



**APPLICANT RESPONSIBILITIES**

Central Health's Medical Access Program (MAP) and MAP BASIC (collectively, Program(s)) help people access health care by paying for certain health care services. Whether you qualify for MAP or MAP BASIC depends on your income, where you live, the availability of other health care coverage, and the existence of alternate sources of payment for health care. Your ethnicity, color, religion, creed, national origin, gender, disabling condition, sexual orientation, or political belief(s) will not be considered and will not affect your eligibility for these Programs.

By my signature below, I swear that all the statements I have made in connection with my application for these Program benefits, including my answers to all questions about income, county of residence, and other payment sources are true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that, because my eligibility for these Programs is based on my answers to these questions, any omission, failure or refusal to provide Central Health with requested information, or giving false or misleading information in response to eligibility questions, may cause Central Health to terminate my Program benefits and to seek recovery of any payment Central Health made, on my behalf for health care services.

I agree to report any of the following life changes to Central Health within 14 days of the date of the change:

- a. mailing address and telephone number
- b. address where I live
- c. any change in income that may affect my eligibility
- d. number of people who live with me/ or a household member becomes pregnant
- e. enrollment in Medicaid, CHIP, Medicare, or other private health insurance or notification that I am eligible for any coverage program that may pay for my care

If Central Health identifies an unreported change to any of these five material areas of my application, I understand that my Program benefits may be terminated and that Central Health can take any other action within its authority, including filing civil or criminal charges against me.

I understand that my enrollment in MAP and MAP Basic is conditioned on my agreement to allow Central Health to verify the statements I have made in connection with my application for Program benefits and that enrollment status may remain pending until such agreement is given and verification is obtained from a credible source (e.g., Social Security Administration or the Texas Workforce Commission). I further understand and agree that Central Health may request that I pay for a portion of the cost of my health care and that Central Health may recover any costs it paid for my health care from a third party in the event that I file a claim for personal injury damages.

Finally, I acknowledge and agree that my initials signify:

\_\_\_\_\_ My authorization for my employer, the Social Security Administration, the Texas Health & Human Services Commission, the Texas Department of State Health Services, and the Texas Workforce Commission to release benefits, enrollment, claims, wage, and other records to Central Health; and

\_\_\_\_\_ My authorization will be valid for a period of twelve months from the date I sign this Applicant Responsibilities form or until I revoke my authorization in a signed writing delivered to Central Health;

\_\_\_\_\_ My acknowledgement that I am responsible for ensuring that my mailing address, telephone number, and any cell phone number or email address I list beneath the next paragraph are accurate and are up to date (i.e. current) at all times during my Program enrollment; and

\_\_\_\_\_ (Optional) I understand there are risks associated with sending unencrypted text messages and emails, and I am providing my *consent* to receive information from Central Health regarding scheduled appointments, my application status, renewals and changes to Program coverage and benefits via—

Cell phone. My current cell phone number is \_\_\_\_\_

Email address. My current email address is \_\_\_\_\_.

-----  
Name of Applicant

-----  
Name of Personal Representative ("PR")

-----  
Signature of Applicant

-----  
Signature of Personal Representative

-----  
Program Identification Number

-----  
PR's Relationship to Applicant

-----  
Date

-----  
Date



**RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE**

Los Programas de Acceso Médico (MAP, por sus siglas en inglés) y MAP BASIC de Central Health (de aquí en adelante, conjuntamente llamados los Programas) le ayudan a las personas a obtener acceso a cuidados médicos, cubriendo los gastos de ciertos servicios médicos. Su posibilidad de calificar para MAP o MAP BASIC depende de sus ingresos, el lugar donde usted vive, la disponibilidad de otras coberturas de seguros médicos, y la existencia de otras fuentes de pago para obtener cuidados médicos. Su etnicidad, raza, religión, creencias, país de origen, sexo, condiciones incapacitantes, orientación sexual, o ideología política no será tomada en consideración y no afectará su elegibilidad para estos Programas.

