

Trách Nhiệm của Người Nộp Đơn

Đọc cả hai mặt của mẫu đơn. Bạn phải ký tên và ghi ngày tháng.

Các chương trình của Central Health giúp mọi người tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe bằng cách chi trả hoặc cung cấp một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhất định. Việc bạn có đủ điều kiện để tham gia chương trình MAP hoặc MAP Basic với tư cách là thành viên, hoặc chương trình Hỗ Trợ Tài Chính (Financial Assistance) hay Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Liên Quan Đến Hệ Thống Tư Pháp (Justice Involved Health) của Central Health với tư cách là bệnh nhân (gọi chung là “Các Chương Trình Central Health”, và mỗi chương trình được gọi là “Chương Trình”), phụ thuộc vào các yếu tố như thu nhập của bạn, nơi bạn sinh sống, khả năng tiếp cận các bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác và sự tồn tại của các nguồn thanh toán thay thế cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, dân tộc, màu da, tôn giáo, tín ngưỡng, quốc tịch, giới tính, tình trạng khuyết tật, khuynh hướng tình dục hoặc (các) quan điểm chính trị của bạn sẽ không được xem xét và sẽ không ảnh hưởng đến tư cách tham gia của bạn đối với các Chương Trình này.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi cam đoan rằng tất cả thông tin tôi đã cung cấp trong hồ sơ đăng ký tham gia Các Chương Trình Central Health, bao gồm các câu trả lời cho tất cả các câu hỏi liên quan đến thu nhập, nơi cư trú, và các nguồn thanh toán khác là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng, vì điều kiện tham gia các Chương Trình này dựa trên những câu trả lời tôi cung cấp, nên nếu có bất kỳ sự thiếu sót, không cung cấp hoặc từ chối cung cấp thông tin theo yêu cầu hoặc cung cấp thông tin sai lệch hoặc gây hiểu lầm khi trả lời các câu hỏi liên quan đến điều kiện tham gia, Central Health có thể chấm dứt quyền tham gia của tôi trong Các Chương Trình của Central Health và yêu cầu tôi hoàn trả các khoản thanh toán mà Central Health đã chi trả thay cho tôi đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Tôi đồng ý thông báo cho Central Health trong vòng 14 ngày kể từ ngày có bất kỳ thay đổi về cuộc sống nào sau đây:

- | | |
|--|--|
| a. Bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ gửi thư hoặc số điện thoại của tôi | d. Bất kỳ thay đổi nào về số lượng người trong hộ gia đình tôi, bao gồm cả việc một thành viên trong hộ gia đình mang thai |
| b. Bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ nơi tôi sống | e. Đang tham gia Medicaid, CHIP, Medicare hoặc bảo hiểm y tế tư nhân khác, hoặc thông báo rằng tôi đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình bảo hiểm nào có thể chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi |
| c. Bất kỳ thay đổi nào về thu nhập có thể ảnh hưởng đến điều kiện tham gia của tôi | |

Nếu Central Health phát hiện bất kỳ thay đổi nào chưa được thông báo liên quan đến điều kiện tham gia Chương Trình, tôi hiểu rằng Central Health có thể chấm dứt quyền tham gia Chương Trình của tôi và thực hiện bất kỳ hành động nào khác trong thẩm quyền, bao gồm khởi kiện dân sự hoặc hình sự đối với tôi.

Bạn phải hoàn thành mẫu đơn ở mặt sau. →



Tôi hiểu rằng việc tôi được tham gia vào Chương Trình Central Health phụ thuộc vào sự đồng ý của tôi cho phép Central Health xác minh các thông tin mà tôi đã cung cấp trong hồ sơ đăng ký hưởng phúc lợi của Chương Trình và tình trạng tham gia của tôi có thể tạm thời chưa được xác nhận cho đến khi tôi cung cấp sự đồng ý này và Central Health xác minh được thông tin từ nguồn đáng tin cậy (ví dụ: Cơ Quan An Sinh Xã Hội hoặc Ủy Ban Lực Lượng Lao Động Texas). Tôi cũng hiểu và đồng ý rằng Central Health có thể yêu cầu tôi thanh toán một phần chi phí chăm sóc sức khỏe của tôi và Central Health có thể thu hồi bất kỳ khoản chi phí nào mà họ đã thanh toán cho việc chăm sóc sức khỏe của tôi từ bên thứ ba trong trường hợp tôi nộp đơn yêu cầu bồi thường thiệt hại thương tích cá nhân.

Sử Dụng Hồ Sơ Xác Định Điều Kiện

Nếu tôi không đủ điều kiện tham gia MAP hoặc MAP Basic và hiện đang tham gia chương trình thang phí trượt của CommUnityCare, tôi đồng ý cho CommUnityCare chia sẻ thông tin hộ gia đình và hồ sơ của tôi với Central Health (gọi chung là "Thông Tin Đăng Ký Tham Gia"). Tôi cũng đồng ý cho Central Health sử dụng và dựa vào Thông Tin Đăng Ký Tham Gia của tôi để xác định xem tôi có đủ điều kiện tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của Central Health hay không.

Đồng Ý Nhận Tin Nhắn Văn Bản và Email

Tôi hiểu rằng nếu tôi đồng ý nhận tin nhắn văn bản hoặc email trong đơn đăng ký nhận các phúc lợi của Chương Trình này, tôi đã đồng ý nhận thông tin từ Central Health về các cuộc hẹn đã lên lịch, trạng thái đơn đăng ký, việc gia hạn và thay đổi phạm vi bảo hiểm và phúc lợi của Chương Trình, cũng như các thông tin quan trọng khác qua tin nhắn văn bản hoặc email. Tôi hiểu rằng việc gửi tin nhắn văn bản và email không được mã hóa có những rủi ro nhất định, và bất kỳ ai có quyền truy cập vào tài khoản email hoặc điện thoại di động của tôi (chẳng hạn như thành viên gia đình hoặc chủ lao động) đều có thể truy cập các thông tin liên lạc này. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi sự cho phép của mình đối với tin nhắn văn bản hoặc email từ Central Health vào bất cứ lúc nào bằng văn bản có chữ ký gửi đến Central Health.

Ủy Quyền Xác Minh Thông Tin Từ Bên Thứ Ba

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi cho phép người sử dụng lao động của tôi, Cơ Quan An Sinh Xã Hội (Social Security Administration), Ủy Ban Y Tế & Dịch Vụ Nhân Sinh Texas (Texas Health & Human Services Commission), Sở Y Tế Tiểu Bang Texas (Texas Department of State Health Services), và Ủy Ban Lực Lượng Lao Động Texas (Texas Workforce Commission) cung cấp các thông tin về quyền lợi, hồ sơ tham gia, yêu cầu bồi thường, tiền lương và các hồ sơ liên quan cho Central Health. Tôi hiểu rằng giấy ủy quyền này có hiệu lực trong vòng 12 tháng kể từ ngày tôi ký vào mẫu đơn Trách Nhiệm của Người Nộp Đơn này, hoặc cho đến khi tôi gửi văn bản hủy ủy quyền có chữ ký đến Central Health.

Tên viết hoa của người nộp đơn	Chữ ký của người nộp đơn	Ngày
Tên viết hoa của vợ/chồng/bạn đời sống chung	Chữ ký của vợ/chồng/bạn đời sống chung	Ngày
Tên viết hoa của người nộp đơn/người đại diện cá nhân	Chữ ký của người nộp đơn/người đại diện cá nhân	Ngày
Mối quan hệ với người nộp đơn		