

Derechos y responsabilidades del solicitante

Al firmar esta solicitud de asistencia, confirmo lo siguiente:

La información contenida en la solicitud y los anexos es correcta y verdadera. Esta solicitud es un documento legal. Omitir información a propósito o dar información falsa podría ocasionar que el proveedor cancele mis servicios o los de un miembro de mi familia.

Si omito, no doy o me niego a dar información, o si doy información falsa o engañosa sobre estos asuntos podría tener que reembolsar al estado de Texas el costo de los servicios recibidos si se determina que no llenaba los requisitos para recibirlos. Me comprometo a informar sobre cualquier cambio en la situación de mi familia que afecte mi derecho a los servicios durante el periodo de certificación (cambios en los ingresos, el domicilio o el número de miembros en la familia).

Autorizo el intercambio de información, incluyendo la relacionada con mis ingresos e información médica, entre la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas y el proveedor de servicios a fin de determinar si yo y mi familia cumplimos los requisitos y si se nos pueden prestar servicios y cobrar por ellos.

Entiendo que el proveedor me podría pedir comprobantes de cualquier dato proporcionado en esta solicitud.

Debo informar al proveedor si tengo alguna de las siguientes coberturas de seguro médico: seguro médico privado o en grupo, membresía en una organización para el cuidado de la salud, Medicaid, Medicare, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos, TRICARE y beneficios de indemnización laboral. Los beneficios del seguro médico podrían considerarse la fuente principal de pago por los servicios de salud recibidos. Por medio de la presente asigno al proveedor cualquiera de estos beneficios. También asigno el pago de los beneficios y servicios recibidos del proveedor y por medio de él directamente a los proveedores de servicios.

Entiendo que, para seguir cumpliendo con los requisitos del programa, tendré que volver a solicitar asistencia por lo menos cada 12 meses.

Soy residente legítimo de Texas o dependiente de alguien que lo es. Vivo físicamente en Texas, tengo mi residencia en Texas y afirmo no ser residente de otro estado o país, o bien, soy dependiente de un residente legítimo de Texas.

Algunos programas brindan atención médica a través de proveedores aprobados por los programas. Entiendo que, para recibir beneficios de tales programas, los proveedores aprobados por los programas deben brindar el tratamiento.

Entiendo que los criterios para participar en el programa son los mismos para todos sin importar el sexo, la edad, la discapacidad, la raza o el país de origen.

Entiendo que tengo derecho a presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC, al teléfono 888-388-6332, sobre la manera en que se tramitó mi solicitud o sobre cualquier acción que haya tomado el programa.

Entiendo que recibiré documentación por escrito sobre los servicios a los que yo o mi familia tenemos o podríamos tener derecho.

Excepto en algunos casos, tengo derecho a pedir y a ser informado de los datos que el estado de Texas recopila sobre mí. Tengo derecho a recibir y revisar esos datos cuando así lo pida. También tengo derecho a pedir que el departamento estatal corrija cualquier información incorrecta. (Fuente: Secciones 552.021, 522.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental)

Firma del solicitante

Fecha

Firma del empleado del proveedor

Fecha