

CMSP

GOVERNING BOARD

CMSP Letter No: 14-06
Issue Date: June 16, 2014

TO: All County Welfare Directors

SUBJECT: CMSP 215 and CMSP 216 Spanish Forms

The purpose of this All County Letter is to transmit copies of Spanish forms:

- CMSP 215 County Medical Services Program (CMSP) Supplemental Application
- CMSP 216 CMSP Supplemental Application – Telephonic Signature Declaration

The CMSP 215 and CMSP 216 forms have been translated into Spanish and are available on the CMSP website at www.cmspcounties.org. As a reminder, the CMSP 210 application will be removed from the website June 30, 2014.

If you have any questions about the forms or this letter, please contact Kalleen Lyman, Information Technology Administrator at 916-649-2631 x 15 or by email at klyman@cmspcounties.org.

Thank you,



Kari Brownstein
Director of Finance & Administration

Attachments

PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO (CMSP) SOLICITUD COMPLEMENTARIA

A COMPLETAR POR EL SOLICITANTE: PARTE A PARTE B Y C

PARTE A - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Nombre del solicitante en letra de imprenta	Fecha
Nombre en letra de imprenta de la persona que actúa en representación del solicitante	Relación con el solicitante

Asegúrese de leer cada punto y de firmar y escribir la fecha. Lea atentamente lo siguiente antes de firmar.

- Yo comprendo que estoy solicitando el ingreso al Programa de servicios médicos del condado (CMSP) y que el condado podrá comprobar mi solicitud para otros programas federales, del estado y locales, y doy mi consentimiento para que determine mi elegibilidad para estos programas. Debo presentar una solicitud para todos los otros programas de ayuda médica disponibles, como Medi-Cal, y ofrecidos a través de Covered California antes de que la elegibilidad para el CMSP sea considerada.
- Comprendo que no soy elegible para el CMSP si estoy huyendo para evitar una acción judicial, detención o encarcelamiento luego de una condena por un crimen, el cual es un delito conforme a las leyes del lugar del que huyo, o si estoy violando una condición de libertad condicional impuesta bajo la ley federal o estatal.
- Comprendo que he declarado mi ciudadanía o condición de inmigrante en un formulario de solicitud o en el MC13 (Declaración de ciudadanía). Comprendo que mi declaración de condición de ciudadano o de inmigrante para determinar mi elegibilidad para Medi-Cal o Covered California se usará también para determinar mi elegibilidad para el CMSP.

DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y OTRA INFORMACIÓN SOBRE EL CMSP

Tiene derecho a:

- Pedir un intérprete para que lo ayude a solicitar los beneficios del programa CMSP si tiene dificultades para hablar o comprender el idioma inglés.
- Ser tratado con equidad y tener un trato justo, independientemente de su raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, estado civil o convicciones políticas.
- Solicitar los beneficios del CMSP y a que se le comunique por escrito si reúne o no los requisitos necesarios para el CMSP, aun si el representante del condado le informa durante la entrevista que aparentemente es o no elegible en ese momento.
- Consultar los manuales que contienen las normas del CMSP si usted desea hacer preguntas sobre las razones por las cuales su elegibilidad se aprueba o rechaza.
- Recibir una tarjeta de identificación de beneficios (BIC) lo antes posible en caso de una emergencia médica y si reúne los requisitos necesarios para el CMSP.
- Hacer que toda la información que usted proporcione al departamento del condado sea mantenida bajo la más estricta confidencialidad.
- Reducir su reserva de propiedad al límite de propiedad del CMSP el último día de cada mes, incluido el mes de la solicitud, a fin de poder reunir los requisitos necesarios para el CMSP.
- Recibir una explicación de las maneras posibles en que usted puede utilizar su exceso de propiedad, siempre y cuando usted reciba una consideración adecuada.
- Hablar con un trabajador social sobre otros servicios públicos o privados o sobre recursos que puedan estar disponibles para usted.
- Solicitar una audiencia al condado si no está satisfecho con alguna acción tomada o no tomada por el departamento de servicios sociales del condado. Si desea dicha audiencia, debe solicitarla dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibió la notificación de la acción. Si no recibe una notificación de acción, deberá solicitar la audiencia dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que tuvo conocimiento de la acción con la cual no está satisfecho.
- Lleve a un acompañante o representante a la audiencia.
- Renunciar al CMSP, previa solicitud.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Hacer una declaración sobre su situación con respecto a cuestiones relacionadas con su ciudadanía o inmigración y proporcionar pruebas si se las solicitan.
- Presentar, cuando se le solicite, el comprobante de que usted es residente del condado en el cual está solicitando su inscripción en el CMSP.
- Informar a su proveedor de servicios médicos (doctor, dentista, etc.) que usted ha presentado una solicitud para el programa CMSP o es un beneficiario de dicho programa.
- Firmar y guardar su tarjeta de identificación de beneficios y utilizarla solamente para recibir cuidados médicos necesarios.

- Llevar su tarjeta de identificación de beneficios a su proveedor de servicios médicos lo antes posible, si recibe servicios y no la tiene consigo en ese momento.
- Proporcionar un número de seguro social al condado o solicitar uno si reside legalmente en los Estados Unidos.
- Solicitar los beneficios de Medicare si está ciego, incapacitado o si tiene 64 años y 9 meses o más y es elegible para recibir estos beneficios.
- Solicitar cualquier tipo de ingreso que pueda estar disponible para usted o los miembros de su familia.
- Informar al departamento del condado sobre cualquier seguro médico que tenga o al cual tenga derecho.
- Utilizar cualquier seguro de salud que tenga antes de usar el CMSP.
- Informar al departamento del condado cuando los beneficios del CMSP recibidos se deben a un accidente o herida provocados por cualquier acto u omisión por parte de otra persona.
- Cooperar con el condado si su caso es seleccionado para una revisión de control de calidad.
- Cooperar con los reglamentos de Medi-Cal, si es potencialmente elegible para ese programa, y suministrar toda la documentación necesaria para determinar la elegibilidad para Medi-Cal (esto incluye el proceso de evaluación de discapacidad). Si usted no coopera y no es elegible para Medi-Cal por este motivo, no será elegible para el CMSP.
- Cooperar con Covered California si es potencialmente elegible para este programa y proporcionar toda la documentación necesaria para determinar su elegibilidad para Covered California. Esto incluye elegir un plan y los pagos de primas continuados para mantener la cobertura a través de Covered California. Si usted no coopera y no es elegible para Covered California por a este motivo, no será elegible para el CMSP.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR AL ASISTENTE DE ELIGIBILIDAD DE SU CONDADO DENTRO DE LOS DIEZ DÍAS SIEMPRE QUE:

- Se muda o planea mudarse a otra dirección en su condado, a otro condado o a otro estado o país.
- Planea estar fuera de su hogar (domicilio) por más de 60 días.
- Cualquier persona que se mude a su casa o fuera de ella.
- Usted o su cónyuge ingrese o salga de un hogar de cuidados o un centro de cuidados a largo plazo.
- Usted o un miembro de la familia se convierte en un delincuente fugitivo.
- Usted o una persona de su familia queda embarazada o termina el embarazo.
- Usted o un miembro de su familia solicita los beneficios de incapacidad, tales como SSI/SSP, seguro social, jubilación del ferrocarril, beneficios de veteranos, compensación de trabajadores, etc.
- Usted o un miembro de su familia tiene un cambio en el seguro de salud, ciudadanía o estado migratorio.

YO COMPRENDO QUE:

- Cuando solicite los beneficios, seré evaluado para la elegibilidad para otros programas, incluidos Medi-Cal y Covered California. Debo solicitar otra cobertura de cuidados de salud antes de que sea considerada la elegibilidad para el CMSP.
- Si soy discapacitado o tengo una condición por la que pudiera ser elegible a Medi-Cal por una discapacidad, se me solicitará que coopere para postular a Medi-Cal y que complete el proceso de evaluación de discapacidad de Medi-Cal.
- Si recibo atención médica que no sea de emergencia de un proveedor de servicios médicos que no pertenezca al CMSP, seré responsable del costo de los servicios que reciba.
- Según el nivel de mis ingresos, se me podrá facturar y tendré que pagar algunos de mis gastos médicos cada mes antes de que el CMSP comience a pagar.
- Si doy información falsa o incompleta, puede que se decida que no soy elegible para el CMSP y podré ser investigado por sospecha de fraude.
- Los datos que suministro pueden ser verificados por computadora y comparados con la información de los empleadores, la Oficina de Impuesto de Franquicia, la Administración del Seguro Social, el Servicio Interno de Ingresos Públicos, bancos, organismos de asistencia social y otras agencias u otras fuentes.
- Si yo, o una persona por la que estoy presentando la solicitud, no tenemos documentación satisfactoria sobre nuestra situación de inmigración, yo o la persona por la que estoy haciendo la solicitud podemos ser elegibles únicamente para los servicios de emergencia del CMSP.
- Si no informo sobre los cambios rápidamente y recibo beneficios del CMSP para los que no soy elegible, puede ser que me vea obligado a devolver el importe recibido.
- Si soy elegible para otro seguro de salud sin costo para mí y no lo solicito o no mantengo dicho seguro, se me puede negar o cancelar mi elegibilidad para el CMSP.
- Si he recibido servicios médicos de emergencia diez días antes del primer mes en el que he sido aprobado para el CMSP, puedo solicitar una autorización de pago de reclamos de preingreso.
- Si mi proveedor de servicios médicos acepta mi CMSP para los servicios cubiertos, no me puede cobrar por esos servicios, excepto por el gasto compartido --que pueda tener.

Comprendo que si entrego declaraciones falsas o incompletas u oculto información, yo (o la persona a la que represento) puedo perder la elegibilidad para el CMSP o puedo ser procesado por violaciones a las leyes civiles o criminales, incluido el fraude.

Por la presente declaro que he leído la información de este formulario y que comprendo totalmente mis DERECHOS Y RESPONSABILIDADES para que el CMSP determine mi elegibilidad y la mantenga.

Certifico y declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de California, que las respuestas que he dado son verdaderas, correctas y completas a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante		Número de teléfono ()	Fecha
Firma de la persona que actúa en nombre del solicitante	Relación con el solicitante	Número de teléfono ()	Fecha
Firma del testigo (si el solicitante firmó con una marca)		Número de teléfono ()	Fecha
Firma del asistente de elegibilidad (EW) (si corresponde)	EW número (si corresponde)	Número de teléfono ()	Fecha

Parte B – Elegibilidad y estado de salud

Informe sobre su estado actual de salud.

Marque **Sí** o **No** para preguntas relativas a su estado de salud actual, de su esposa o de los hijos que están viviendo en su hogar.

1. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene un problema físico o mental que dificulta su capacidad de trabajar o cuidar de sus necesidades Y ha durado o se espera que dure por lo menos un año? Sí No

Proporcione una explicación escrita en comentarios adicionales indicando el tipo de problema, la fecha de inicio y la fecha de recuperación esperada.

2. Con tratamiento, ¿usted espera poder trabajar durante el próximo año? Sí No

3. ¿Ha solicitado Discapacidad de Seguridad Social? Sí No

¿Cuál es el estado de su solicitud de discapacidad?

Nunca solicitado Rechazado Apelando rechazo Pendiente Aprobado

4. ¿Ha iniciado un juicio, solicitado indemnización por accidente laboral o reclamado el pago de un seguro en relación con una lesión o un accidente por los que recibió tratamiento médico? Sí No

5. ¿Está huyendo para evitar una acción judicial, detención o encarcelamiento luego de una condena por un crimen, el cual constituye un delito conforme a las leyes del lugar del que usted o el miembro de su familia está huyendo, o violando una condición de libertad condicional (por un crimen) impuesta bajo la ley federal o estatal? Sí No

En caso afirmativo, nombre la persona _____

6. ¿Está bajo arresto domiciliario? Sí No

Parte C - Ingresos, deducciones y propiedades

Informe sobre sus ingresos y deducciones de ingresos

Marque **Sí** o **No** para cada fuente de ingresos o deducciones correspondientes a usted, a su cónyuge y a los hijos que viven en su hogar.

Fuente de ingresos

Revise la lista de ingresos que figura a continuación e indique si usted o cualquier persona con la que viva en el hogar tiene algún ingreso de alguna de estas fuentes. Debe presentar un comprobante de cada fuente de ingresos cuando conteste **sí**. El ingreso se recibe mensualmente, dos veces al mes, cada dos semanas, semanalmente o diariamente.

