

Sus derechos y responsabilidades *(continuación)***Su derecho a apelar:**

- Si creo que Covered California o el programa Medi-Cal cometieron un error, puedo apelar esta decisión. Apelar significa decirle a alguien de Covered California o del programa Medi-Cal que creo que su decisión está equivocada y pedir una revisión imparcial de la medida.
- Sé que puedo averiguar sobre cómo apelar llamando al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).
- Sé que debo presentar una apelación a más tardar 90 días después de la decisión.
- Sé que puedo representarme a mi mismo o pedir que alguien más me represente en mi apelación, como un representante autorizado, un amigo, un pariente o un abogado.
- Sé que si necesito ayuda, alguien de Covered California, del programa Medi-Cal o de la oficina de servicios sociales del condado podrá explicarme mi caso.

Renovación del seguro

Para facilitar continuar recibiendo seguro de salud en los próximos años, doy permiso a Covered California para que consulte expedientes electrónicos, como los del IRS, para comprobar mis ingresos. Si los expedientes muestran que soy elegible, mi cobertura de seguro puede renovarse otros 12 meses y no tendré que llenar un formulario de renovación ni enviar más documentos.

Entiendo que si decido no permitir a Covered California usar expedientes electrónicos, debo llenar un paquete de renovación cada 12 meses para que mi seguro de salud continúe.

Doy permiso a Covered California o al programa Medi-Cal para que verifiquen mi información de ingresos durante:

- 5 años 4 años 3 años 2 años 1 año

O

- No quiero que Covered California verifique mis declaraciones de impuestos en el momento de la renovación.

Declaración y firma *Esto es obligatorio.*

Declaro bajo pena de perjurio que lo que digo a continuación es verdadero y correcto.

- Entendí todas las preguntas en esta solicitud y di respuestas verdaderas y correctas según mi entendimiento. Cuando no supe la respuesta, hice un intento razonable para confirmar la respuesta con alguien que la supiera.
- Sé que si no digo la verdad en esta solicitud, puede haber una sanción civil o penal por perjurio, que puede incluir hasta cuatro años de cárcel. (Consulte el Código penal de California, Artículo 126.)
- Sé que la información de esta solicitud se usará para decidir si las personas que están solicitando son elegibles para el seguro de salud. Covered California conservará la información privada, como lo exigen las leyes federales y de California.
- Estoy de acuerdo con avisar a Covered California llamando al **1-800-300-0213** o a través de **CoveredCA.com** si hay cambios en esta solicitud de cualquier solicitante de seguro de salud.
- Si estoy seleccionando un plan de salud al llenar y enviar el Anexo D, y si Covered California determina que soy elegible para inscribirme en el plan que seleccioné en el Anexo D:
 - Entiendo que al firmar aquí estoy entrando en un contrato con la compañía de seguros del plan.
 - Tengo por lo menos 18 años o soy un menor emancipado y soy mentalmente competente para firmar un contrato.

Firma del solicitante o su representante autorizado



Fecha

El Paso 3 continúa en la página siguiente



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.

NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

SECCIÓN I. PARA COMPLETARSE POR EL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

Nombre	Número del Caso <i>(opcional)</i>	Fecha
--------	-----------------------------------	-------

Nombro a esta persona Dignity Health-Community Health Initiative / Dignity Health
Nombre de la Persona / Nombre de la Organización

2215 Truxtun Ave. Bakersfield, CA. 93301 661-632-5018
Dirección Completa Número de Teléfono

como mi representante autorizado para acompañarme, ayudarme y representarme en mi solicitud o nueva determinación para beneficios de Medi-Cal.

ESTA AUTORIZACIÓN PERMITE A LA PERSONA MENCIONADA ARRIBA:

- presentar al departamento de asistencia pública del condado las verificaciones que se solicitaron;
- acompañarme a cualquier entrevista en persona que se requiera;
- obtener información del departamento de asistencia pública del condado y de la División de Servicios de Determinación de Incapacidades del Departamento de Servicios Sociales de California, con respecto a la situación de mi solicitud;
- proporcionar expedientes médicos y otra información con respecto a mis problemas médicos y limitaciones al departamento de asistencia pública del condado o a la División de Servicios de Determinación de Incapacidades del Departamento de Servicios Sociales de California;
- acompañarme y ayudarme en el proceso de audiencia imparcial; y
- recibir una copia de una notificación de acción específica del departamento de asistencia pública del condado, cuando el solicitante/beneficiario lo solicite.

