



601 N 13th Street Corsicana, Tx 75110

**PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA INDIGENTES Y PERSONAS
DE BAJOS RECURSOS DEL CONDADO DE NAVARRO**

Por favor, asegúrese de devolver esta solicitud.

Puede entregarla en la oficina, enviarla por correo o por fax.

Teléfono: (903) 875-3349 & (903) 875-3348

Brianna Caldwell – Coordinadora de Salud para Indigentes

Julieta Herrera - Asistente de Coordinadora para Indigentes

bcaldwell@navarrocouny.org

jherrera@navarrocouny.org

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Identificación con fotografía

Comprobante de residencia

Comprobante de ingresos

**Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con
nuestra oficina. ¡Estamos aquí para ayudarle!**



Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes
Solicitud de asistencia médica

For Office Use Only (Solo para uso de la oficina)

Status	Date Form 3064 Requested/Issued	Date Identifiable Form 3064 Received	Case Record No.	Appointment Date and Time, if applicable
<input type="radio"/> Application				
<input type="radio"/> Review				

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Código postal y núm. de teléfono.	Otro núm. de teléfono con código de área
--	-----------------------------------	--

¿Alguna vez ha usado otro nombre? De ser así, indique los nombres que ha usado.

Sí No

Domicilio postal (calle o apartado postal)	Núm. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
--	---------------	--------	--------	---------------

Dirección postal, si es diferente a la anterior. Si es un domicilio rural, indique cómo llegar.

1. En la tabla a continuación, use el primer renglón para poner información sobre usted. En los otros renglones, ponga la información de todas las personas que viven en la casa con usted, aún si no se consideran miembros del hogar.

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Núm. de Seguro Social (si lo sabe)	Sexo (Masculino/ Femenino)	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Es usted extranjero patrocinado?
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Nota: La palabra "hogar" en las preguntas 2 a 16 se refiere a usted, su cónyuge y cualquier otra persona que vive con usted y con la que tenga una relación legal. No es necesario incluir información sobre las personas que viven con usted pero que no forman parte de su "hogar".

2. ¿En qué condado y estado está ubicado su hogar (dónde está su hogar permanente)?

Condado: _____ Estado: _____ ¿Piensa permanecer en este condado y estado? Sí No

3. Plan de vivienda: Seleccione todas las casillas que correspondan a su hogar.

- Es dueño o está pagando por el hogar Vive en una casa que otra persona paga No tiene residencia permanente
 Vive con otra persona Renta una casa o apartamento Cárcel

Please return the items checked above by the time you return your application..

A decision about your eligibility will be made no later than 14 days after your application is completed, including all requested information. If we do not receive the information and you do not contact me, I assume that you do not want assistance. Call me if you have any questions.

Brianna Caldwell
Staff Signature

903 875 3348
Area Code and Phone No.

4. Anote los gastos promedios mensuales de su hogar.

Renta/hipoteca	\$
Servicios públicos (gas, agua, luz)	\$
Teléfono	\$
Servicios de transporte (como gasolina, pagos del carro, autobús)	\$
Impuestos y seguro anuales del hogar	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$

¿Paga alguien estos gastos del hogar por usted? Sí No Si contesta que sí, ¿quién?

5. ¿Recibe usted o alguien de su hogar alguno de los siguientes beneficios? Sí No

Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) Programa SNAP (estampillas para alimentos) Beneficios de Medicaid

Si contesta que sí, ¿quién recibe estos beneficios?

6. ¿Está usted o alguien de su hogar embarazada? Sí No Si contesta que sí, ¿quién está embarazada?

7. ¿Tiene usted o alguien de su hogar una discapacidad? Sí No Si contesta que sí, ¿quién tiene una discapacidad?

8. ¿Ha solicitado usted o alguien de su hogar Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)?

Sí No Si contesta que sí, ¿quién solicitó estos beneficios y cuándo?

9. ¿Tiene usted o alguien en su hogar facturas sin pagar por servicios de atención médica de los últimos tres meses? Sí No

Si contestó que sí, ¿de cuáles meses?

10. ¿Tiene usted u otra persona en su hogar cobertura de atención médica (Medicare, seguro médico, Asuntos de Veteranos, Tricare, etc.)?

Sí No Si contesta que sí, ¿quién tiene cobertura?

11. ¿Cuánto dinero tiene en su cartera, en su casa, en cuentas bancarias o en otros lugares?

12. ¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tienen usted y los demás miembros de su hogar? A continuación, anote el año, marca y modelo.

Año	Marca y modelo	+
1		-

13. ¿Es dueño o paga usted o alguien de su hogar una casa, un lote, unas tierras u otra propiedad? Sí No

14. En los últimos tres meses, ¿vendió, intercambió o regaló usted u otro miembro del hogar algún dinero o propiedad? Sí No

15. ¿Ha trabajado usted o alguien de su hogar en los últimos tres meses? Sí No Si contesta que sí, ¿quién trabajó?

16. En la siguiente tabla anote todos los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero de una capacitación o trabajo; dinero que cobra por dar alojamiento y comida; dinero regalado, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otras personas; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención infantil, y pagos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del departamento, persona o empleador que aporta el dinero	Cantidad recibida	Frecuencia del ingreso

Las declaraciones que he hecho, incluidas las respuestas que he dado, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en darle al personal que determina el derecho a la participación y al condado cualquier información que sea necesaria para comprobar las declaraciones respecto a mi derecho a la participación. Estoy de acuerdo en informar de cualquier de los siguientes cambios en un plazo de 14 días:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección
- Solicitud o participación en SSI, TANF o Medicaid

Me han informado y tengo por entendido que esta solicitud se tramitará sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencia política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se tome sobre mi solicitud o la recertificación de asistencia, y que puedo pedir oralmente o por escrito una audiencia imparcial con respecto a cualquier acción que afecte la concesión o la terminación de asistencia.

Tengo entendido que, al firmar esta solicitud, le doy al condado el derecho de recuperar el costo de los servicios de atención médica proporcionados por el condado de cualquier tercero.

Estoy de acuerdo en dar al condado cualquier información que necesite para identificar y localizar todas las otras fuentes de pago de los servicios de salud.

Se me ha informado y entiendo que no cumplir con las obligaciones establecidas podría considerarse una retención intencional de información de mi parte y podría dar lugar a que se recuperen los fondos mediante el reembolso o la presentación de cargos civiles o penales en mi contra.

Antes de firmar, asegúrese de haber dado respuestas completas y correctas. Si el solicitante está casado y su cónyuge es un miembro del hogar, el cónyuge también puede firmar y fechar este formulario aunque sea un miembro del hogar excluido.

Firma del solicitante Fecha Firma del cónyuge Fecha

Firma de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604 Firma del representante del solicitante Firma del testigo (si el solicitante firmó con una "X")

Dirección de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604 (calle, ciudad, estado, código postal): Código de área y tel.:

El Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes ayuda a la gente a pagar la atención médica que necesita. Su derecho a recibir esta ayuda depende de sus ingresos, sus posesiones, el lugar donde vive, los demás beneficios que reciba o que podría recibir, así como otros factores. Asegúrese de:

1. Incluir su nombre y dirección;
2. Firmar y escribir la fecha en la página 3 de la solicitud, y
3. Responder a tantas preguntas como pueda en esta solicitud.

Entregue o envíe por correo su solicitud hoy mismo, aún si no pueda responder a todas las preguntas.

Sus responsabilidades

Es posible que se le pida que traiga pruebas de lo que escribe en su solicitud o de lo que le diga a la persona que lo entreviste. Si necesita ayuda para conseguir pruebas, la persona que lo entreviste le ayudará. A continuación se enumeran ejemplos de alguna información que se le podría pedir que compruebe y los documentos que puede usar como prueba.

Lugar donde vive y donde piensa seguir viviendo: Correspondencia que recibe en su domicilio; expedientes escolares; documentos para votar; recibos de impuestos sobre la propiedad o el pago de alquiler o de hipoteca; licencia de manejar de Texas, y otros documentos de identificación oficiales.

Sus posesiones y el valor que tienen: Avalúos de impuestos sobre los bienes; estimaciones de las agencias de automóviles; anuncios de venta de artículos similares; declaraciones de agentes de bienes raíces, y estados de cuentas bancarias.

Sus ingresos: Comprobantes del pago; talones de cheque; formulario de impuestos W-2 o declaración de impuestos; comprobantes de ventas; declaraciones de los empleadores; cartas de concesión; documentos legales, y declaraciones de personas que le dan dinero.

Otro tipo de cobertura de atención médica: Cartas de concesión o de reclamos; pólizas de seguro de vida; documentos del tribunal, y otros expedientes judiciales.

La información sobre los números de Seguro Social debe proporcionarse si está disponible. La información sobre el sexo (masculino/femenino) no es obligatoria. Esta información no se toma en cuenta para determinar si usted cumple con los requisitos para recibir beneficios.

Debe dar información sobre el seguro médico y cualquier tercero responsable económicamente de los servicios de atención médica pagados por el condado por usted y los miembros de su hogar. Al firmar y presentar esta solicitud, usted concede al condado el derecho de recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios de atención médica, que hayan sido prestados por el condado.

Se le podría pedir que solicite los beneficios de Medicaid, Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Si se le pide que solicite los beneficios de uno de estos programas o si ya presentó la solicitud, pero está esperando una respuesta, su solicitud de CIHCP podría permanecer pendiente hasta que se determine que no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas. Si no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas y si contestó todas las preguntas de la solicitud y presentó todas las pruebas solicitadas, su solicitud podrá ser tramitada. Despues, el CIHCP tendrá 14 días para determinar si usted reúne los requisitos para recibir beneficios.

Después de presentar su solicitud, debe informar en un plazo de 14 días cualquier cambio de dirección, ingresos, recursos, personas que viven con usted, o si solicitó o recibió Medicaid, TANF o SSI.

CUIDADO DE LA SALUD PARA INDIGENTES DEL CONDADO DE NAVARRO

(SOLICITUD COMPLEMENTARIA)



1. ESTADO CIVIL (elija uno a continuación):

Soltero Casado Divorciado Separado Viuda(s) Ley Común

2. EMPLEO

- Actualmente trabajo: Sí NO Mi empleador es: _____
- La fecha de mi último empleo fue: _____ Mi empleador fue: _____
- Soy autónomo/tengo mi propio negocio: Sí NO
- Presenté la declaración de impuestos federales sobre la renta: Sí NO .

3. PRESTACIONES POR DESEMPLEO

- RECIBO Beneficios del Seguro de Desempleo (UIB): Sí NO si no, ¿por qué _____

4. COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

- ¿Ha solicitado la Compensación para Trabajadores?: Sí NO

5. BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL (SS)

- Estoy recibiendo beneficios del Seguro Social (SSI): Sí NO
- He solicitado beneficios de SS/Discapacidad: Sí NO
 - Si se le niega, ¿ha apelado la decisión? Sí NO
 - ¿Tiene una fecha para la audiencia? Sí (¿En qué fecha? _____) NO

6. BENEFICIOS PARA VETERANOS

- Soy un veterano de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.: Sí NO
- Soy un Veterano y recibo beneficios de Veteranos: Sí NO

7. ASISTENCIA FINANCIERA

- Recibo dinero para ayudarme: Sí NO
- Mis facturas son pagadas por individuos/organizaciones: Sí NO
- Recibo asistencia de cualquier tipo: Sí NO

- He solicitado Cupones de Alimentos (SNAP): SÍ ____ NO ____
- Recibo Cupones de Alimentos (SNAP): SÍ ____ NO ____
- Yo, o cualquier miembro del hogar, recibo pagos de manutención de los hijos: SÍ ____ NO ____

Explique brevemente su(s) problema(s) médico(s) actual(es). Asegúrese de incluir **TODOS** los diagnósticos, las fechas de diagnóstico (aproximadas) y el plan de atención.

