

**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 medica del Condado, BHC/HCI/MCE. Si no soy elegible, puedo recibir un descuento en mis facturas medicas si cumpla con las criterios de elegibilidad.
- Entiendo que para solicitar el programa BHC/HCI/MCE debo proporcionar determinada informaci6n. Esta informaci6n se utilizara para determinar mi elegibilidad para el programa BHC/HCI/MCE, para un descuento, para procesar y pagar los reclamos medicos, para verificar la elegibilidad de proveedores de servicio medico y para identificar la cobertura de seguro medico y tomar una acci6n para recuperar costos.
- Estoy de acuerdo en que, si me lo solicitan, presentare una solicitud de Medi-Cal y/o por discapacidad del Seguro Social/SSL. Mi BCH/HCI/MCE se descontinuará si no cumpla 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 medico, 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, sere responsable por la cantidad del costo compartido.
- Doy mi consentimiento para que la oficina de Consejeros Financieros verifique cualquier informaci6n en mi solicitud, incluyendo la obtenci6n de una copia certificada de mi certificado de nacimiento, si naci en las EE.LIU.
- Entiendo que tengo el derecho a presentar una apelaci6n si se rechaza mi solicitud, si se cancela la inscripci6n o se termina de otra manera antes del final de mi periodo de inscripci6n. 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 cancelaci6n.
- Estoy de acuerdo en informar a la oficina de Consejeros Financieros (por escrito) dentro de 10 días si hay cambios en mi ingreso, posesiones, numero de personas en el hogar o cambio de direcci6n.
- Entiendo que este programa abarca la atenci6n medica de emergencia unicamente en el Centro Medico Regional del Condado de Contra Costa (CCRMC). Entiendo que si recibo atenci6n de emergencia en cualquier otro hospital, BHC/HCI/MCE no pagará por la atenci6n. Tambien 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 medicos cubiertos por el programa BHC/HCI/MCE son proporcionados en CCRMC y en los Centros de salud o proveedores comunitarios designados, si existe autorizaci6n previa.
- Otorgo un Poder especial con representaci6n limitado a Contra Costa Health Services o su representante, incluyendo un proveedor tercero, para preparar, completar, firmar y presentar cualquier papeleria o documentos en mi nombre para que Contra Costa Health Services pueda intentar obtener el reembolso por mis recetas medicas de sus fabricantes. Entiendo que puedo revocar esta autorizaci6n por medio de una solicitud escrita en cualquier momento a 2500 Alhambra Avenue, Martinez, CA 94553. Este Poder especial con representaci6n estara 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 INFORMACION, 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 Corisejero 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