ENTIENDO QUE TENGO LA RESPONSABILIDAD DE:

- completar y firmar la Declaración de Datos;
- asistir y participar en cualquier entrevista en persona que se requiera;
- firmar el formulario MC 220 (Autorización para Divulgar Información Médica);
- proporcionar todas las verificaciones que se soliciten, antes de que se pueda determinar mi elegibilidad para Medi-Cal; y
- aceptar cualquier consecuencia de las acciones del representante autorizado, como aceptaría las mías propias.

ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO A:

- escoger a cualquier persona que yo desee para que sea mi representante autorizado;
- revocar este nombramiento en cualquier momento, notificándoselo a mi Trabajador(a) de Elegibilidad; y
- solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento, si no estoy satisfecho con alguna acción que tome el departamento de asistencia pública del condado.

Firma del Solicitante/Beneficiario	Fecha
➤	

Dirección

SECCIÓN II. PARA COMPLETARSE POR EL REPRESENTANTE AUTORIZADO DESIGNADO. LOS BUFETES DE ABOGADOS, ORGANIZACIONES Y AGRUPACIONES LEGALES PUEDEN REPRESENTAR AL SOLICITANTE/BENEFICIARIO, PERO TIENE QUE DESIGNARSE A UNA PERSONA PARA QUE ACTÚE COMO EL CONTACTO EN NOMBRE DE LOS SOLICITANTES/BENEFICIARIOS.

POR ESTE MEDIO ACEPTO EL NOMBRAMIENTO MENCIONADO ARRIBA Y ENTIENDO QUE:

- el solicitante/beneficiario puede revocar esta autorización en cualquier momento, y nombrar a otra(s) persona(s) para actuar como su representante autorizado;
- no tengo ningún otro poder para actuar en nombre del solicitante/beneficiario, excepto como se indica arriba;
- no puedo actuar en lugar del solicitante/beneficiario; y
- no puedo transferir o volver a asignar mi nombramiento, sin que el solicitante/beneficiario complete un nuevo formulario de Nombramiento de Representante.

CERTIFICO QUE:

- no se me ha suspendido ni prohibido ejercer ante la Administración del Seguro Social;
- no estoy, como oficial o empleado de los Estados Unidos, en la actualidad o en el pasado, desautorizado para actuar como el representante del solicitante; y
- se me conoce como persona de buena reputación.

Esta autorización se reconoce por un año a partir de la fecha firmada por el solicitante, a menos que esté revocada anteriormente según lo descrito arriba en la sección 1.

Firma del Representante Autorizado	Empleado por	Fecha	Número de Teléfono
➤ Dignity Health - CHI	Dignity Health		661-632-5018

SÓLO PARA USO DEL CONDADO		
Date verbal request to revoke received	Date written request to revoke received	Request received from:
EW name: _____	Telephone number: _____	

Successful Application Stipend (SAS)
Verificación de Aplicación para Medi-Cal/Covered California o Asistencia para Renovación
Permiso de Compartir Información

Nombre de Caso: _____ SS#: _____ Fecha: _____
Nombre de Trabajadora: _____ No. de Caso: _____ Telefono: _____

Permiso de Compartir Información:

MEDI-CAL

Yo autorizo al Departamento de Servicios Humanos de compartir información sobre mi aplicación o renovación de elegibilidad de Medi-Cal con los Hospitales Mercy, con el Consejero de Matriculación Certificado (CEC, por sus siglas in Ingles), la Organización de Matriculación Certificada (CEE, por sus siglas en Ingles) identificada, y el Departamento de Salud Pública del Condado de Kern. Esta autorización se terminara en un año. Yo certifico que obtuve ayuda completando esta aplicación/renovación por el Consejero (CEC) indicado. Esta ayuda del CEC fue dispuesta gratuitamente.

COVERED CALIFORNIA

Yo autorizo al Consejero de Matriculación Certificado (CEC, por sus siglas in Ingles) y a la Organización de Matriculación Certificada (CEE, por sus siglas en Ingles) identificada de compartir información sobre mi aplicación o renovación de elegibilidad de Covered California con los Hospitales Mercy y el Departamento de Salud Pública del Condado de Kern. Esta autorización se terminara en un año. Yo certifico que obtuve ayuda completando esta aplicación/renovación por el CEC indicado. Esta ayuda del CEC fue dispuesta gratuitamente.

Nombre (Letra de Molde): _____ **Fecha de Nac.:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Certified Enrollment Counselor Information:

(Reimbursement is subject to budget appropriations. Reimbursement will not be issued unless this section is completely filled out at the time this form is submitted.)

CEC#: _____	CEE# <u>83533</u>	Site: <u>Dignity Health</u>
CEC's Signature: _____		Phone#: _____
Email Address: _____		Fax#: <u>661-632-5988</u>

INTERCAMBIAR INFORMACIÓN ENTRE AGENCIAS DEL CONDADO DE KERN

(Por favor escriba toda la información en computadora/con letra de molde)

Form with 6 rows for Name, Parentesco, and NSS #.

Doy mi autorización para que las agencias nombradas a continuación intercambien u obtengan archivos/información obtenida durante el transcurso de la elegibilidad, mi caso y/o el plan de servicio de CalWORKs/CalFresh/Cuidado de la salud.

- List of agencies: Conexión Comunitaria para el Cuidado de Niños, Departamento de Rehabilitación, etc.

- List of agencies: Departamento de Salud Mental del Condado de Kern, Departamento de Salud Mental: Sistema de Cuidado para Niños del Condado de Kern, etc.

Limitación de los archivos o la información:

[X] No

[] Sí

CONSENTIMIENTO

Yo entiendo que este consentimiento para liberar o intercambiar archivos e información es vigente hasta que dicho consentimiento sea retirado por el abajo firmante o por un año. He leído este consentimiento con cuidado.

Escriba su nombre con letra de molde

Firma

(Participante, Padre/Cuidador, Pariente/Guardián)

Fecha

Escriba su nombre con letra de molde

Firma

(Participante, Padre/Cuidador, Pariente/Guardián)

Fecha

REPRESENTANTE/TESTIGO DE LA AGENCIA

Escriba el nombre de la Agencia con letra de molde

Dignity Health -Community Health Intiaitive of Kern County

(Técnico de Elegibilidad/Trabajador de Servicios Sociales)

Firma

Fecha

Original: Case Record
Copy: Social Service Worker
Copy: Client Copy

Nombramiento del Representante autorizado

privacidad de la información, reglas contra la reasignación de reclamos de proveedores y conflictos de intereses.

- Si usted es un empleado o contratista de un proveedor o institución de cuidados de salud, deberá dar al solicitante o beneficiario una revelación de información por escrito con respecto a:
 - Su empleo o contrato con el proveedor o institución de cuidados de salud.
 - Cualquier conflicto de intereses potencial que pueda existir debido a ese empleo o contrato.

B. Para una organización nombrada como representante autorizado:

- Las únicas personas que podrán cumplir con las obligaciones autorizadas en este formulario son aquellas que representen a la organización y que tengan un Acuerdo estándar de representante autorizado (MC 383), firmado en los expedientes del condado que administra el caso de Medi-Cal del solicitante o beneficiario.
- La organización debe revelar completamente por escrito al solicitante o beneficiario cualquier posible conflicto de intereses resultante de su actuación como representante autorizado de esa persona.

Aviso de confidencialidad de Medi-Cal: La información dada en este formulario es privada y confidencial de acuerdo con el Código de bienestar social e instituciones, Sección 14100.2. Esta información se revelará solamente como lo permita esta ley.

Al firmar abajo acepto y entiendo mis derechos y responsabilidades descritas arriba:

Firma del solicitante o beneficiario (obligatoria):	Fecha:

Firma de la persona nombrada como representante autorizado (opcional):	Fecha:
Dignity Health- Community Health Initiative	