		Cuánto,	cada cuánto
Empleo.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____	_____
Número de horas por semana _____	Empleador _____		
Trabajo por cuenta propia.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____	_____
Beneficios por discapacidad.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____	_____
Beneficios de jubilación.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____	_____
Ingreso suplementario de seguridad (SSI)/SSP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____	_____
Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____	_____
Seguro de discapacidad privado o del estado.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____	_____
Beneficios de veterano.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____	_____
Sustento de menores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____	_____
Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____	_____

Indemnización por accidente laboral..... Sí No USD _____

Dinero de una liquidación de seguro o demanda..... Sí No USD _____

Becas escolares, préstamos, subvenciones..... Sí No USD _____

Donaciones Sí No USD _____

Préstamos..... Sí No USD _____

¿Tiene algún otro ingreso?..... Sí No USD _____

En caso afirmativo, de qué clase _____

Ingreso en especie

¿Usted o algún miembro de su familia recibe lo siguiente de forma gratuita o a cambio de trabajo? Sí No

Alquiler o vivienda Gratis Trabajo Comida Gratis Trabajo

Servicios públicos Gratis Trabajo Vestimenta Gratis Trabajo

Deducciones de ingresos

Revise la lista de deducciones de ingresos que figura a continuación e indique si usted o cualquier persona con la que viva en el hogar tiene alguna deducción de ingresos de alguna de estas fuentes. Debe presentar un comprobante de cada deducción de ingresos cuando conteste **sí**.

Sustento de menores..... Sí No

Pensión alimenticia Sí No

Otra cobertura de salud..... Sí No

Medicare..... Sí No

Cuidado infantil..... Sí No

Cuidado de adultos..... Sí No

Gastos educativos..... Sí No

Informe sobre sus propiedades y posesiones

Marque **Sí** o **No** para cada propiedad o posesión que le pertenezca a usted, a su cónyuge y a los hijos que viven en su hogar.

Propiedades o posesiones

Revise la lista de propiedades y posesiones que sigue e indique si usted o cualquier persona con la que viva en el hogar tiene alguna de las propiedades o posesiones indicadas. Debe proporcionar documentación de cada propiedad o posesión cuando conteste **sí**.

1. Efectivo Sí No
2. Cheques sin cobrar Sí No
3. Cuenta corriente o cuenta de ahorro Sí No

Nombre de la persona	Tipo de cuenta	Banco	Número de cuenta	Saldo

Si necesita más espacio, envíe copias del estado de cuentas mostrando su saldo actual o incluya información en la sección "Comentarios o información adicional".

4. Acciones o fondos mutuos Sí No
En caso afirmativo, envíe una copia del estado de cuentas o certificados de acciones o fondos mutuos mostrando la cantidad de acciones.
5. Cuentas de jubilación individuales (IRA, Keogh u otros fondos de pensión relacionados con el trabajo). Sí No

En caso afirmativo, envíe los estados más recientes de su empleador, institución financiera o casa de bolsa mostrando la cantidad de capital y los intereses que está recibiendo o el valor en efectivo (una vez pagados los recargos por retiros anticipados).

