

Formulario de Inscripción al Programa de Expansión de Cobertura del Condado de San Mateo (MCE)

Numero de Solicitud Original de One-e-App: _____

Asistente Certificado(a): _____

Solicitante: _____

Yo declaro:

1. Soy residente del Condado de San Mateo.
2. Mi ingreso familiar en bruto es igual o menos de 133% del nivel federal de pobreza, como se indica en la página de Internet del Centro Medico de San Mateo.
<http://www.sanmateomedicalcenter.org/content/FinancialAssistance.htm>.
3. La información que he proporcionado en esta solicitud es correcta
4. Yo no soy elegible o capaz de obtener Medi-Cal completo o Medi-Cal con costo compartido.
5. Yo no soy elegible o capaz de obtener Medicare Parte A o Parte

He leído y reconozco cada uno de los puntos a continuación:

1. Entiendo que el Programa MCE no es un seguro médico y sólo es válido en pre-aprobadas facilidades del Centro Médico de San Mateo, Centro de Salud Familiar de Ravenswood y en las farmacias asociadas y previamente autorizadas, a excepción de las emergencias.
2. Yo entiendo que cuando selecciono una clínica de proveedor de atención primaria también estoy seleccionando una farmacia donde voy a recoger mis medicamentos.
3. Yo entiendo que mi elegibilidad en el programa de MCE del condado de San Mateo es de un año, y después de un año el programa se vencerá y tender que volver a solicitar el programa. El período de elegibilidad puede incluir cobertura retroactiva.
5. Yo entiendo que como mi ingreso es igual o menos del 133% del nivel federal de pobreza, yo no seré responsable por costos del programa, co-pagos, o cargos al momento del servicio Sin embargo, puedo ser responsable de la recuperación de bienes, como se indica en el párrafo 7
7. Yo entiendo que mi elegibilidad al programa de MCE de San Mateo será revisado antes de hospitalización o cirugía del mismo día. Puedo ser responsable de recuperación de bienes
8. Yo entiendo que si tengo seguro de salud privado o del empleador, el Programa de MCE del Condado de San Mateo será la cobertura secundaria y mi seguro de salud privado o del empleador será la cobertura primaria.
9. Yo entiendo que si llego a tener un seguro de salud durante este año, tengo que notificar al personal del programa inmediatamente. Entiendo que de no hacerlo, dará lugar a la facturación de todos los cargos después de la fecha de vigencia de la cobertura de salud ya que el seguro de salud ahora será mi cobertura de salud primaria.
10. Yo entiendo que si me piden que solicite Medi-Cal o cualquier otro programa, tengo que hacerlo, y que tal vez seré dado de baja del programa MCE del Condado de San Mateo y que esta cancelación de inscripción puede ser retroactiva si no sigo el proceso de la solicitud.
11. Yo entiendo que si soy elegible para un programa federal o estatal por razones de edad u otras circunstancias que puedo ser dado de baja del programa de MCE del Condado de San Mateo y que esta cancelación de la inscripción puede ser retroactiva.
12. Reconozco que he recibido un folleto de los programas de asistencia financiera y del Programa de MCE del Condado de San Mateo y me comprometo a respetar los términos y condiciones del programa.
13. Yo entiendo que si la información que proporcione como parte de mi solicitud resulta ser incorrecta, seré inmediatamente descalificado del programa de MCE del Condado de San Mateo y puedo ser facturado retroactivo por todos los servicios cubiertos anteriormente bajo el programa de MCE del Condado de San Mateo. Entiendo que el proporcionar información falsa a fin de obtener ilícitamente beneficios también puede ser un delito

14. Yo entiendo que si se me niega la elegibilidad o soy dado de baja del programa MCE del Condado de San Mateo por cualquier razón, tengo derecho a un proceso de apelación de dos pasos. Puedo completar y presentar un formulario de apelación dentro de los sesenta (60) días después de la notificación de negación o cancelación de la inscripción.

- El paso primero de apelación es una revisión de elegibilidad individual (Individual Eligibility Review IER) para apelar cualquier cuestión financiera y no financiera relacionada con mi elegibilidad y la capacidad de pagar.
- Si no estoy satisfecho con la decisión del proceso de IER, puedo apelar a la elegibilidad y la comisión de evaluación financiera (Financial Review Committee EFRC).
- Si no estoy satisfecho con el proceso de apelación EFRC como se anota arriba, puedo pedir una audiencia estatal.

15. Yo entiendo que los derechos y las declaraciones anteriores se aplican siempre y cuando sea participante en el programa de MCE del Condado de San Mateo. Yo entiendo que esta forma de derechos y declaraciones sólo se requiere en mi primera solicitud al programa de MCE del Condado de San Mateo y no durante mi renovación del programa de MCE del condado de San Mateo.

Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada es verdadera y correcta. Además, al firmar a continuación, por la presente autorizo al personal del Condado de San Mateo, agentes o contratistas, a verificar y/o investigar mi elegibilidad. Dicha investigación/verificación puede incluir la obtención y uso de la información y los documentos que poseen otros organismos públicos y privados, incluyendo pero no limitado a, los registros del departamento de servicios de manutención infantil. (Department of Child Support Services).

Firma Del Participante _____ **Fecha** _____