AUTORIZACIÓN PARA AYUDA DE INSCRIPCIÓN

- Referirme a recursos para la preparación de impuestos y consejos tributarios si tengo preguntas sobre cobertura de salud, ayuda económica para pagar por la cobertura de salud, y cualquier requisito legal con respecto a cobertura de salud.
6. El Consejero también ofrecerá actividades de educación pública. El Consejero no usará mi Información de Identificación Personal para ese propósito.
 7. El Consejero tiene conocimiento sobre las reglas de inscripción para planes de salud de Covered California, Medi-Cal y el Medi-Cal Access Program.
 8. Si proveo información incorrecta al Consejero, él o ella pudiese no poder ayudarme a tomar la mejor decisión con respecto a mi seguro de salud. El Consejero puede confiar en la información provista por mi persona o mi Representante Autorizado.
 9. Si el Consejero no puede ayudarme, él o ella me referirá a otro Consejero, o al Centro de Servicio de Covered California que si pueda ayudarme.
 10. El Consejero no puede cargar por sus servicios. Esta asistencia es gratis.
 11. Yo tengo que firmar este formulario para autorizar al Consejero a ayudarme. Si no firmo este formulario, todavía puedo solicitar o inscribirme en cobertura de salud a través de Covered California, Medi-Cal o el Medi-Cal Access Program.
 12. Esta autorización se vencerá cuando yo le comunique al Consejero que deseo cancelar mi autorización. Yo puedo cancelar o limitar mi autorización en cualquier momento. Yo le notificaré al Consejero si decido cancelar mi autorización.
 13. La Entidad de Inscripción Certificada debe retener este formulario por 10 años.

Covered California necesita su nombre y firma en este formulario para poder identificarle. Si no brinda su nombre y firma en este formulario, el Consejero no le ayudará.

Se requiere que Covered California le provea esta Declaración de Privacidad, según el Código Civil de California, § 1798.17. Las Normas de Privacidad de Covered California están disponibles en CoveredCA.com/Privacy. De tener preguntas sobre su expediente, puede llamar o escribirle al Oficial de Privacidad al (800) 889-3871 o 1601 Exposition Blvd., Sacramento, CA 95815.

Firma	Fecha
Nombre por escrito/deletreado	
Número de Solicitud	Número de Caso

Para uso por el Consejero de Inscripción Certificado

Yo afirmo bajo pena de perjurio que:

- Soy un Consejero de Inscripción Certificado que está afiliado con una Entidad de Inscripción Certificada, tal como se define en el Código de Reglas de California, Título 10, Capítulo 12, Artículo 8, sección 6650.
- Yo compartí toda la información en este formulario con el solicitante en lenguaje y manera en que él o ella entienda.
- Yo me aseguré de que toda la información en este formulario sea accesible para aquellos con discapacidades y he provisto las modificaciones y acomodos necesarios, incluyendo ayudas auxiliares, Braille, letra grande u otras herramientas y servicios.
- Yo le expliqué al solicitante el significado de Información de Identificación Personal y cuál es su propósito para solicitar cobertura. Yo le indiqué que la Información de Identificación Personal solo se usará para determinar elegibilidad para cobertura de salud.
- Yo he obtenido autorización verbal o por escrito por parte del consumidor dando autorización para compartir su Información de Identificación Personal conmigo y así poder cumplir con mis responsabilidades tal como se describen en el Código de Reglas de California, Título 10, Capítulo 12, Artículo 8, sección 6664.

Firma	Fecha
-------	-------

CONSENTIMIENTO PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS, GRABAR O PUBLICAR

Official Use Only:

Use this form if the subject to be photographed or recorded is NOT a patient and the product does not involve protected health information. DO NOT USE THIS FORM IF THE SUBJECT OF THE PHOTOGRAPH OR RECORDING IS A PATIENT. If the subject of the photography or recording is a Patient, use either Form No. PF-1 or PF-2, as appropriate.

Print Name (person to be photographed/recorded or owner of product/premises photographed)

Print Address

Telephone

Email

En consideración al compromiso como modelo o actor y por otras consideraciones válidas y efectivas, las cuales aquí se reconocen como recibidas, por medio del presente documento acepto que (*hospital, foundation, etc.*) _____ Mercy & Memorial Hospitals _____ (denominado de aquí en adelante “usted” o “su”) y las personas que usted designe, fotografíen o hagan grabaciones de sonido o visuales, o creen imágenes a semejanza de (*nombre del sujeto, por ejemplo, empleado, modelo, actor, producto, instalaciones, etc.*) _____.

