicitar el programa BHC/HCI/MCE debo proporcionar determinada información. Esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para el programa BHC/HCI/MCE, para un descuento, para procesar y pagar los reclamos médicos, para verificar la elegibilidad de proveedores de servicio médico y para identificar la cobertura de seguro médico y tomar una acción para recuperar costos.
- Estoy de acuerdo en que, si me lo solicitan, presentaré una solicitud de Medi-Cal y/o por discapacidad del Seguro Social/SSI. Mi BCH/HCI/MCE se discontinuará si no cumplo con presentar la solicitud y con dar el seguimiento a mi proceso de solicitud. Estoy de acuerdo en apelar un rechazo de mi Medi-Cal, SSDI o SSI.
- Entiendo que si soy elegible para recibir la cobertura de Medicare, Medi-Cal o de cualquier otro programa o seguro médico, incluyendo acuerdos de responsabilidad con terceros, mi BHC/HCI/MCE perderá su vigencia a partir de la fecha en que sea elegible para recibir la cobertura del otro programa o seguro.
- Entiendo que si la cobertura de Medi-Cal requiere que pague una parte del costo de los servicios, seré responsable por la cantidad del costo compartido.
- Doy mi consentimiento para que la oficina de Consejeros Financieros verifique cualquier información en mi solicitud, incluyendo la obtención de una copia certificada de mi certificado de nacimiento, si nací en los EE.UU.
- Entiendo que tengo el derecho a presentar una apelación si se rechaza mi solicitud, si se cancela la inscripción o se termina de otra manera antes del final de mi período de inscripción. Entiendo que debo presentar mi solicitud por escrito al Health Services Department (Departamento de Servicios de Salud) dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la carta donde me notifican del rechazo o cancelación.
- Estoy de acuerdo en informar a la oficina de Consejeros Financieros (por escrito) dentro de 10 días si hay cambios en mi ingreso, posesiones, número de personas en el hogar o cambio de dirección.
- Entiendo que este programa abarca la atención médica de emergencia únicamente en el Centro Médico Regional del Condado de Contra Costa (CCRMC). Entiendo que si recibo atención de emergencia en cualquier otro hospital, BHC/HCI/MCE no pagará por la atención. También entiendo que la ley obliga a los hospitales a proporcionar servicios de emergencia a todos, independientemente de su capacidad para pagar.
- Entiendo que los servicios médicos cubiertos por el programa BHC/HCI/MCE son proporcionados en CCRMC y en los Centros de salud o proveedores comunitarios designados, si existe autorización previa.
- Otorgo un Poder especial con representación limitado a Contra Costa Health Services o su representante, incluyendo un proveedor tercero, para preparar, completar, firmar y presentar cualquier papelería o documentos en mí nombre para que Contra Costa Health Services pueda intentar obtener el reembolso por mis recetas médicas de sus fabricantes. Entiendo que puedo revocar esta autorización por medio de una solicitud escrita en cualquier momento a 2500 Alhambra Avenue, Martinez, CA 94553. Este Poder especial con representación estará en completa vigencia a partir de la fecha de la firma.
- Declaro bajo la penalidad relativa al perjurio que las respuestas proporcionadas son verdaderas y correctas.

**SI HAGO DECLARACIONES FALSAS O RETENGO INFORMACIÓN, PUEDO PERDER MI COBERTURA DE BHC/HCI/MCE, ES POSIBLE QUE TENGA QUE PAGAR LAS FACTURAS POR TODOS LOS SERVICIOS RECIBIDOS Y QUE SEA PROCESADO POR FRAUDE.**

Guarde la copia para sus registros y devuelva el original al Consejero Financiero.

Nombre del paciente en letra de molde

Centro de salud

Firma del paciente o padre/tutor legal si el paciente es menor de 18 años de edad

Fecha