



Texas Department of State Health Services

STATEMENT OF APPLICANT'S RIGHTS AND RESPONSIBILITIES DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL SOLICITANTE

Rights and Responsibilities in English	Derechos y Deberes en Español
I understand I have the right to request, receive and review information the State of Texas collects about me. I have the right to ask the state agency to correct any information that is incorrect. For more information on Privacy Notification, see www.dshs.texas.gov . (Reference: Government Code, Section 552.021, 522.023 and 559.004)	Yo entiendo que tengo derecho a solicitar, recibir y revisar la información que el estado de Texas colecciona sobre mí. Tengo derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que es incorrecta. Para obtener más información sobre la Notificación de Privacidad, visite www.dshs.texas.gov . (Referencia: Código Gubernamental Sección 552.021, 522.023 y 559.004)
I understand I have the right to be treated fairly, equally, and without regard to race, color, creed, religion, national origin, gender, age, political beliefs, or disability. I understand I have the right to file a complaint with the Office of Civil Rights of the United States Department of Health and Human Services at (888) 388-6332 TDD Toll-free: (877) 432-7232	Yo entiendo que tengo derecho a recibir un trato justo, igualitario y sin distinción de raza, color, credo, religión, origen nacional, sexo, edad, creencias políticas o discapacidad. Entiendo que tengo derecho a presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al (888) 388-6332 TDD Llamada gratuita: (877) 432-7232
I understand that the Program is a program of last resort, and that the Program will pay for services only after all other insurance or health care program coverages have refused to pay for them.	Yo entiendo que el Programa es un programa de último recurso, y que el Programa solo pagará los servicios después de que todas las otras coberturas de seguro o de programas de atención médica se hayan negado pagarlos.
I authorize the Program and Provider to share all information, including but not limited to, income and medical information, to determine eligibility, bill, or give services to my household/family or me.	Yo autorizo al Programa y al Proveedor que compartan toda información, incluyendo, pero no limitada a, ingresos e información médica, para determinar la elegibilidad, cobrar o, dar servicios a mi hogar, mi familia o, a mí.
I understand I will receive Program benefits after Program has approved the services and only from doctors and others who are contracted by the Program.	Yo entiendo que recibiré los beneficios del Programa después de que el Programa haya aprobado los servicios y solo de médicos y otras personas contratadas por el Programa.
I must be a bona fide resident of Texas, be physically present within the geographic boundaries of Texas, and not claim residency in any other state or country.	Debo ser residente de buena fe de Texas, estar presente físicamente dentro los límites geográficos de Texas, y no reclamar residencia en ningún otro estado o país.
I must apply for Program benefits at least every 12 months. I must give proof of any information provided in the application.	Yo debo solicitar para beneficios del Programa al menos cada 12 meses. Yo debo dar prueba de cualquier información provista en la aplicación.
I must report any changes that occur in my household. These include changes in home address, income, health care coverage, and family size.	Yo debo reportar cualquier cambio que ocurra en mi hogar. Estos incluyen cambios de domicilio, ingresos, cobertura de atención médica y tamaño de la familia.
By signing the Statement of Rights and Responsibilities, I affirm that the information on the application and its attachments are true and correct. This application is a legal document. Deliberately omitting information or giving false information may cause the Program to terminate services to a member of my household, family or me. If I omit, give false or misleading information; I may be required to pay back the State for the benefits if it is found that I am not eligible.	Al firmar la Declaración de Derechos y Responsabilidades, afirmo que la información y sus anexos son verdaderos y correctos. Esta aplicación es un documento legal. Omitir deliberadamente información o dar información falsa puede causar que el programa termine los servicios a un miembro de mi hogar, de mi familia o a mí. Si omito, doy información falsa o engañosa; puedo ser obligado de pagar al Estado los beneficios si se encuentra que no soy elegible.

Signature of Applicant/Guardian/Representative Firma de Solicitante/Padre/Guardian/Representante	Date Fecha
Signature of Contracted Provider Firma del Proveedor Contratado	Date Fecha