

COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM (CMSP)
(Programa de servicios médicos de los condados)
DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y OTRA INFORMACIÓN

Escribir con letra de imprenta el nombre del solicitante	Fecha
Escribir con letra de imprenta el nombre de la persona que actúa en nombre del solicitante	Parentesco con el solicitante

Asegúrese de leer cada sección y, de firmar y fechar. Lea lo siguiente atentamente antes de firmar.

- Entiendo que estoy realizando una solicitud en el programa de servicios médicos de los condados (*County Medical Services Program* o CMSP) y *no* en el programa estatal de Medi-Cal.
- Entiendo que no tengo derecho a recibir prestaciones del programa CMSP si estoy huyendo para evitar procesamiento, custodia o confinamiento después de haber sido condenado por un delito, el cual es un delito grave bajo las leyes del lugar del que huyo, o estoy violando una condición del periodo de prueba o libertad condicional impuesta bajo la ley federal o estatal.
- Entiendo que he declarado ciudadanía o estado de inmigración en el formulario CMSP 210, MC 13, MC 210, SAWS 2, o en otro formulario de Medi-Cal. Entiendo que mi declaración de ciudadanía o estado de inmigración para la determinación de mis derechos bajo Medi-Cal también se utilizará para determinar mis derechos bajo el programa CMSP.

DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y OTRA INFORMACIÓN REFERENTES A CMSP

Usted tiene derecho a:

- Pedir un intérprete para que le ayude a solicitar prestaciones bajo el programa CMSP si tiene dificultad hablando o entendiendo el idioma inglés.
- Ser tratado/a justamente y con igualdad a pesar de su raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad o creencias políticas.
- Solicitar prestaciones bajo el programa CMSP y a que se le comunique por escrito si usted cumple o no con los requisitos necesarios para recibir prestaciones bajo dicho programa, aunque el representante del condado le explique durante la entrevista que parece ser que usted tiene, o no, ahora derecho a recibirlas.
- Leer los manuales que contienen las normas del CMSP si desea usted cuestionar las bases de la aprobación o denegación de su derecho a recibir prestaciones bajo el programa.
- Recibir una tarjeta de identificación (llamada en inglés *Benefits Identification Card* o BIC) tan pronto como sea posible si tiene una emergencia médica.
- Que el condado mantenga de forma confidencial toda información que usted le proporcione.
- Cumplir con los requisitos para recibir prestaciones bajo el CMSP al reducir sus reservas de propiedad al límite de propiedad de dicho programa el último día de cualquier mes, incluso en el mes de su solicitud.
- Recibir una explicación de las posibles maneras en que puede deshacerse de su exceso de propiedad mientras que reciba una consideración adecuada.
- Hablar a un representante del servicio social sobre otros servicios o recursos privados o públicos que quizás se encuentren disponibles para usted.
- Solicitar una audiencia del condado si no está satisfecho/a con una acción tomada, o no tomada, por parte del departamento de servicios sociales (*Department of Social Services*) del condado. Si desea tener dicha audiencia, debe solicitar una dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se le envió por correo la “notificación de acción” (*Notice of Action*). Si usted no recibe una “notificación de acción”, debe solicitar la audiencia dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que usted tuvo conocimiento de la acción con la que se encuentra insatisfecho.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Presentar verificación, cuando sea solicitada, de que usted es un residente del condado donde esté solicitando prestaciones bajo el programa CMSP.
- Decir a su proveedor médico (médico, dentista, etc.) que usted ha solicitado prestaciones bajo CMSP o que es un beneficiario de dicho programa.
- Firmar y guardar su tarjeta de identidad (BIC) y utilizarla sólo para obtener la asistencia médica necesaria.
- Llevar su BIC a su proveedor médico cuando reciba asistencia médica o tan pronto como sea posible si usted recibe servicios y no la tiene consigo en ese momento.
- Proporcionar un número del Seguro Social al condado o solicitar uno.
- Solicitar prestaciones de Medicare si es usted ciego/a, está discapacitado/a o si tiene 64 años y 9 meses de edad o más y tiene derecho a recibir estas prestaciones.
- Solicitar los ingresos que pueda usted o los miembros de su familia recibir.
- Comunicar al departamento del condado sobre cualquier seguro de asistencia médica que usted tenga o que tenga derecho a tener.

- Utilizar el seguro médico que tenga antes de utilizar el CMSP.
- Comunicar al departamento del condado cuando las prestaciones del CMSP recibidas son el resultado de un accidente o una lesión debida a la acción de otra persona o como resultado de la falta de acción.
- Cooperar con el condado si su caso ha sido seleccionado para hacer un análisis de control de calidad.
- Cooperar con las regulaciones de Medi-Cal si potencialmente tiene derecho a recibir prestaciones de Medi-Cal (esto incluye el proceso de evaluación como motivo de discapacidad). Si usted no coopera y se encuentra que usted no tiene derecho a las prestaciones de Medi-Cal, tampoco tendrá derecho a las del CMSP.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR, DENTRO DEL PERIODO DE DIEZ DÍAS, A SU REPRESENTANTE DEL CONDADO ENCARGADO DE DETERMINAR SU DERECHO A RECIBIR PRESTACIONES CUANDO:

- Se mude o esté pensando en mudarse a otro domicilio en su condado, a otro condado o a otro estado o país.
- Esté pensado en ausentarse de su hogar (lugar de residencia) durante más de 60 días.
- Cualquier persona se mude a donde usted reside o se mude fuera de donde usted reside.
- Usted o su cónyuge entre o salga de una “casa de reposo” (*nursing home*) o un centro de asistencia a largo plazo.
- Usted o un miembro de la familia se convierta en un fugitivo de la ley.
- Usted o un miembro de la familia se encuentre embarazada o el embarazo finaliza.
- Usted o un miembro de la familia solicite cualquier prestación por discapacidad, como SSI/SSP, Seguro Social, *Railroad Retirement* (jubilación de ferroviarios), *Veterans Benefits* (prestaciones para veteranos), *Workers’ Compensation* (seguro de accidentes laborales), etc
- Usted o un miembro de la familia tenga un cambio en el seguro médico, en su ciudadanía o estado de inmigración.

