

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Por favor, lea los siguientes derechos y responsabilidades. Si usted no está de acuerdo con la declaración, esto puede afectar su elegibilidad para los programas.

1. Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad. Puedo presentar una denuncia por discriminación contactando al SCDHHS al (803) 898-2605 y presentando una Denuncia de Discriminación de los Derechos Civiles escrita a la Oficina de Derechos Civiles, SCDHHS, P.O. Box 8206, Columbia, SC 29202-8206.
2. Sé que se me solicitará que colabore con la agencia que recolecta el pago de manutención médica de un padre ausente. Si creo que colaborar a recolectar la manutención médica me dañará a mí o a mis hijos, puedo comunicárselo a la agencia y es posible que no tenga que colaborar.
3. Yo cedo y entrego mis derechos de todos los pagos de un tercero responsable al SCDHHS hasta la cantidad de pagos que el programa Healthy Connections haya realizado para mi cuidado médico. Esta cesión se aplica a todos mis hijos menores que puedan lesionarse. Estos pagos pueden incluir pagos de seguros de salud, acuerdos legales u otros terceros. También entiendo que tengo el deber de colaborar a identificar y proporcionar información para asistir al programa Healthy Connections a buscar a los terceros que puedan ser responsables de pagar por los cuidados y servicios.
4. Entiendo que debo colaborar completamente con los trabajadores federales y del estado si mi caso fuera revisado. También entiendo que, como condición de elegibilidad, debo solicitar y tomar medidas para obtener cualquier otro beneficio, lo que incluye pero no se limita a rentas vitalicias, pensiones, jubilación, por discapacidad y otros beneficios.
5. Como solicitante/beneficiario de los servicios de Medicaid, entiendo que existen dos grupos de personas que están afectadas por la recuperación del patrimonio:
 - Una persona de cualquier edad que era paciente en un centro de cuidados de enfermería, centro de cuidado intermedio para las personas con discapacidad intelectual u otra institución médica al momento de su muerte, y que debía destinar la mayor parte de su ingreso a los gastos del cuidado; o
 - Una persona que tenía 55 años o más cuando recibió asistencia médica que consistió en servicios del centro de cuidados de enfermería, servicios en el hogar y la comunidad, y servicios de medicamentos recetados y de hospital proporcionados a individuos en centros de cuidados de enfermería o que recibieran servicios en el hogar y la comunidad.Entiendo que al recibir cualquiera de estos servicios, el Departamento de Salud y Servicios Humanos presentará una demanda contra mis bienes (todos los bienes inmuebles y personales de mi propiedad al momento de mi muerte) por la cantidad que Medicaid haya pagado por mis servicios.
6. Sé que debo informarle al SCDHHS en 10 días si cualquier información que haya mencionado en esta solicitud cambia y resulta diferente de cuando escribí esta solicitud. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
7. La información que proveo en esta solicitud y en una futura interacción con el SCDHHS será utilizada para verificar mi elegibilidad para ayudar a pagar mi cobertura de salud, en el caso de solicitarla. Si la información que proveo no coincide con los datos electrónicos, se me puede solicitar que envíe una prueba. Sé que a menos que solicite específicamente que se descarte, la información recolectada será almacenada de forma segura para garantizar que los servicios que se proveen a mi familia y a mí sean suficientes y necesarios.
8. Si considero que el SCDHHS, la agencia que administra el programa Healthy Connections, el plan estatal Medicaid y los programas CHIP (programa de seguro de salud para niños), ha cometido un error, puedo apelar esta decisión. Apelar significa decirle a alguna persona del SCDHHS que considero que la acción es incorrecta y solicito una revisión justa de la acción. Debo presentar un pedido por escrito para dicha audiencia a SCDHHS. Sé que puedo ser representado por una persona que no sea yo mismo en el proceso. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.
9. Sé que la información personal de salud que provea o que el SCDHHS reúna posteriormente está cubierta por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y que recibiré un Aviso de las Prácticas de Privacidad junto con mi/s tarjeta/s de Healthy Connections.

Firme este documento.

Al firmar, declaro que he leído y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades indicados en esta solicitud.

Firmo esta solicitud bajo la pena de perjurio. Esto significa que, a mi mejor saber, he proporcionado respuestas acertadas a todas las preguntas en este formulario. Tengo conocimiento de que, si no soy veraz, puede haber una pena bajo la ley federal.

Firma

Fecha (dd/mm/aa)

Por favor, imprima este formulario y luego firme en la línea que se encuentra más arriba antes de presentarlo.