# STATEMENT OF APPLICANT'S RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL SOLICITANTE

| **By signing this application for assistance, I affirm the following:** | **Al firmar esta solicitud para recibir asistencia, yo afirmo lo siguiente:** |
|---|---|
| The information on the application and its attachments is true and correct. This application is a legal document. Deliberately omitting information or giving false information may cause the Provider to terminate services to a member of my household/family or me. | La información escrita en la solicitud y en sus anexos es verdadera y correcta. Esta solicitud es un documento legal. El deliberadamente omitir información o el proporcionar información falsa podría dar lugar a que el Proveedor cancele los servicios a uno de los miembros de mi hogar, de mi familia o los míos propios. |
| If I omit information, fail or refuse to give information, or give false or misleading information about these matters, I may be required to reimburse the State for the services rendered if I am found to be ineligible for services. I will report changes in my household/family situation that affect eligibility during the approval period (changes in income, household/family members, and residency). | Si yo omito información, dejo de proporcionar o me niego a proporcionar información o; proporciono información falsa o engañosa acerca de estos asuntos, podría requerírseme que reembolse al Estado el costo de los servicios recibidos, si acaso se determina que no califico para los servicios. Yo reportaré los cambios en la situación de mi hogar, de mi familia, que afecten la elegibilidad durante el período de aprobado (cambios en el ingreso, en los miembros del hogar, en la familia, y cambios de residencia.) |
| I authorize release of all information, including but not limited to, income and medical information, by and to the Texas Department of State Health Services (DSHS) and Provider in order to determine eligibility, to bill, or to render services to my household/family or me. | Yo autorizo la divulgación de toda la información, incluyendo pero no limitada a, el ingreso y a la información médica, de parte de y para, el Texas Department of State Health Services (DSHS) *[Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas*] y, al Proveedor para poder determinar la elegibilidad, para poder cobrar o, proporcionar servicios en mi hogar, a mi familia o, a mí personalmente. |
| I understand I may be asked by Provider to provide proof of any of the information provided in this application. | Entiendo y acepto que podría pedirme el Proveedor que proporcione comprobantes de cualquiera de la información proporcionada en esta solicitud. |
| Health insurance coverage, including but not limited to individual or group health insurance, health maintenance organization membership, Medicaid, Medicare, Veterans Administration benefits, Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services (CHAMPUS), and Worker's Compensation benefits, must be reported to Provider. Benefits from health insurance may be considered the primary source of payment for health care received. I hereby assign to Provider any such benefits. I also assign payment for benefits and services received from and through Provider directly to the service providers. | La cobertura de seguro de salud, incluyendo pero no limitada a seguro para un individuo o seguro de salud para un grupo de personas; los de membresía proporcionados por organizaciones para el mantenimiento de la salud [como HMO], *Medicaid*, *Medicare*; beneficios de la *Veteranos Administración;* de la CHAMPUS y *Worker's Compensation* [beneficios de Compensación Laboral], deben ser reportados al Proveedor. Los beneficios provenientes de esos seguros de salud pudieran ser considerados como la fuente principal de pago de la atención de salud recibida. Por este medio yo, asigno al Proveedor cualquiera de dichos beneficios. También asigno el pago de los beneficios y servicios recibidos de parte de y, a través del Proveedor, directamente a los proveedores de servicios. |
| I understand that, to maintain eligibility for NBS Benefits, I will be required to reapply for assistance at least every twelve months. | Yo entiendo y acepto que, para mantener la elegibilidad para los beneficios de NBS, se me requerirá de volver a solicitar la asistencia al menos cada doce meses. |
| I am a bona fide resident of Texas or a dependent. I physically live in Texas, maintain living quarters in Texas, and do not claim to be a resident of another state or country, or am a dependent of a bona fide Texas resident. | Soy residente legítimo de Texas, o dependiente del territorio. Yo vivo físicamente en Texas, mantengo residencia en Texas y, no afirmo ser residente de otro estado o país, o soy un dependiente de un residente legítimo de Texas. |
| Some programs provide care through program-approved providers. I understand that, to receive benefits from NBS Benefits, treatment must be received through those NBS Benefits approved providers. | Algunos programas proporcionan atención a través de proveedores aprobados por los programas. Yo entiendo y acepto que, para recibir beneficios de dichos programas, el tratamiento debe ser recibido a través de los proveedores aprobados por esos programas. |
| I understand that criteria for participation in NBS Benefits are the same for everyone regardless of sex, age, disability, race, or national origin. | Yo entiendo y acepto que el criterio para la participación en los beneficios de NBS es el mismo para todos sin importar sexo, edad, discapacidad, raza, o origen de nacionalidad. |
| I understand I have the right to file a complaint regarding the handling of my application or any action taken by NBS Benefits with the HHSC Civil Rights Office at 1-888-388-6332. | Yo entiendo y acepto que tengo el derecho de registrar una queja con relación al manejo de mi solicitud o con relación a cualquier acción tomada por los beneficios de NBS con HHSC Civil Rights Office al 1-888-388-6332. |
| I understand that I will receive written documentation concerning the services for which my household/family is eligible or potentially eligible. | Yo entiendo y acepto que recibiré documentación por escrito concerniente a los servicios para los cuales mi hogar, mi familia o yo calificamos o, potencialmente lleguemos a calificar. |
| With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See www.dshs.state.tx.us for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 522.023 and 559.004) | Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a www.dshs.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: *Government Code*, sección 552.021, 522.023 y 559.004) |
| I understand and agree that NBS Benefits does not provide payment for inpatient care. I understand that I must make my own arrangement for hospital care and that I am responsible for the cost of the care. | Entiendo y acepto que los beneficios de NBS no proporcionan pago por la atención de pacientes internos. Entiendo y acepto que yo debo hacer mis propios arreglos de atención en el hospital y que yo soy responsable por el costo de la atención. |
| **Signature – Applicant / Firma – Solicitante** **Date / Fecha** | **Provider Signature** **Date / Fecha** |