

## Descargos de responsabilidad de la solicitud

**Debe aceptar los siguientes descargos de responsabilidad para completar su solicitud. Si no está de acuerdo con los descargos de responsabilidad, no será elegible para inscribirse en un Plan de Salud Autorizado o Medicaid.**

**Descargos de responsabilidad solo para Medicaid:** Puede ser elegible para los programas ofrecidos a través del Departamento de Servicios Sociales, como Medicaid (conocido como HUSKY A y Husky D) y el Programa de Seguro de Salud de Niños (conocido como CHIP o HUSKY B). La información que figura en su solicitud se utilizará para decidir si usted es elegible para estos programas.

- 
- Sé que tengo que decirle al programa en que estoy inscrito si cambia la información que he dado en esta solicitud.
  - SOLO PARA MEDICAID:** Sé que si Medicaid paga por un gasto médico, cualquier dinero que reciba de otro seguro de salud o acuerdos legales irá a Medicaid en una cantidad igual a la que Medicaid pague por el gasto.
  - SOLO PARA MEDICAID:** Sé que si Medicaid paga por cualesquiera de mis gastos médicos, todo el dinero que reciba de una demanda se asignará al Estado para pagar por los gastos médicos pagados por el Estado en relación con las lesiones que dieron lugar a la demanda. Si tengo otro seguro o un tercero es responsable del pago de mis gastos médicos, el Estado puede recuperar el costo de mis facturas médicas directamente del asegurador o de terceros. El Estado podrá facturar a un familiar legalmente responsable de pagar al Estado por los costos de mi atención médica. El Estado puede recuperar el dinero de los bienes de las personas que tenían 55 años o más en el momento en que los beneficios médicos de la comunidad fueron pagados y que no tienen un cónyuge vivo o hijo sobreviviente menor de 21 años o ciego o discapacitado. El Estado puede cobrar de una herencia o de otra suma de dinero que yo reciba para pagar al Estado por los costos de mi atención médica. El Estado puede imponer un embargo, bajo ciertas condiciones, en mi casa, si ingreso de forma permanente en un centro de enfermería.
  - Sé que se me pedirá que coopere con la agencia que cobra la manutención médica de un padre ausente. Si creo que mi cooperación para cobrar la manutención médica será perjudicial para mí o mis hijos, se lo puedo decir a la agencia y no tendré que cooperar.
  - Entiendo que AccessHealthCT.com utilizará los datos de mi declaración de impuestos durante el proceso de renovación para determinar anualmente la elegibilidad para recibir ayuda para pagar el seguro de salud durante los próximos 5 años. Entiendo que si marco esta casilla puedo cambiar mi respuesta más tarde, y si no marco la casilla puedo seleccionar menos de 5 años.
  - Sé que cualquier cambio que reporte puede cambiar mi estado de elegibilidad o el de mi grupo familiar. Si el cambio hace que yo o mi grupo familiar ya no seamos elegibles para recibir ayuda para pagar por la cobertura de salud, yo y mi grupo familiar ya no podremos seguir recibiendo ayuda para pagar por la cobertura.
  - Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio. Esto significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario a mi leal saber y entender. Entiendo que de no estar diciendo la verdad puede haber una multa.

**Captura de pantalla de los descargos de responsabilidad de la solicitud:**

**Your Signature**
Fields marked with \* are required.

**Read and check the box next to each statement if you agree.**

- I know that I must tell the program I'm enrolled in if information I listed on this application changes.\*
- MEDICAID ONLY:** I know that if Medicaid pays for a medical expense any money I get from other health insurance or legal settlements will go to Medicaid in an amount equal to what Medicaid pays for the expense.\*
- MEDICAID ONLY:** I know that if Medicaid pays for any of my medical expenses, any money I receive from a lawsuit will be assigned to the State to pay for any medical expenses paid by the State related to injuries that led to the lawsuit. If I have other insurance or a third party is liable to pay for my medical expenses, the State may recover the cost of my medical bills directly from the insurer or the third party. The State may bill a legally liable relative to repay the State for the costs of my medical care. The State may recover money from the estates of those people who were 55 years old or older at the time that community medical benefits were paid and who do not have a living spouse or surviving child under age 21 or blind or disabled. The State may recover from an inheritance or other lump sum of money I receive to repay the State for the costs of my medical care. The State may place a lien, under certain conditions, on my home if I permanently enter a nursing facility.
- I know I'll be asked to cooperate with the agency that collects medical support from an absent parent. If I think that cooperating to collect medical support will harm me or my children, I can tell the agency and I won't have to cooperate.\*
- I understand that AccessHealthCT.com will use data from my tax return during the renewal process to determine yearly eligibility for help paying for health insurance for the next 5 years. I understand that if I check this box I can change my answer later, and if I don't check the box I can select less than 5 years.
- I know that any change that I report may alter mine or my household's eligibility status. If the change results in me and my household becoming ineligible for help paying for health coverage, I and my household may no longer receive help paying for coverage.\*
- I'm signing this application under penalty of perjury. This means I've provided true answers to all the questions on this form to the best of my knowledge. I know that if I'm not truthful, there may be a penalty.\*

---

Signature  Today's Date