6. Rentas vitalicias Sí No
7. Fondos de sepelio Sí No
8. Contratos o seguros de sepelio Sí No
9. Fideicomisos o acuerdos Sí No
(donde se tengan dinero o propiedades para beneficio de algún familiar en el hogar)
10. Cuentas bloqueadas Sí No
11. Acuerdos ordenados por la corte Sí No
12. Fallos Sí No
13. Pagarés Sí No
14. Hipotecas o escrituras de fideicomiso Sí No
Si contestó sí a cualquiera de las preguntas 6 a 16, proporcione copias de las pólizas, contratos, fideicomisos, acuerdos de compraventa, órdenes de la corte o documentos contables que demuestren las inversiones y la distribución
15. Cuentas de negocios y propiedades Sí No
Si contestó sí, envíe las declaraciones de impuestos, facturas, recibos, permisos, resumen de ganancias y pérdidas u otros documentos que indiquen propiedad.
16. Casa, condominio, rancho, terreno, casa rodante o finca donde viva ahora Sí No
o solía vivir y donde ahora viva otro miembro de su familia, como su cónyuge, un hijo menor de 21 años, un hijo discapacitado, un familiar dependiente, un hermano o un miembro de la familia que ha vivido en la propiedad durante, por lo menos, un año para cuidar de usted de manera que usted pudiera seguir viviendo en su casa en vez de ir a un hogar de ancianos.
Si contestó sí, escriba la dirección de la propiedad aquí.
17. ¿Es dueño de una casa en la que no vive ahora, pero a la que espera volver algún día? Sí No
En caso afirmativo, escriba la dirección de la propiedad aquí. En caso negativo, envíe una copia de la evaluación impositiva más reciente. Si prefiere, puede proporcionar una tasación de un tasador de bienes raíces calificado y ese valor será usado si es más bajo.
18. Otros inmuebles Sí No
Ejemplos: condominios, edificios, casas rodantes, fincas, apartamentos de veraneo compartidos
19. Derechos petroleros y minerales Sí No
Si contestó sí, envíe copias de los papeles de la hipoteca, evaluación impositiva más reciente, registro o documentos de propiedad.
20. Autos, motocicletas, remolques, botes u otros vehículos motorizados Sí No
Si contestó sí, envíe una copia de los documentos del propietario o de los registros más recientes, acuerdos de compra, recibos de ventas o estimaciones de valor. Cualquier vehículo de trabajo debe ser declarado.
21. Cualquier artículo de joyería por valor de más de USD 100 Sí No
Si contestó sí, envíe copias de recibos de venta, tasaciones, estimaciones de valor o documentos de seguros. Quedan excluidos los anillos de boda, de compromiso y las reliquias familiares.
22. Cualquier otro tipo de inmuebles o bienes personales, bienes muebles o recursos por valor de USD 500 o más. Sí No
Si contestó sí, envíe un informe sobre la propiedad y su valor.
23. Seguro de vida o de cuidados a largo plazo Sí No
Si contestó sí, envíe copias de sus pólizas, contratos y acuerdos de compras. Si su póliza es una póliza certificada de California Partnership for Long-term Care, envíe una copia de la declaración de sus beneficios más reciente. Si ya se han dado copias a su asistente, no necesita enviarlas nuevamente.
24. ¿Alguien ha usado alguno de los objetos enumerados para pagar servicios médicos Sí No
o para garantizar el pago de servicios médicos?
Si contestó sí, brinde una explicación en la sección "Comentarios o información adicional" al final del formulario y adjunte un comprobante.
Si adeuda dinero en relación con cualquier objeto de los mencionados en las preguntas 18 a 26, envíe una copia del gravamen, préstamo o garantía.
25. ¿Usted o algún miembro de su familia vendió alguna propiedad u obsequió dinero o algún bien Sí No
en los últimos 2 meses?
Si contestó sí, brinde una explicación en la sección "Comentarios o información adicional" al final del formulario y adjunte el comprobante.
26. ¿Ha cerrado alguna cuenta en los últimos 2 meses? Sí No

Nombre de la persona	Tipo de cuenta	Banco	Número de cuenta	Saldo

Si necesita más espacio, envíe copias del estado de cuentas mostrando su saldo actual o incluya información en la sección "Comentarios o información adicional".

Comentarios o información adicional

FIRMA DEL SOLICITANTE

Lea atentamente lo siguiente antes de firmar

Mi firma significa que:

Certifico y declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de California, que:

- Comprendo que estoy solicitando el programa CMSP.
- Comprendo que el condado verificará mi elegibilidad para otros programas federales, estatales o locales, incluidos Medi-Cal y Covered California, y doy mi consentimiento para que determine mi elegibilidad para estos otros programas.
- Comprendo todas las preguntas en esta solicitud y mis respuestas son verdaderas, correctas y completas a mi leal saber y entender. Si no sabía la respuesta a una pregunta, traté de preguntar a alguien que sí la sabía para confirmar la información.
- Sé que si no digo la verdad, puedo ser juzgado por violación de leyes civiles o penales, lo que conlleva sanciones civiles o penales que incluyen hasta cuatro años de prisión.
- Acepto decirle al empleado del condado dentro de un plazo de 10 días (personalmente, por correo electrónico, por teléfono o por fax) si cualquier información en este formulario cambia o es diferente de lo que he escrito o dicho a la persona que escribe en mi nombre.
- Entiendo que se me puede pedir que pruebe mis declaraciones y que mi elegibilidad puede estar sujeta a una revisión de control de calidad.
- Entiendo que por ley se requiere que el condado mantenga toda la información que yo proporcione en forma confidencial.

