



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. Any change to my mailing address or telephone number
- b. Any change to the address where I live
- c. Any change in income that may affect my eligibility
- d. Any change in the 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 health 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 I am responsible for ensuring that my mailing address, telephone number, and any cell phone number or email address I provided in my application for these Program benefits are accurate and are up to date at all times during my Program enrollment.

I understand if I agreed to receive text messages or emails in my application for these Program benefits, I have provided my *consent* to receive information from Central Health regarding scheduled appointments, my application status, renewals and changes to Program coverage and benefits, and other important information via text message or email. I understand there are risks associated with sending unencrypted text messages and emails and that anyone with access to my email account or cell phone (such as a family member or employer) may be able to access these communications. I understand I may revoke my authorization for text messages or emails from Central Health at any time in a signed writing delivered to Central Health.

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).

By my signature below, I am authorizing 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. I understand that 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.

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.

By signing below I acknowledge I have read, understand, and agree to accept the above Applicant Responsibilities.

Printed Name of Applicant	Applicant Signature	Date
Printed Name of Spouse/Common Law Spouse	Spouse/Common Law Spouse Signature	Date
Printed Name of Application/Personal Representative	Application/Personal Representative Signature	
Relationship to the Applicant	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. Cualquier cambio en mi dirección postal o número de teléfono
- b. Cualquier cambio en la dirección de mi residencia
- c. Cualquier cambio de ingresos que afecte mi elegibilidad
- d. Cualquier cambio en la cantidad de personas que viven en mi residencia o si un miembro de mi hogar se embaraza
- e. Inscripción en Medicaid, CHIP, Medicare, o cualquier otro seguro médico privado, o ser notificado que califico para algún programa de cobertura que puede pagar mis cuidados médicos

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 soy responsable de asegurarme que mi dirección postal, número de teléfono, y cualquier número de teléfono celular o dirección de correo electrónico que yo haya proporcionado en mi aplicación para los beneficios de este programa sean correctos y se encuentren al día en todo momento durante el período de vigencia de mi inscripción en el programa.

Comprendo que si en mi aplicación yo acepté recibir mensajes de texto o correos electrónicos relacionados con los beneficios de este programa, también automáticamente *acepté* recibir información de Central Health relacionada con la programación de mis citas, el estado de mi aplicación, renovaciones, y cambios a la cobertura y/o beneficios del programa, además de otra información importante que puede ser enviada por medio de mensajes de texto o correos electrónicos. Comprendo que hay riesgos asociados con el envío de mensajes de texto y correos electrónicos no cifrados y que cualquier persona que tenga acceso a mi cuenta de correo electrónico o a mi celular (tal como un miembro de mi familia o mi empleador), podrá tener acceso a estas comunicaciones. Además, también comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización para recibir mensajes de texto o de correo electrónico de Central Health en cualquier momento, enviando una solicitud firmada a Central Health.

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).

Con mi firma a continuación, autorizo a mi empleador, la Administración del Seguro Social, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, el Departamento de Servicios de la Salud del Estado de Texas, y la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas a liberar los expedientes relacionados con mis beneficios, inscripción, reclamos, salarios, y cualquier otro registro a Central Health. Comprendo que esta autorización tendrá una vigencia por un período de 12 meses a partir de la fecha en la que yo firme este formulario de Responsabilidades del Aplicante o hasta que yo revoque esta autorización por medio de una solicitud firmada enviada a Central Health.

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.

Con mi firma a continuación, acepto que he leído, comprendo, y acepto los términos anteriores de las Responsabilidades del Aplicante.

Nombre en letra de molde de solicitante	Firm del Solicitante	Fecha
Nombre en letra de molde de esposo/a o cónyuge	Firma de esposo/a o cónyuge	Fecha
Nombre en letra de molde del representante del solicitante	Firma del Solicitante/Representante Personal	
Relación del representante con el solicitante	Fecha	