Mi firma abajo indica que todas las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para obtener los beneficios de estos Programas, incluyendo todas las respuestas acerca de mis ingresos, Condado en el que vivo, y otras fuentes de pago, son reales y verdaderas según mi leal saber y entender. Entiendo que debido a que mi elegibilidad para estos Programas depende de mis respuestas a estas preguntas, cualquier omisión, incumplimiento o negativa en proporcionarle a Central Health la información requerida, o proporcionar información falsa o engañosa en respuesta a las preguntas de elegibilidad, podría resultar en que Central Health cancele mis beneficios bajo estos Programas y busque recuperar cualquier pago que haya hecho en mi nombre para la obtención de cuidados médicos.

Por este medio acuerdo notificar a Central Health de cualquiera de los cambios de vida listados a continuación dentro de los siguientes 14 días después la fecha en que ocurra dicho cambio:

- a. dirección de correo postal y número de teléfono
- b. dirección de mi hogar
- c. cualquier cambio de ingresos que afecte mi elegibilidad
- d. cantidad de personas que viven en mi hogar o si una de ellas resultara embarazada
- e. inscripción en Medicaid, CHIP, Medicare, o cualquier otro seguro médico privado, o ser notificado que califco para algún programa de cobertura que puede pagar mis cuidados

Si Central Health descubriera un cambio no reportado en cualquiera de estas cinco áreas fundamentales de mi aplicación, comprendo que podría cancelar mis beneficios bajo estos Programas y tomar cualquier medida que considere pertinente dentro de su autoridad, incluyendo presentar cargos civiles o criminales en mi contra.

Comprendo que mi inscripción en los Programas MAP y MAP Basic está condicionada a que he aceptado permitirle a Central Health verificar las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para obtener los beneficios de estos Programas, y que el estado de mi inscripción podría seguir estando pendiente hasta que se haga esta verificación y se obtenga confirmación de una fuente confiable (por ejemplo, la Administración del Seguro Social o la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas). Además, también comprendo y acepto que Central Health podría solicitar que yo pague una porción del costo de mis cuidados médicos, y recuperar cualquier pago que haya hecho por mis cuidados médicos a una tercera parte, en caso yo hubiera presentado un reclamo por daños por lesiones personales.

Por último, acepto y certifico que mis iniciales indican:

\_\_\_\_\_ Mi autorización para que mi empleador, la Administración del Seguro Social, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, y la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas liberen los expedientes de mis beneficios, inscripción, reclamos, salarios, y cualquier otro a Central Health; y

\_\_\_\_\_ Mi autorización tendrá una validez de 12 meses a partir de la fecha en que firme este formulario de Responsabilidades del Solicitante o hasta que yo revoque dicha autorización por escrito a Central Health;

\_\_\_\_\_ Mi aceptación de responsabilidad para asegurar que toda la información relacionada con mi dirección de correo postal, número de teléfono, y cualquier número de celular o dirección de correo electrónico que incluya bajo el siguiente párrafo es correcta y está actualizada (al día) en todo momento durante mi inscripción en los Programas; y

\_\_\_\_\_ (Opcional) Comprendo que existen riesgos al enviar mensajes de texto o correos electrónicos sin encriptar, y por este medio doy mi *consentimiento* a recibir información de Central Health relacionada con la programación de citas y el estado de mi aplicación, renovaciones, y cambios en la cobertura y beneficios de los Programas, por medio de:

- Teléfono celular. Mi número de teléfono celular actual es \_\_\_\_\_.
- Correo electrónico. Mi correo electrónico actual es \_\_\_\_\_.

-----  
Nombre del Solicitante

-----  
Nombre del Representante Personal (PR, por sus siglas en inglés)

-----  
Firma del Solicitante

-----  
Firma del Representante Personal

-----  
Número de Identificación del Programa

-----  
Relación del PR con el Solicitante

-----  
Fecha

-----  
Fecha