

Los derechos y las responsabilidades de solicitantes y beneficiarios

Antes de firmar este documento, por favor lea los derechos y las responsabilidades que se describen abajo. Si hay algo que no entiende o sobre lo cual tiene dudas, por favor solicite que se lo aclaren.

- Si soy una tercera persona que hago esta solicitud en representación de otra persona, según queda evidenciado en el formulario Designación de Representante Autorizado debidamente llenado, mi firma abajo indica que el o la solicitante ha examinado esta solicitud o que se le ha leído y que, a mi mejor saber y entender, los datos son verdaderos y completos. Entiendo que, como tercero, se me podría sancionar penalmente por proporcionar información falsa a sabiendas.
- Entiendo que toda información que proporcione está sujeta a que la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (Division of Medical Assistance and Health Services; DMAHS) para el programa Medicaid/NJ FamilyCare —llamado en esta solicitud “**NJ FamilyCare**”— del Departamento de Servicios Humanos (DHS) de New Jersey la verifique. Entiendo que mis beneficios médicos podrían reducirse, negarse o cancelarse debido a la información que se obtenga mediante esta verificación.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y otros terceros. Por la presente autorizo a NJ FamilyCare a comunicarse con cualquier persona u otra fuente que pudiera tener conocimientos sobre mis circunstancias, o las circunstancias de las personas según se requiera para esta solicitud, con el fin de verificar las declaraciones que he realizado. Autorizo a terceros a que compartan información sobre mí con el Estado, los contratistas estatales y el personal del condado que realicen las investigaciones. Estos terceros incluyen, entre otros, instituciones financieras, entidades de informes de crédito, arrendadores, entidades de vivienda pública, escuelas, compañías de servicios públicos, agencias aseguradoras, empleadores, otras agencias gubernamentales y otros, según sea necesario. Además, autorizo a las autoridades de impuestos a que den a conocer la información de mis impuestos y copias de mis declaraciones de impuestos.
- Entiendo que el DHS, incluidas sus Divisiones operativas, agencias que determinan la elegibilidad, los contratistas gubernamentales y otras agencias estatales apropiadas de New Jersey pueden intercambiar información relacionada con la cobertura para asistir con esta solicitud, la inscripción, la administración y la facturación de los servicios.
- Entiendo que DMAHS tiene la autoridad para presentar una reclamación y gravamen contra el caudal hereditario de un beneficiario de Medicaid fallecido, o de un ex-beneficiario, para recuperar todos los pagos realizados por NJ FamilyCare en representación de un beneficiario para pagar la cobertura de atención de la salud a los 55 años de edad o posteriormente, independientemente de si esos servicios se recibieron. Al caudal hereditario de un beneficiario de NJ FamilyCare podría requerírsele pagar dichos beneficios al DMAHS. Esto incluye pagos mensuales a, por ejemplo, una entidad de atención administrada para obtener cobertura de salud que usted no haya podido usar en cualquier mes. Puede encontrar más información sobre Recuperación de caudales hereditarios en línea en: www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/The_NJ_Medicaid_Program_and_Estate_Recovery_What_You_Should_Know.pdf

LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DE SOLICITANTES Y BENEFICIARIOS - continuado

- Acepto informar a la agencia de determinación de elegibilidad inmediatamente de todo cambio en la información proporcionada en esta solicitud, incluida, entre otra, la siguiente:
 - 1) Si cualquier persona que recibe beneficios de salud se muda fuera de New Jersey;
 - 2) Cambios en donde vivimos, en donde recibimos nuestra correspondencia o en cualquier otra información de contacto;
 - 3) Cambios en otra cobertura de seguro de salud;
 - 4) Cambios en ingresos y/o recursos;
 - 5) Mejoramiento en el padecimiento médico, si tiene discapacidad;
 - 6) Matrimonio, divorcio o fallecimiento de un cónyuge;
 - 7) Adición o pérdida de un integrante de su hogar, incluido el embarazo;
 - 8) Venta o transferencia de mi hogar u otra propiedad; o,
 - 9) Demandas y herencias.

Entiendo que, de no informar de cambios en la información establecida en la solicitud, incluidos los indicados arriba, la cobertura/los beneficios se podrían pagar incorrectamente y podría tener que reembolsar al Estado de New Jersey por esa cobertura/esos beneficios.