ENTIENDO QUE:

- Cuando solicito prestaciones del CMSP se me evaluará para determinar si cumpla con los requisitos necesarios para obtener prestaciones a través de otros programas, como Medi-Cal.
- Si estoy discapacitado o tengo una enfermedad que me podría permitir tener derecho a las prestaciones de Medi-Cal porque tengo una discapacidad, tendré que cooperar en la solicitud de las prestaciones de Medi-Cal y completar el procedimiento de evaluación de discapacidad de dicho programa.
- Si obtengo servicios médicos que no son de emergencia a través de un proveedor médico que no es un proveedor del programa de CMSP, yo seré responsable por el costo de dichos servicios.
- De acuerdo a mis ingresos, es posible que tenga que pagar o que me envíen una factura por algunos de los gastos que yo haya incurrido cada mes antes de que CMSP comience a pagar.
- Si doy información falsa o incompleta, es posible que no tenga derecho a recibir prestaciones bajo el CMSP y quizás me investiguen por sospecha de fraude.
- Es posible que comprueben por computadora la información que yo dé comparándola a la de empleadores, departamento de recaudación de impuestos del estado, Administración del Seguro Social, bancos, asistencia social y otras agencias.
- Si yo (o la persona por la que estoy solicitando) no tengo documentación del estado satisfactorio de inmigración, quizás sólo tenga (yo o la persona por la que estoy solicitando) derecho a recibir servicios de emergencia bajo el CMSP.
- Si no comunico los cambios prontamente y recibo prestaciones del CMSP a las que no tengo derecho, es posible que tenga que reembolsar a CMSP por dichas prestaciones.
- Si tengo derecho a otro seguro médico sin costo alguno y no lo solicito o no lo mantengo, mi derecho a recibir prestaciones del CMSP podrá cesar o ser denegado.
- Si he recibido servicios médicos de emergencia diez días antes al mes en que solicite CMSP, podré solicitar *Pre-Enrollment Claims Payment Authorization* (autorización de preinscripción para pagos de reclamaciones).
- Si mi proveedor médico acepta mi CMSP por servicios bajo cobertura, no pueden cobrarme por esos servicios excepto por cualquier “parte del costo” que esté obligado a pagar.

Sé que si deliberadamente hago declaraciones falsas o retengo información, yo (o la persona por la que actúo en su nombre) puedo perder mi derecho a obtener prestaciones bajo el CMSP y quizás se me procese por fraude.

Por el presente declaro que he leído la información en este formulario y que he entendido totalmente mis DERECHOS Y RESPONSABILIDADES para que se determine mi derecho a recibir prestaciones bajo el CMSP y mantener dicho derecho.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO DE ACUERDO A LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LAS RESPUESTAS QUE HE DADO SON CORRECTAS Y VERDADERAS A MI MEJOR SABER Y ENTENDER.

Firma del solicitante		Número telefónico ()	Fecha
Firma de la persona actuando por el solicitante	Parentesco con el solicitante	Número telefónico ()	Fecha
Firma del testigo (si el solicitante firmó con una marca)		Número telefónico ()	Fecha
He proporcionado al solicitante (<i>marcar una opción</i>) <input type="checkbox"/> en persona <input type="checkbox"/> por correo los derechos, responsabilidades y otra información expuesta en este formulario.			
Firma del representante encargado de determinar el derecho a recibir prestaciones (<i>Eligibility Worker</i> o <i>EW</i>) (si corresponde)	Número del EW (si corresponde)	Número telefónico ()	Fecha

Notificación de privacidad y confidencialidad

Las secciones 14011 y 14012 del código de asistencia social y de instituciones (*Welfare and Institutions Code*) autorizan a los departamentos de servicios sociales o de asistencia social de los condados a recopilar cierta información de usted para determinar si usted, o la persona (o personas) por la que está solicitando prestaciones de CMSP, tiene derecho a las mismas. La información que usted proporciona es confidencial y quizás sólo se divulgue a ciertos individuos o ciertas organizaciones, y después, sólo para la administración de CMSP. Esta información será utilizada por el departamento del condado para establecer su derecho inicial y continuado a recibir prestaciones del CMSP, por el intermediario fiscal de CMSP con propósito de procesar reclamaciones, por el departamento de servicios médicos de California (*California Department of Health Services*) para producir la tarjeta de identidad (BIC), por la junta reguladora del programa (*CMSP Governing Board*), Anthem Blue Cross, MedImpact, DentaQuest y VSP para la administración de prestaciones y pago de reclamaciones, para la identificación del seguro médico y para tomar acciones de recuperación de pagos excesivos, y para verificar el número de Medicare Buy-In y del seguro social; también será utilizada esta información por los servicios de ciudadanía e inmigración de EE.UU. (*United States Citizenship and Immigration Services* o USCIS) para determinar la situación de no ciudadanía; y por los proveedores de servicios médicos para verificar su derecho a recibir servicios. Es obligatorio proporcionar esta información. Al no hacerlo se le negará su derecho a recibir prestaciones bajo el programa de CMSP. Usted tiene derecho a ver su información y puede hacerlo en el departamento del condado durante las horas de oficina normales.