

Declaración y Derechos del programa de Healthy Kids

Número de Solicitud: _____

Nombre del Asistente Certificado: _____

Yo declaro que cada niño por el que estoy solicitando:

- es residente del Condado de San Mateo;
- es menor de 19 años de edad;
- no está en un hospital para enfermos mentales.

También declaro que:

1. Todas las personas que figuran en esta solicitud cumplirán con las normas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución del Programa Healthy Kids.
2. Acepto pagar el seguro médico. Si no pago esas primas mensual, entiendo que el seguro de mi hijo(a) puede ser cancelado.
3. Yo entiendo que tengo que reportar al Health Coverage Unit al teléfono 650-616-2002 dentro de 10 días si hay algún cambio tal como niños adicionales, ingresos, residencia, u obtuve seguro de salud a través mi empleador o de otro origen.
4. Entiendo que, si mis hijos tenían seguro médico por mi empleador y lo cancele sin causa justificada, tengo que esperar seis (6) meses antes de que mi niño pueda ser elegible para el programa de Healthy Kids.
5. Entiendo que si la información que proporcione como parte de mi solicitud sea inexacta o falsa, mis hijos serán inmediatamente descalificados del programa de Healthy Kids. Entiendo que también puedo ser facturado retroactivo por servicios cubierto anteriormente por el programa Healthy Kids. Entiendo que brindar información falsa con fin de obtener ilícitamente beneficios puede también ser un delito.
6. Yo entiendo que la información que he dado, está sujeta a verificación y al firmar éste documento, yo doy permiso de que las agencias apropiadas sean contactadas para el único propósito de verificar dicha información sobre mi cobertura médica y la cobertura médica de los miembros de mi familia. La información dada, SOLO se podrá utilizar para cosas relacionadas con esta solicitud.
7. Entiendo que si mi hijo(a) es elegible para Medi-Cal Completo u otros programas estatales y federales, tales como "Covered California", entonces mi hijo(a) será dado de baja del programa Healthy Kids.

Aviso de Derecho a Privacidad

Legalmente, el Acta de Prácticas de Información de 1977 y el Acta Federal de Privacidad de 1974 requieren que el Programa Healthy Kids notifique de lo siguiente a las personas a quienes Healthy Kids les pide cierta información:

- La información personal y médica que le piden es para corroborar la identificación del miembro del plan de salud y para asistir con la administración del programa. La información de los miembros sólo puede ser compartida con agencias estatales y locales involucradas en la administración de programas de salud.
- La información sobre personas que no son aceptadas como miembros del plan sólo se usa con el propósito de determinar si califican o no para el programa, y para administración general. Si la persona se niega proveer la información necesaria este formulario será devuelto al solicitante como incompleto.
- La única información que no es obligatoria para el formulario es:
 - números de seguro social,
 - grupo étnico, y
 - Cualquier otro dato que ha sido marcado como voluntario o como opcional

Resolución de Disputas

Si usted cree que se ha hecho un error con la determinación de elegibilidad de su hijo(s) para el programa de Healthy Kids, usted tiene 60 días de la fecha en la que se le notifica para pedir una apelación. Usted tendrá que ponerse en contacto con Health Coverage Unit al teléfono (650) 616-2002 o por escrito a: Healthy Coverage Unit, Healthy Kids Program Supervisor, 701 Gateway Blvd. Suite 400, South San Francisco, CA 94080.

Firma y Certificación

He leído y entiendo las instrucciones de esta aplicación, las declaraciones, y toda la información que está impresa en esta aplicación. Declaro que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas, y las he dado de buena fé y en pleno uso de razón. Yo entiendo que si yo he dado información falsa, a mi(s) hijo(s) le(s) pueden ser negado(s) los beneficios o pueden ser dado(s) de baja del programa. Yo entiendo que la declaración sostenida arriba es verdadera mientras mi hijo sea miembro del programa Healthy Kids.

Firma de solicitante: _____

Fecha: _____

Testigo (si el solicitante ha firmado con una señal): _____

Fecha: _____