- Entiendo que el resultado de esta solicitud puede darse a conocer a cualquier proveedor que haya proporcionado servicios al o la solicitante/beneficiario durante el periodo cubierto por la solicitud.
- Entiendo que, como condición de tener cobertura bajo Medicaid/NJ FamilyCare, he asignado al Comisionado del Departamento de Servicios Humanos todo derecho al apoyo que reciba con fines de atención médica según lo determine un tribunal u orden administrativa y todo derecho a los pagos para atención médica provenientes de cualquier tercero, incluidos, entre otros, otros seguros de salud, acuerdos extrajudiciales u otros terceros. Acepto dar a conocer toda información médica que el programa NJ FamilyCare, u otros, necesiten con fines de pagar o recibir pago de cobros médicos. Acuerdo a ayudar a obtener apoyo y pagos médicos de cualquiera que sea responsable legalmente.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia de justicia si no quedo conforme con la determinación que se haya tomado acerca de mi solicitud.
- Yo podría ser elegible para obtener cobertura retroactiva de NJ FamilyCare por servicios médicos cubiertos no pagados que haya recibido de proveedores en el plan Honorarios-por-Servicio de Medicaid durante los tres (3) meses anteriores a esta solicitud. Además, entiendo que estos beneficios retroactivos sólo se aplicarán al mes o meses en que cumpla con los requisitos de elegibilidad.
- Entiendo que a una persona sólo se le permite retener cierta cantidad en recursos, dependiendo de los requisitos de elegibilidad del programa. Entiendo que, si estoy solicitando servicios y apoyos de largo plazo o servicios basados en un nivel de atención institucional, NJ FamilyCare examinará las transferencias de recursos que se produjeron dentro del período retrospectivo de 5 años antes, y en cualquier momento después, de la primera fecha en que solicité beneficios.
- Para re-determinar mi elegibilidad en NJ FamilyCare en el futuro, acuerdo autorizar a NJ FamilyCare a que use mis datos de ingreso, incluida la información de impuestos. En el momento de la renovación, NJ FamilyCare me enviará un aviso de renovación y me permitirá

LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DE SOLICITANTES Y BENEFICIARIOS - continuado

indicar todo cambio en la información de elegibilidad de mi hogar o la mía, y puedo retirar mi petición de beneficios por escrito en cualquier momento.

- Entiendo que, si algunas o todas las personas que solicitan beneficios no califican para la cobertura de atención de la salud de NJ FamilyCare, podrían ser elegibles para recibir beneficios federales y/o pueden explorar las opciones de cobertura de atención de la salud privadas mediante el Mercado de Seguros de Salud de New Jersey (New Jersey's Health Insurance Marketplace; Marketplace) en [GetCovered.NJ.gov](https://getcovered.nj.gov). Si éste es el caso, autorizo a NJ FamilyCare y a sus contratistas a que proporcionen al Marketplace la información contenida en esta solicitud
- Confirmando que he leído y entendido la [NJ FamilyCare Privacy Policy](https://njfc.force.com/familycare/NJPrivacyNotice) (Política de privacidad de NJ FamilyCare) disponible en línea en: <https://njfc.force.com/familycare/NJPrivacyNotice> y el [Notice of Privacy Practices](https://www.njfamilycare.org/docs/NJFC-HIPAA.pdf) (Aviso de prácticas de privacidad) disponible en línea en: www.njfamilycare.org/docs/NJFC-HIPAA.pdf
- Entiendo que NJ FamilyCare puede usar o dar a conocer la información de salud protegida sobre mí o mis hijos, si las leyes federales o estatales de privacidad lo requieren o lo permiten.
- Autorizo a mi empleador a que dé a conocer la información de beneficios de salud a la Oficina de Apoyos para Primas de NJ FamilyCare.
- Obedeceré la ley y los reglamentos de NJ FamilyCare.
- Sé que, en virtud de la ley federal, no se permite discriminar con base en la raza, el color, el país de procedencia, el sexo, la edad o la discapacidad. Puedo obtener más información, incluida la correspondiente a cómo presentar una queja de discriminación, leyendo NJ FamilyCare Non-Discrimination Statement (Declaración de no discriminación de NJ FamilyCare) disponible en línea en: www.njfamilycare.org/docs/ndc_english.pdf

NOTA: De conformidad con 42 U.S.C.1320b-7, presentar un número de seguro social (Social Security Number; SSN) es obligatorio. Los números de seguro social proporcionados (incluidos los del esposo o esposa, familiares o dependientes) se usarán para asociar los registros correspondientes a los solicitantes y a otras personas según sea necesario para determinar la elegibilidad, para verificar la identidad y el ingreso y para verificar otros registros financieros como información de cuentas bancarias, hasta donde sirvan para verificar la elegibilidad o el monto de los pagos de asistencia médica en virtud de 42 CFR 435.940 a 435.960, así como para prevenir la doble participación o que se paguen beneficios incorrectamente, ya sea los suyos o los de otras personas en su hogar. Los números de seguro social se usarán para la verificación asistida por computadora y en revisiones y auditorías de programas. Estos procedimientos están diseñados para determinar la elegibilidad y para identificar a personas que participan en forma fraudulenta o ilícita en los programas de Medicaid y DHS. Dichas personas pueden quedar sujetas a acción penal, reclamaciones administrativas y/o posible pérdida de todos los beneficios. El no solicitar un número de seguro social puede ocasionar la descalificación de Medicaid.

NJ FamilyCare cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina en base a raza, color, país de procedencia, sexo, edad o discapacidad. Si usted habla cualquier otro idioma que no es el inglés, tiene a su disposición los servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno. Llame al 1-800-701-0710 (TTY: 711).