



APPLICANT RESPONSIBILITIES

I certify under penalty of perjury that the information I have provided on this application is true and correct to the best of my knowledge. I agree to allow Central Health and/or CommUnityCare to verify my statements made on this application with the appropriate source (e.g., SSA, Employer). If any information is determined to be false, Central Health and/or CommUnityCare may end coverage. I understand and agree to report any changes on this application to Central Health and/or CommUnityCare within 10 working days of the change occurring. Examples of changes that should be reported to Central Health and/or CommUnityCare include changes in

- | | |
|----------------|---|
| a. address | b. income |
| c. family size | d. eligibility for Supplemental Security Income (SSI) |
| e. pregnancy | f. eligibility for other health coverage such as Medicaid |

If an unreported change is identified by Central Health and/or CommUnityCare, I understand that my coverage may be terminated. I also understand that this application will be considered without regard to ethnicity, color, religion, creed, national origin, gender, disabling condition, sexual orientation, or political belief.

RELEASE OF INFORMATION

In the event that this Application for Coverage is accepted, I authorize any physician or other provider of health services to give the Plan Sponsor upon request, information concerning the health condition or treatment of any person included under such coverage whenever such information is considered necessary by the Plan Sponsor for proper disposition of a claim submitted for payment or in fulfillment of obligations imposed on the Plan Sponsor by state or federal statutes. A photocopy of this authorization is considered as valid as the original.

FOR THOSE WHO QUALIFY FOR MAP BENEFITS:

- Medical Access Program (MAP) coverage is available only when an enrollee receives care from those physicians and other providers that have an arrangement with MAP to provide health services.
- *If a MAP enrollee is treated by a physician, dentist, hospital or other provider not covered by MAP, the enrollee is responsible for paying for that care outside the MAP "network," or system.*
- Similarly, if a MAP provider ends the relationship with a MAP enrollee when the enrollee does not abide by the medical (or dental) treatment plan, or for other valid reasons, and another MAP provider is not available, the patient is responsible for obtaining and paying for that care outside the MAP network.
- In summary, MAP coverage is only available when treatment is rendered by a current MAP provider.
- I authorize the release of eligibility information to pharmaceutical companies which audit MAP and CommUnityCare Sliding Fee Scale enrollee records for bulk pharmacy or prescription assistance program participation.

----- Signature of Applicant	----- Date	----- Identification Number	
----- Signature of Spouse	----- Date	----- Identification Number	
----- Signature of Applicant Designee	----- Date	----- Relationship to Applicant	
----- Signature of Program Representative	----- Date	----- Signature of Program Representative	----- Date

The Medical Access Program serves the healthcare needs of eligible residents in Travis County and is funded by Central Health





RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Yo certifico bajo pena de perjurio que la información que yo he presentado en esta aplicación es verdad y correcta según mi entender. Estoy de acuerdo en que Central Health y/o CommUnityCare verifique mis declaraciones en esta aplicación con las agencias apropiadas (por ejemplo, Seguro Social, Empleador). Si alguna información es determinada falsa, Central Health y/o CommUnityCare podrá terminar la cobertura. Yo entiendo y estoy de acuerdo de informar a Central Health y/o CommUnityCare sobre cualquier cambio dentro de diez (10) días laborales de que suceda el cambio. Ejemplos de cambios que deben ser reportados a Central Health y/o CommUnityCare incluyen cambios de

- | | |
|----------------------|---|
| a. domicilio | b. ingresos |
| c. tamaño de familia | d. elegibilidad para Ingresos de Seguro Suplemental (SSI) |
| e. embarazo | f. elegibilidad para algún otro programa de salud como Medicaid |

Si Central Health y/o CommUnityCare identifica un cambio no reportado, yo entiendo que mi cobertura puede ser terminada. También entiendo que esta aplicación será considerada sin tomar en cuenta su apariencia, etnicidad, religión, origen nacional, genero, condición de discapacidad, orientación sexual o creencia política.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Si la aplicación para servicios es aceptada, yo autorizo a cualquier médico u otro proveedor de servicios de salud, que comparta con el Patrocinador del Plan Médico la información sobre la condición médica o tratamiento médico de cualquier persona incluida bajo esta cobertura, cuando la información es considerada necesaria por el Patrocinador del Plan Médico para la disposición adecuada de un reclamo presentado para pago o cumplimiento de obligaciones impuestas al Patrocinador del Plan Médico por estatutos estatales y federales. Una fotocopia de esta autorización es considerada tan válida como la original.

PARA LOS CLIENTES QUE CALIFICAN PARA LOS BENEFICIOS DE MAP:

- La cobertura del Programa de Acceso Médico (MAP) está disponible solamente cuando un miembro recibe cuidado de los médicos y otros proveedores que tienen un acuerdo con MAP para proveer servicios.
- *Si un miembro de MAP es tratado por un médico, dentista, hospital u otro proveedor que no está en el "grupo" o sistema de MAP, el miembro es responsable de pagar por el cuidado que recibió fuera del grupo de MAP.*
- Del mismo modo, si un proveedor de MAP termina la relación con un miembro de MAP cuando el miembro no cumple con el plan del tratamiento médico (o dental), o por otras razones válidas, y otro proveedor de MAP no está disponible, el paciente es responsable de obtener y pagar por ese cuidado fuera del grupo de MAP.
- En resumen, la cobertura de MAP está disponible solamente cuando el tratamiento es dado por un proveedor de MAP.
- Autorizo la entrega de información de elegibilidad a compañías farmacéuticas que hacen auditoría a los archivos de miembros de MAP y el programa de escala de pago de CommUnityCare para participación en el programa de farmacia de bulto o con asistencia de recetas médicas.

----- Firma del Cliente	----- Fecha	----- Número de Identificación	
----- Firma del Esposo/a	----- Fecha	----- Número de Identificación	
----- Firma del Designado (por Cliente)	----- Fecha	----- Relación al Cliente	
----- Firma del Representante de Programa	----- Fecha	----- Firma del Representante del Programa	----- Fecha

El Programa de Acceso Médico atiende a las necesidades de salud de los residentes elegibles del Condado de Travis y está financiado por Central Health



CENTRAL HEALTH