Mis respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que el hecho de no proporcionar declaraciones verdaderas y correctas se considerará fraude y afectará mi capacidad para ser aprobado para el Cuidado de Salud para Indigentes del Condado de Navarro.

Imprime tu nombre: _____

Su firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Declaración de Salud para Indigentes del Condado de Navarro

Declaración de Verificación de Asistencia

Necesitamos verificar la cantidad de asistencia que usted brinda a _____ y cómo se brinda esa asistencia.

I, _____ proporcionar asistencia mediante:

Por favor, marque todo lo que corresponda:

DAR DINERO AL CLIENTE

FECHA _____ IMPORTE _____ FECHA _____ IMPORTE _____

FECHA _____ IMPORTE _____ FECHA _____ IMPORTE _____

FECHA _____ IMPORTE _____ FECHA _____ IMPORTE _____

PAGUE FACTURAS DIRECTAMENTE A LOS PROVEEDORES

NOMBRE DE LA PERSONA O EMPRESA	FECHA	IMPORTE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**¿HA ESTADO PROVOCANDO ALIMENTOS, REFUGIO, TRANSPORTE,
ARTÍCULOS PERSONALES Y/O NECESIDADES DOMÉSTICAS, ETC., SI SE REVISÓ
QUÉ SE PROPORCIONÓ Y EN QUÉ MESES?**

¿Planean continuar con este apoyo? _____

Si es así, ¿por cuánto tiempo? _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA.

SU FIRMA: _____

IMPRIME TU NOMBRE: _____

SU DIRECCIÓN: _____

TU NÚMERO DE TELÉFONO: _____

SU RELACION AL CLIENTE: _____

Política de Fraude de Atención Médica para Indigentes del Condado de Navarro

La Sec. 61.043 requiere que un condado adopte procedimientos razonables para minimizar la oportunidad de fraude.

El Condado de Navarro adopta la siguiente política:

Proporcionar información falsa o engañosa se considerará fraude, si se determina que existe fraude, se le negará la elegibilidad futura a la persona y se le exigirá que reembolse al condado todo el dinero pagado por reclamaciones.

Dichos casos serán reportados a la oficina del Auditor y del Fiscal de Distrito del Condado de Navarro para una mayor investigación y/o enjuiciamiento.

Reconocimiento de la Política:

Por la presente, entiendo que, al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia de la Política de Atención Médica para Indigentes del Condado de Navarro.

Firma: _____

Fecha: _____

Divulgación de información para indigentes del condado de Navarro

Con el fin de eliminar el fraude, es política del Indigente del Condado de Navarro investigar y verificar la información con respecto al procesamiento de su solicitud para el Cuidado de la Salud para Indigentes del Condado de Navarro.

Autorizo la divulgación de cualquier información solicitada por las siguientes agencias, entidades o individuos enumerados con el fin de procesar mi solicitud para Navarro County Indigent Healthcare. Este comunicado también autoriza a los representantes de Navarro County Healthcare a solicitar la verificación de la información que he proporcionado en mi solicitud de Indigent Healthcare.

- El estado de Texas y cualquier departamento o subdivisión del estado de Texas, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - ✓ Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas
 - ✓ Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas
 - ✓ Procurador General de Texas
 - ✓ Departamento de Servicios Familiares y de Protección
 - ✓ Comisión de la Fuerza Laboral de Texas
 - ✓ Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación al Trabajador
- El Condado de Navarro y cualquier departamento o subdivisión del Condado de Navarro, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - ✓ Supervisión Comunitaria y Correccionales del Condado de Navarro
 - ✓ Oficina del Sheriff del Condado de Navarro
 - ✓ Oficina del Secretario del Condado de Navarro
 - ✓ Oficina del Secretario del Distrito del Condado de Navarro
 - ✓ Oficina de Impuestos del Condado de Navarro
- Administración de Veteranos
- Administración del Seguro Social
- Servicios de Impuestos Internos
- Cualquier centro médico
- Cualquier compañía de seguros
- Cualquier organización benéfica

Firma: _____

Fecha: _____

PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA INDIGENTES DEL CONDADO DE NAVARRO

ENTIENDO QUE, COMO CLIENTE DE IHC (PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA INDIGENTES)

- Reportar a IHC menos de 14 días si mis ingresos cambian, si me mudo o si hay nuevos miembros en mi hogar. Cualquier nuevo trabajo, nuevo ingreso o dinero recibido debe ser reportado. Si no informo un cambio que me descalifica para los servicios, tendré que pagar por esos servicios o podría enfrentar cargos legales.
- Informar si solicito Seguro Social por Discapacidad, o si hay algún cambio en mi caso de SSI o SSDI.
- Ir solo a mi médico de atención primaria a menos que él/ella me remita a un especialista y la referencia haya sido aprobada por el programa. Entiendo que ver a un especialista por mi cuenta resultará en que yo sea responsable de esos cargos.
- Consulte a mi médico de atención primaria para situaciones que no sean de emergencia.
- Usaré la sala de emergencias solo para verdaderas emergencias.
- Siempre llame con anticipación para hacer una cita con mi médico y siga las instrucciones del médico.
- Tomaré mi medicamento según las instrucciones.
- Seguiré las dietas y restricciones recomendadas, es decir, no fumar productos de tabaco, drogas ilegales y alcohol.
- Entiendo que el programa pagará solo 3 recetas cada mes calendario, solo para 30 días de suministro. Algunos medicamentos están restringidos y se recomiendan medicamentos genéricos.
- Las reclamaciones por servicios médicos prestados fuera del estado de Texas no serán pagadas por Navarro County Indigent Health.
- El Condado de Navarro no paga el tratamiento ni los confinamientos hospitalarios por abuso o sobredosis de drogas o alcohol. Las lesiones autoinfligidas o el abuso tampoco están cubiertos.
- La IHC del Condado de Navarro NO paga: medicamentos que se pueden comprar sin receta, medicamentos restringidos (pagados, psiquiátricos, de estilo de vida), servicios de ambulancia (a menos que sea una transferencia de Navarro Regional), atención dental, oftalmológica, prenatal e inmunizaciones disponibles en el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas.
- El programa cubrirá hasta \$30,000 en facturas médicas O hasta 30 días en el hospital cada año fiscal, lo que ocurra primero.

**He leído la información anterior y me he dado la oportunidad de hacer preguntas.
Entiendo y estoy de acuerdo con lo dicho anteriormente.**

Firma	Fecha	Testigo	Fecha
--------------	--------------	----------------	--------------



Política de comportamiento del programa de atención médica

- Para recibir servicios a través del Programa de Atención Médica para Personas Indigentes del Condado de Navarro, usted debe cumplir con todas las políticas y directrices del estado, del condado y de los proveedores de servicios médicos.
- Usted está obligado a cumplir con todas las normas de comportamiento establecidas por el Estado de Texas, el Condado de Navarro, el consultorio de su médico de cabecera y cualquier otro proveedor al que se le remita.
- Si muestra un lenguaje o comportamiento perturbador o abusivo, NO recibirá los servicios. Nuestro personal estará protegido de situaciones peligrosas. Las confrontaciones físicas o agresivas son motivo de suspensión inmediata del Programa de Atención Médica para Personas de Bajos Recursos del Condado de Navarro.
- Se espera que usted cumpla con las recomendaciones médicas establecidas por su médico de cabecera y por cualquier otro profesional al que sea derivado. El incumplimiento puede ser motivo de suspensión del Programa de Atención Médica para Personas de Bajos Recursos del Condado de Navarro.
- Se espera que avise a todos los proveedores de servicios (por ejemplo, coordinadores de atención médica para personas de bajos recursos del condado de Navarro, médicos de cabecera, especialistas, hospitales, clínicas, etc.) con **AL MENOS 48 horas de anticipación** si necesita cancelar una cita o si no puede asistir. **No** se le programarán nuevas citas si ha faltado a dos o más citas programadas. ¡Su tiempo, el nuestro y el de los proveedores son valiosos!

He leído, comprendo y acepto las disposiciones de la política anterior:

Firma del cliente

Fecha

Personal del Programa de Atención Médica

Fecha

Programa de atención médica para indigentes del condado de
Navarro

registro laboral / búsqueda de empleo

Sección 1 de política estatal, página 3:

Una entidad que opte por establecer un procedimiento de registro de trabajo opcional puede comunicarse con su oficina local de la comisión de fuerza laboral de Texas para determinar cómo establecer el procedimiento del condado y negociar qué tipo de información se puede proporcionar. Si un solicitante no exento no cumple con los requisitos de registro de trabajo sin una buena causa, descalificarlo de los beneficios del Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado de la siguiente manera:

- Primera falta de cumplimiento (suspensión de 1 mes)
- Segunda falta de cumplimiento (suspensión de 3 meses consecutivos)
- Tercera o subsiguiente falta de cumplimiento (suspensión de 6 meses consecutivos)

El condado de Navarro adopta la siguiente política:

Si un solicitante no exento incumple los requisitos de registro laboral sin justa causa, será descalificado del Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado por un período de 3 meses. Transcurridos 3 meses, podrá volver a solicitar. No se aplican aumentos en la descalificación.

Firma

Fecha

Requisitos de registro laboral

El condado de Navarro, Texas, ha adoptado la siguiente política de registro laboral para el Programa de Atención Médica para Personas Indigentes.

Disposiciones generales:

1. No registrarse y no buscar empleo activamente a través de la Comisión Laboral de Texas constituye una infracción de las normas del Programa de Atención Médica para Personas de Bajos Recursos.
2. Las personas están exentas de la obligación de registrarse y buscar empleo si cumplen alguno de los siguientes criterios:
 - Recibir prestaciones por desempleo o haberlas solicitado pero aún no haber recibido la notificación de elegibilidad.
 - Si no se encuentra en condiciones físicas o mentales para trabajar, se requiere un certificado de su médico de cabecera (Clínica Dr. Kent E. Rogers).
 - Extranjero indocumentado
 - Tener 60 años o más.
 - Participa en un programa ambulatorio de tratamiento y rehabilitación para el abuso de sustancias, y no se le permite buscar empleo mientras está en tratamiento.
 - Estudiante a tiempo completo que participa en un programa de trabajo y estudio.
 - Empleado o trabajador por cuenta propia con una jornada de 20 horas semanales o que reciba ingresos equivalentes a 20 horas semanales al salario mínimo federal (20 horas x 7,25 dólares).
3. Las búsquedas de empleo deben estar relacionadas con su experiencia y cualificaciones. Las búsquedas que no se ajusten a sus cualificaciones no se tendrán en cuenta.

Consecuencias:

1. Si un solicitante no exento o un residente elegible para el Programa de Atención Médica para Personas Indigentes del Condado no cumple, sin causa justificada, con los requisitos de registro laboral, será descalificado del programa durante un período de 3 meses.
2. Las personas que no sean consideradas discapacitadas según las directrices de la Administración del Seguro Social en la fase de audiencia deberán buscar empleo.
3. Poner fin a la relación laboral con el único propósito de cumplir los requisitos para acceder al programa de atención médica para personas de bajos recursos puede conllevar la exclusión del programa durante un período de 6 meses.

Se realizarán verificaciones de las búsquedas de empleo para validar la participación en nuestros programas. Por la presente, confirmo que he leído y comprendo la información anterior contenida en este documento.

Firma

Fecha