

## مسؤوليات مقدم الطلب

اقرأ كلا جانبي النموذج. يجب عليك التوقيع والتاريخ.

تساعد برامج **Central Health** الأشخاص على الوصول إلى الرعاية الصحية من خلال دفع ثمن أو تقديم خدمات رعاية صحية معينة. سواء كنت مؤهلاً للحصول على خدمات برنامج **MAP** أو خدمات **MAP** الأساسية كعضو أو المساعدة المالية من **Central Health** أو **Justice Involved Health** كأحد مرضاها ("برامج **Central Health**" ويشار إلى كل منها باسم "برنامج") فإن ذلك يعتمد على عوامل مثل دخلك، ومكان إقامتك، وتوافر تغطية رعاية صحية أخرى، ووجود مصادر بديلة للدفع مقابل الرعاية الصحية. ومع ذلك، لن يتم أخذ عرقك أو لونك أو دينك أو عقيدتك أو أصلك القومي أو جنسك أو حالتك الإعاقة أو التوجه الجنسي أو معتقدك (معتقداتك) السياسية في الاعتبار ولن تؤثر على أهليتك لهذه البرامج.

بتوقيعي أدناه، أقسم أن جميع البيانات التي أدليت بها فيما يتعلق بطلبي للتأهل لبرامج **Central Health**، بما في ذلك إجاباتي عن جميع الأسئلة حول الدخل، ومقاطعة الإقامة، ومصادر الدفع الأخرى، صحيحة ودقيقة على حد علمي ومعتقدي. أفهم أنه نظرًا لأن أهليتي لهذه البرامج تعتمد على إجاباتي عن هذه الأسئلة، فإن أي إغفال أو فشل أو رفض لتزويد **Central Health** بالمعلومات المطلوبة أو تقديم معلومات خاطئة أو مضللة ردًا على أسئلة الأهلية، قد يتسبب في قيام **Central Health** بإنهاء مشاركتي في برامج **Central Health** والسعي إلى استرداد أي مبلغ دفعته **Central Health** نيابة عني مقابل خدمات الرعاية الصحية.

أوافق على الإبلاغ عن أي من التغييرات الحياتية التالية إلى **Central Health** في غضون 14 يومًا من تاريخ التغيير:

- a. أي تغيير في عنوان بريدي أو رقم هاتفي
- b. أي تغيير في العنوان الذي أعيش فيه
- c. أي تغيير في الدخل قد يؤثر على أهليتي
- d. أي تغيير في عدد الأشخاص في منزلي، بما في ذلك أحد أفراد الأسرة، يصبح حاملاً
- e. التسجيل في **Medicaid** أو **CHIP** أو **Medicare** أو أي تأمين صحي خاص آخر أو الإخطار بأنني مؤهل لأي برنامج تغطية قد يدفع تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بي

إذا حددت **Central Health** أي تغييرات في الحياة غير المبلغ عنها تنطبق على أهليتي للبرنامج، فأنا أفهم أن مشاركتي في البرنامج قد تنتهي وأن **Central Health** يمكن أن تتخذ أي إجراء آخر ضمن سلطتها، بما في ذلك رفع دعاوى مدنية أو جنائية ضدي.

Y

يجب أن تكمل الجزء الخلفي من النموذج. →



أفهم أن تسجيلي في أحد برامج Central Health مشروط بموافقتي على السماح لـ Central Health بالتحقق من البيانات التي قدمتها فيما يتعلق بطلبي للحصول على مزايا البرنامج وأن حالة التسجيل قد تظل معلقة حتى يتم تقديم هذه الموافقة والحصول على التحقق من مصدر موثوق (على سبيل المثال، إدارة الضمان الاجتماعي أو لجنة القوى العاملة في تكساس). أفهم وأوافق أيضاً على أن Central Health قد تطلب مني دفع جزء من تكلفة الرعاية الصحية الخاصة بي وأن Central Health قد تسترد أي تكاليف دفعتها مقابل الرعاية الصحية الخاصة بي من طرف ثالث في حالة تقديمي مطالبة بسبب أضرار إصابة شخصية.

#### استخدام مستندات الأهلية

إذا لم أكن مؤهلاً للتسجيل في خدمات برنامج MAP أو خدمات MAP الأساسية وكنت مسجلاً حالياً في برنامج مقياس الرسوم المتدرج الخاص بـ CommUnityCare، فأنا أوافق على قيام CommUnityCare بمشاركة معلومات ومستندات أسرتي مع Central Health ("معلومات التسجيل"). أوافق أيضاً على أن تقوم Central Health باستخدام معلومات التسجيل الخاصة بي والاعتماد عليها لتحديد أهليتي لبرنامج المساعدة المالية من Central Health.

#### الموافقة على الرسائل النصية والتواصل عبر البريد الإلكتروني

أفهم أنه إذا وافقت على تلقي رسائل نصية أو رسائل بريد إلكتروني في طلبي للحصول على مزايا البرنامج هذه، فقد قدمت موافقتي على تلقي معلومات من Central Health فيما يتعلق بالمواعيد المجدولة وحالة طلبي والتجديدات والتغييرات على تغطية البرنامج ومزاياه، وغيرها من المعلومات المهمة عبر الرسائل النصية أو البريد الإلكتروني. أفهم أن هناك مخاطر مرتبطة بإرسال رسائل نصية ورسائل بريد إلكتروني غير مشفرة وأن أي شخص لديه حق الوصول إلى حساب بريدي الإلكتروني أو هاتفي المحمول (مثل أحد أفراد الأسرة أو صاحب العمل) قد يكون قادرًا على الوصول إلى هذه الاتصالات. أفهم أنه بإمكانني إلغاء تفويض إرسال الرسائل النصية أو رسائل البريد الإلكتروني من Central Health في أي وقت من خلال كتابة موقعة يتم تسليمها إلى Central Health.

#### تفويض التحقق من قبل طرف ثالث

بتوقيعي أدناه، أؤوض صاحب العمل الخاص بي، وإدارة الضمان الاجتماعي، ولجنة الصحة والخدمات الإنسانية في تكساس، ووزارة خدمات الصحة بالولاية في تكساس، ولجنة القوى العاملة في تكساس لإصدار السجلات المتعلقة بالمزايا والتسجيل والمطالبات والأجور وغيرها من السجلات إلى Central Health. أفهم أن تفويضي سيكون صالحاً لمدة اثني عشر شهراً من تاريخ توقيعي على نموذج مسؤوليات مقدم الطلب هذا أو حتى أقوم بإلغاء تفويضي في خطاب موقع يتم تسليمه إلى Central Health.

اسم مقدم الطلب بخط واضح	توقيع مقدم الطلب	التاريخ
اسم الزوج/الزوجة في القانون بخط واضح	توقيع الزوج/الزوجة في القانون العام	التاريخ
اسم مقدم الطلب/الممثل الشخصي بخط واضح	توقيع مقدم الطلب/الممثل الشخصي	التاريخ
الصلة بمقدم الطلب		