

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA CON DESCUENTO (DHC)

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre:		Número de Expediente:
Fecha de nacimiento:	#SS:	Teléfono:
Dirección:		Otro número de teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

## INFORMACIÓN DE LA VISITA

Fecha(s) de la cuenta médica que necesita cobertura.

## FIRMAS

**Declaro que:**

Mi ingreso bruto (cantidad antes de deducciones) mensual familiar es \$ \_\_\_\_\_ y mi familia está compuesta de \_\_\_\_\_ personas.

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

1. Entiendo que el programa DHC no es un seguro médico y solamente es válido en las facilidades del Centro Médico de San Mateo y en las farmacias asociadas y previamente autorizadas.
2. Entiendo que al seleccionar mi clínica de Cuidados Primarios estoy seleccionando también la farmacia donde se me surtirán mis recetas.
3. Entiendo que mi elegibilidad de DHC vence en un año a partir de la fecha efectiva del programa y tendré que solicitar renovación de mi programa a partir de entonces. El período de elegibilidad podrá incluir cobertura retroactiva.
4. Entiendo que mi elegibilidad de DHC será revisada antes de cualquier hospitalización o cirugía ambulatoria.
5. Entiendo que se me exigirá un depósito de \$150 en cada visita a la clínica y sala de emergencia. Esta cantidad se aplicará a la visita y recibiré una factura por la diferencia. Entiendo que el monto de mi pago no será mayor a la cantidad que el Centro Médico de San Mateo recibe por suministrar los servicios médicos en cuestión por parte de Medicare, Medi-Cal, Healthy Families o cualquier otro programa de beneficios de salud patrocinados por el gobierno, en los cuales el Centro Médico de San Mateo participa.
6. Entiendo que un Plan de Cancelación Prolongada libre de intereses está a mi disponibilidad, cuyos términos serán basados en mi habilidad de pago.
7. Entiendo que si se me pide solicitar cobertura de Medi-Cal u otro programa, deberé hacerlo.
8. Reconozco que he recibido copia del folleto de Programas de Asistencia Financiera y estoy de acuerdo en atenerme a los términos y condiciones de este.
9. Entiendo que si la información que proporciono como parte de la solicitud de inscripción está incorrecta, seré descalificado (a) inmediatamente del programa y recibiré cobros en forma retroactiva de servicios prestados anteriormente cubiertos bajo el programa DHC. También entiendo que proporcionar información incorrecta para obtener algún beneficio es ilegal y constituye una ofensa criminal.
10. Entiendo que si se me niega elegibilidad, o se me descalifica del DHC por alguna razón, o deseo pedir exoneración o reducción de pagos complementarios, cuotas o cargos; tengo derecho a un proceso de apelación de dos pasos y se me permitirá presentar evidencia de elegibilidad o argumentar circunstancias especiales basadas en mi incapacidad de pago. Podré completar y someter a aprobación el formulario de apelación dentro de los 60 días subsiguientes a la notificación de rechazo o descalificación. Recibiré una respuesta por escrito dentro de los próximos 30 días laborales a partir de la fecha en que mi apelación fue recibida.
  - a. El primer paso de apelación es una Revisión de Elegibilidad Individual (IER) para apelar cualquier problema financiero o no financiero relacionado con mi elegibilidad y capacidad de pago.
  - b. Si no estoy satisfecho (a) con la decisión del proceso de IER, podré apelar al Comité de Revisión Financiera y Elegibilidad (EFRC).

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 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, incluyendo, pero sin limitarse, a los registros del Departamento de Servicios de Manutención de Hijos.

Firma del Participante:

Fecha: