

## DECLARACIONES Y DERECHOS DE CONNECT TO CARE

**Lea la siguiente información atentamente antes de firmar.**

### **COMPRENDO QUE:**

1. Estoy presentando una solicitud para el programa Connect to Care y actualmente no estoy inscrito en Medi-Cal, Medicare, Covered California ni en ningún otro programa de seguro médico.
2. A la fecha de la solicitud, debo proporcionar verificación de que soy residente del condado en el que estoy presentando la solicitud para Connect to Care.
3. Si la información que proporciono como parte de mi solicitud de Connect to Care es errónea, es posible que me descalifiquen de inmediato del programa. Además, es posible que me cobren todos los servicios que se me brinden conforme a Connect to Care y se me puede investigar por sospecha de fraude.
4. No soy elegible para recibir Connect to Care si me he dado a la fuga para evitar enjuiciamiento, custodia o reclusión después de una condena por un crimen considerado un delito grave conforme a las leyes del lugar del que estoy huyendo o por violar una condición de libertad condicional o libertad bajo palabra impuesta en virtud de la ley federal o estatal.
5. Connect to Care no es un programa de seguro y los beneficios de atención médica conforme al programa están disponibles únicamente a través de proveedores de atención médica y farmacias designados que tengan contrato con el Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP, por sus siglas en inglés).
6. Luego de que mi elegibilidad haya sido aprobada, mi inscripción en Connect to Care inicia el día en que envié mi solicitud de inscripción.
7. La duración de la inscripción en Connect to Care es por un plazo de hasta 6 meses y debo volver a realizar la solicitud para extender mis beneficios de Connect to Care por otro plazo de 6 meses.
8. Luego de la inscripción en Connect to Care, soy responsable de informarle a mi proveedor médico que soy miembro de Connect to Care.
9. Debo mostrarle mi tarjeta de identificación de Connect to Care a mi proveedor médico al recibir atención médica y a la farmacia al surtir mis recetas.
10. Debo notificarle a mi proveedor médico si me mudo o tengo planificado mudarme a otro condado u otro estado o país.
11. Es posible que se cancele mi inscripción en Connect to Care si abuso del programa, como al hacer amenazas o alterar a otros pacientes o al personal del proveedor de atención médica en los consultorios médicos y farmacias participantes en Connect to Care.

### **TENGO DERECHO A:**

1. Ser tratado de manera justa y equitativa independientemente de mi raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, estado civil o creencias políticas.
2. Recibir una tarjeta de identificación de Connect to Care (y una guía para miembros) en un plazo de catorce (14) días posteriores a la inscripción.
3. Que se mantenga en absoluta confidencialidad toda la información que yo le proporcione al proveedor de atención médica en el lugar de mi inscripción en Connect to Care, de conformidad con todas las leyes federales y estatales de confidencialidad.
4. Cancelar mi inscripción de Connect to Care a solicitud.

**Por la presente declaro que he leído la información de este formulario y que entiendo completamente mis declaraciones y derechos asociados con mi inscripción y participación en Connect to Care. Además, entiendo que estas declaraciones y derechos se aplican siempre y cuando sea miembro de Connect to Care.**

**Certifico y declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California, que la información que proporcioné para la inscripción en Connect to Care, incluidos mis documentos de ingresos y mi declaración referente a bienes, es, a mi leal saber y entender, auténtica, fiel y exacta. Además, al firmar este formulario, autorizo al centro de salud comunitario, así como a cualquier otro agente y contratista del programa Connect to Care, a utilizar mi información de inscripción y de servicios de atención médica para fines administrativos de la atención médica que cumplan con todas las leyes de confidencialidad federales y estatales.**