Firma del solicitante		Número de teléfono ()	Fecha
Firma de la persona que actúa en nombre del solicitante	Relación con el solicitante	Número de teléfono ()	Fecha
Firma del testigo (si el solicitante firmó con una marca)		Número de teléfono ()	Fecha
Firma del asistente de elegibilidad (EW) (si corresponde)	EW número (si corresponde)	Número de teléfono ()	Fecha

Notificación de confidencialidad y privacidad

Las secciones 14011 y 14012 del Código de bienestar social e instituciones autorizan a los servicios sociales y a los departamentos de bienestar social del condado a recoger ciertos datos acerca de usted para determinar si usted o la(s) persona(s) por la(s) que está presentando esta solicitud son elegibles para los beneficios del CMSP. La información que proporciona es confidencial y solamente puede ser hecha pública a ciertas personas u organizaciones y, aun así, solo con el propósito de administrar el CMSP. Esta información la usarán el departamento del condado para establecer la elegibilidad inicial y en curso para el CMSP; el intermediario fiscal del CMSP para los fines de procesamiento de reclamaciones; el Departamento de Servicios de Salud de California para la confección de la tarjeta de identificación de beneficios; el Directorio que regula el CMSP, Anthem Blue Cross Life & Health, MedImpact Healthcare Systems, DentaQuest y VSP para la administración de beneficios y pagos de reclamaciones, identificaciones de seguro de salud y acciones de reembolso de un pago extra; para Medicare Buy-In y la verificación del número de seguro social; el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) para determinar la condición de no ciudadano; y los proveedores de servicios médicos para la verificación de elegibilidad. Es obligatorio entregar esta información. Si no lo hace, no será elegible para los beneficios del CMSP. Tiene derecho a ver su información y puede hacerlo en el departamento del condado durante el horario normal de oficina.

Solicitud complementaria para el CMSP – Declaración de firma telefónica

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y del estado de California, que la información que figura en este documento es veraz, correcta y completa.

Certificación

- Comprendo las preguntas y declaraciones en este formulario.
- Comprendo que cualquier dato que he suministrado, incluidos los datos relativos a beneficios e ingresos, será comparado con la información que figura en los registros locales, estatales y federales, como por ejemplo registros de empleadores, la Administración del Seguro Social, organismos fiscales, agencias de asistencia social, agencias de empleo, etc.
- Comprendo que el condado enviará información al Servicio de Ciudadanía e Inmigración (USCIS) para verificar la condición de no ciudadano y a la Administración de Seguridad Social para verificar la información de sitios de trabajo para no ciudadanos que solicitan beneficios.
- Comprendo que la información que el condado recibe de la USCIS o Seguridad Social podría afectar mis beneficios de elegibilidad.
- Comprendo que la información que he dado en este formulario, incluyendo los datos de beneficios e ingresos, está sujeta a investigación y comprobación por personal del condado, del estado y federal y, si doy datos incorrectos o incompletos, mis beneficios podrían ser denegados o cancelados y yo podría ser procesado por proporcionar información falsa y, posiblemente, por fraude y por recibir beneficios a los que no tengo derecho.
- Comprendo que se me puede pedir que valide mis declaraciones y que mi elegibilidad puede estar sujeta a una revisión.
- Comprendo que debo informar todos los cambios de ingresos, propiedad u otros cambios al condado dentro de un plazo de 10 días a contar de la fecha en que se produjeran estos cambios.
- Comprendo que se puede exigir a cualquier miembro adulto del núcleo familiar (aun si se fuera del hogar), al patrocinador de un miembro del núcleo familiar que no sea ciudadano o al representante autorizado de un residente en una institución elegible que devuelva cualquier beneficio que el núcleo familiar o cualquiera de sus miembros hubiera recibido sin tener derecho a ello.
- Comprendo que mi caso podría ser seleccionado para una revisión adicional para asegurar que mi elegibilidad fue correctamente determinada y que debo cooperar totalmente con el personal del condado, estado o federal en cualquier investigación o comprobación, incluida una comprobación de control de calidad.
- Comprendo que cualquier miembro de mi núcleo familiar que esté evadiendo o escapando de la ley para evitar un procesamiento por delito mayor, detención o encarcelamiento luego de su condena o está en violación de su libertad condicional o libertad bajo fianza no es elegible para los beneficios.
- Comprendo estas declaraciones y autorizo la firma del formulario CMSP 215 Supplemental Application
- Marcar indica acuerdo verbal por parte del solicitante

Empleado del condado:	Número de caso:	Nombre del solicitante: