

Derechos y Responsabilidades del Acceso a Cuidado para Todos (ACE) del Condado de San Mateo

No. de Solicitud Original de One-e-App: _____

Consejero de Inscripción Certificado (CEC): _____

Solicitante: _____

Declaro que:

1. Soy residente del Condado de San Mateo.
2. Mi ingreso bruto mensual familiar está bajo el 200% del índice federal de pobreza como se indica en la pagina de internet del Centro Medico de San Mateo: (ver abajo para el enlace) <http://www.sanmateomedicalcenter.org/content/FinancialAssistance.htm>
3. La información sometida para esta solicitud es correcta..
4. No soy elegible y no puedo obtener Medi-Cal completo o Medi-Cal con pagos complementarios en el mejor de mi conocimiento.
5. No soy elegible y no puedo obtener Medicare parte A o B en el mejor de mi conocimiento.
6. En este momento no puedo obtener ningún seguro privado en el mejor de mi conocimiento..

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

1. Entiendo que el programa ACE no es un programa de seguro médico y solamente es válido en las facilidades pre-aprobadas del Centro Médico de San Mateo, Centro de Salud Familiar de Ravenswood, North East Medical Services o en las clínicas previamente autorizadas y farmacias asociadas.
2. Entiendo que al seleccionar mi Clínica de Cuidados Primarios estoy seleccionando también la farmacia donde me surtirán mis recetas.
3. Entiendo que si soy elegible para Medi-Cal u otros programas estatales y federales, tales como "Covered California", entonces voy a ser dado de baja del programa ACE.
4. Entiendo que mi elegibilidad para el programa ACE vencerá un año a partir de la fecha de efectiva del programa y deberé solicitar renovación a partir de entonces. El periodo de elegibilidad puede incluir cobertura retroactiva a partir del primer día del mes que se inició el proceso de la solicitud.
5. Entiendo que si mis ingresos están entre el 138% a 200% del nivel federal de pobreza, me cobrarán \$360 como cuota de inscripción no reembolsable, el cual estoy de acuerdo a pagar. Esta cuota se aplica sin importar el número de meses de cobertura en el programa. Entiendo que soy responsable de pagar todas las cuotas del programa, pagos complementarios y otros cargos. Entiendo que asistencia financiera puede estar disponible para la cuota de inscripción basado en mis finanzas personales y las circunstancias de mi salud . Entiendo que puedo preguntar a un Consejero de Inscripción Certificado como solicitar asistencia.. Entiendo que seré referido a una agencia de colección si no he pagado mi cuota de inscripción una vez que el periodo de cobertura ha terminado.
6. Si mi elegibilidad para el programa ACE se extiende mas allá del periodo inicial de cobertura de doce meses debido a que otro miembro de la familia se inscriba en ACE o Healthy Kids, mi cuota de inscripción se ajustará para que coincida con el número de meses en los que tengo cobertura. No habrá ninguna reducción ni reembolso de la cuota si decido darme de baja del ACE o que ya no sea elegible por cualquier

motivo, incluso debido a la inscripción en otros servicios de salud públicos y/o privados disponibles.

7. Entiendo que mi elegibilidad al programa ACE será revisada antes de cualquier hospitalización o cirugía ambulatoria. Yo podré ser responsable por Recuperación de Herencia
8. Entiendo que si estoy inscrito en un seguro de salud durante este año, debo notificar de inmediato al Plan de Salud de San Mateo al (650) 616-2194 Entiendo que en fallar en hacer esto, significa que recibiré facturas de todos los cargos efectuados después de la fecha de efectividad de mi cobertura de salud.
9. Entiendo que si se me pide solicitar cobertura de Medi-Cal o cualquier otro programa federal o estatal, debo hacerlo. Puedo ser dado de baja del programa ACE si no le doy seguimiento al proceso de solicitud de Medi-Cal o cualquier otro programa federal o estatal.
10. Entiendo que la elegibilidad para otros programas públicos, tales como Medi-Cal, puede resultar a que yo tuviera reponsabilidades financieras adicionales que son requisitos de esos programas..
11. Reconozco que he recibido una copia del folleto de los Programas de Asistencia Financiera y del Programa ACE y que estoy de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones.
12. Entiendo que si la información que proporcioné como parte de mi solicitud de inscripción está incorrecta, seré descalificado inmediatamente del programa ACE. Entiendo que posiblemente recibiré cobros en forma retroactiva por todos los servicios cubiertos anteriormente bajo el Programa ACE. Entiendo que proporcionar información incorrecta para obtener ilícitamente beneficios puede ser una ofensa criminal.
13. Entiendo que debo notificar a la Unidad de Cobertura de Sauld al (650) 616-2002 dentro de los 10 días si hay algún cambio en mis ingresos, dirección o estatus migratorio.
14. Entiendo que si se me niega elegibilidad, o se me da de baja del Programa ACE por cualquier razón, o deseo pedir exoneración o reducción de pagos complementarios, cuotas o cargos, tengo el derecho a un proceso de apelación de dos pasos. Puedo completar y someter un formulario de apelación dentro de los sesenta (60) días después de la notificación de rechazo o cancelación de la inscripción.
 - El primer paso de apelación es una Revisión de Elegibilidad (IER) para apelar cualquier problema financiero y no financiero relacionado con mi elegibilidad y habilidad para pagar.
 - Si no estoy satisfecho con la decisión del proceso de IER, podré apelar al Comité de Revisión Financiera y Elegibilidad (EFRC).
15. Entiendo que los derechos y declaraciones mencionados anteriormente aplicarán siempre y cuando sea un participante del programa ACE. Entiendo que esta forma de derechos y declaraciones es requerida solamente en mi inscripción inicial y no durante mi renovación del Programa

Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta. Al firmar abajo, por este medio autorizo al personal, agentes y contratistas del Condado tales como programas de asistencia del paciente de los fabricantes de farmacéuticos a verificar y/o investigar mi elegibilidad. Dicha investigación o verificación puede incluir la adquisición y uso de información y documentos en posesión de otras agencias públicas y privadas.

Firma del Participante _____ **Fecha** _____