Descripción del evento: _____ Fecha _____

(*marque uno*) [] Un evento [] Serie de eventos

Le otorgo a usted o sus afiliados, sucesores u otras personas que actúen con su permiso y autoridad, permiso y licencia irrevocable, perpetua, sin restricciones ni regalías para registrar los derechos bajo su propio nombre y para usar, volver a usar, publicar, reproducir y distribuir, tales grabaciones de sonido o visuales, imágenes, fотомontajes y otras reproducciones, distorsionadas o modificadas en forma y carácter, sin restricción en cuanto a los cambios y alteraciones, ya sea en conjunto con el nombre verdadero o ficticio del sujeto o en conjunto con otras fotografías o impresos, por cualquier medio, incluidos la publicación en sitios Web, para propósitos de ilustración, educación, promoción, arte, editorial, publicidad, comercio y otros propósitos, de la forma que usted considere adecuado para tales propósitos. Comprendo que si tales imágenes o grabaciones se publican en Internet, pueden ser bajadas por cualquier usuario de una computadora. Usted acepta no hacer uso de las fotografías, grabaciones o imágenes de ninguna forma despectiva.

Renuncio al derecho de revisar o aprobar los productos o copias de publicidad, y otros documentos impresos terminados usados en relación con el producto o el uso para el cual se puede aplicar. Además, renuncio a reclamar pago de cualquier tipo o por derechos relacionados con tales grabaciones, creaciones o fotografías, o la publicación o distribución de éstos.

Mi firma a continuación ratifica que tengo derecho legal a otorgarle esta licencia. Por medio del presente lo eximo a usted o sus afiliados sucesores o aquellos que actúen con su permiso o autoridad, de cualquier responsabilidad relacionada con las fotografías, grabaciones o creaciones o por usar y volver a usar o publicar tales imágenes o grabaciones, incluido cualquier efecto borroso, distorsión, alteración, corte o uso en forma de fотомontaje, intencional o de otra forma, que pueda producirse durante el procesamiento de tales productos. Este consentimiento será obligatorio para mí y el sujeto de esta fotografía o grabación (de ser diferente), mis herederos, representantes legales y beneficiarios.

ACEPTADO Y ACORDADO PARA

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta


Relación de quien firma con el sujeto (*si no es el sujeto*)



Envíe de vuelta este documento por correo a: California Department of Health Care Services, P.O. Box 989009 • W. Sacramento, CA 95798-9850

Medi-Cal Choice Form
Estrictamente confidencial

Use este formulario para inscribirse o cambiar de plan. Para ayuda llame al 1-800-430-3003.

Escriba en letra de imprenta. Llene los óvalos  para indicar su elección.

1) Nombre de la cabeza de familia (Nombre) 2) Apellido

3) Dirección de su casa (Número de la casa, nombre de la calle, número de apartamento)

4) Ciudad 5) Código postal 6) Código de área y número de teléfono

7) Dirección de correo electrónico

Elija un plan de la lista a continuación. Consulte el directorio de proveedores para los códigos de los médicos/clínicas.

8) Nombre del solicitante (Nombre) 9) Apellido

10) Sexo Masculino Femenino 11) Fecha de parto (si está embarazada) 12) Año de nacimiento 13) Número de seguro social

14) Deseo INSCRIBIRME o cambiar mi plan a:

- 379 Anthem Blue Cross Partnership
- 366 Kaiser Permanente
- 303 Kern Family Health Care
- 000 Regular Medi-Cal (FFS)

15) Código del médico/clínica Uso Interno

16) Llene el óvalo junto a la razón por la que quiere cambiar de plan.

- No pude elegir al médico que quería
- El plan no satisfacía mis necesidades
- El médico no satisfacía mis necesidades
- Demasiado lejos
- Yo no elegí este plan
- Me mudo fuera del condado
- Exención por el programa de salud indígena (Indian Health)
- Exención de un plan
- Otro

17) Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): Es posible que reúna los requisitos para PACE (consulte las instrucciones).

Si quiere inscribirse en un plan de PACE, complete esta opción **además de la Sección 14**. Si no reúne los requisitos para PACE, obtendrá su atención mediante el plan elegido en la Sección 14.

- 043 IIH-Bakersfield PACE (Kern)

Declaración de selección: He/hemos realizado nuestra selección por escrito para recibir beneficios de Medi-Cal a través de los planes que he/hemos indicado en este formulario. He/hemos leído y comprendido las condiciones de este acuerdo **en ambos lados**. Entiendo/entendemos que para cambiar mi/nuestro plan actual de Medi-Cal tengo (tenemos) que completar este formulario.



Firma de la Cabeza de familia o representante autorizado

Fecha