

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Lea atentamente lo siguiente antes de firmar.

COMPRENDO LO SIGUIENTE:

1. Solicito los programas de atención médica de County Medical Services Program (CMSP) y, actualmente, no estoy inscrito en Medi-Cal completo, Medicare, Covered California ni en otro programa de seguro médico.
2. Al momento de la solicitud, debo proporcionar una verificación de que soy residente de uno de los 35 condados en los que atiende CMSP.
3. Si la información que proporciono como parte de la solicitud resulta ser errónea, es posible que quede inmediatamente descalificado del programa. Además, se me podrían facturar todos los servicios que me prestaron en un programa de atención médica de CMSP y me podrían investigar por presunto fraude.
4. No soy elegible para ninguno de los programas de atención médica de CMSP si huyo para evitar un juicio, una detención o un arresto después de una sentencia por un crimen que es un delito ante las leyes del lugar donde huyo o si violo una condición de libertad condicional según la ley federal o estatal.
5. Los programas de atención médica de CMSP no son de seguros médicos y la mayoría de los beneficios de atención médica de estos programas están disponibles solo mediante proveedores de atención médica y farmacias designados que tienen contrato con CMSP.
6. Si aprueban mi solicitud, tendré que volver a enviarla dentro de los 30 días de la fecha de finalización de la cobertura para extender los beneficios por otro período de 6 meses.
7. Después de la inscripción en un programa de atención médica de CMSP, soy responsable de informarle a mi proveedor médico que soy miembro.
8. Debo mostrar mi tarjeta de identificación del miembro a mi proveedor médico cuando recibo atención médica y a la farmacia cuando obtengo mis recetas.
9. Debo informarle a CMSP o al centro de salud que completa esta solicitud en el siguiente caso:
 - Me mudo o planifico mudarme a otra dirección de mi condado, a otro condado, a otro estado o a otro país.
 - Alguna persona se muda a mi casa o se va de ella.
 - Quedo embarazada.
 - Hay un cambio importante en los ingresos y/o bienes de mi grupo familiar.
 - Hay un cambio en mi estado civil, en mi estado de inmigración u obtengo otra cobertura de atención médica.
10. Es posible que cancelen mi inscripción de los programas de atención médica de CMSP si hago mal uso del programa, por ejemplo, al amenazar o molestar a otros pacientes o al personal del proveedor de atención médica en los consultorios y las farmacias que participan en los programas de atención médica de CMSP.

TENGO DERECHO A LO SIGUIENTE:

1. Recibir un trato justo y equitativo, sin importar la raza, el color de piel, la religión, la nacionalidad, el género, la edad, la orientación sexual, el estado civil y las convicciones políticas.
2. Recibir una tarjeta de identificación del miembro y una guía para miembros dentro de los catorce (14) días de la inscripción.
3. Que se mantenga en estricta confidencialidad toda la información que proporcione al proveedor de atención médica de los programas de atención médica de CMSP donde me inscribo, en conformidad con todas las leyes estatales y federales de confidencialidad.
4. Cancelar la inscripción de un programa de atención médica de CMSP si se solicita.

Por la presente, declaro que leí la información de este formulario, y que comprendo completamente mis derechos y responsabilidades relacionados con la inscripción y la participación en un programa de atención médica de CMSP. Además, comprendo que estos derechos y estas responsabilidades son válidos mientras sea un miembro.

Certifico y declaro ante pena de perjurio según las leyes del estado de California que la información que proporcioné para la inscripción en un programa de atención médica de CMSP, incluida la documentación de mi identidad, los ingresos y mi declaración de bienes, es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender. Además, al firmar este formulario, autorizo al centro de salud, así como a cualquier otro agente o proveedor de los programas de atención médica de CMSP, a utilizar mi inscripción e información de servicios de atención médica para fines administrativos de la atención, en conformidad con todas las leyes estatales y federales de privacidad.

FIRMA DIGITAL

FECHA