



Financial Responsibility

I understand that if I qualify for services through a grant funded program such as the Department of State Health Services Family Planning or PHC these resources are payers of last resort. As payers of last resort, grant-funded programs may not continue my eligibility if I currently or in the future have Medicare, Medicaid and/or third-party insurance coverage. Therefore, I agree to immediately report any changes in my financial status and/or insurance coverage to a CSR or Program Navigator. If I fail to appropriately report changes in my financial status and/or insurance coverage, and if those changes result in my ineligibility for services under a grant funded program, I understand that I am fully responsible for the cost of services delivered by El Centro de Corazón.

Insurance Assignment

By signing below, if I am eligible for Medicaid, Medicare and/or third-party insurance coverage while a client of El Centro de Corazón, I authorize El Centro de Corazón to furnish to Medicaid, Medicare and/or third-party insurance coverage all of the necessary information, including my HIV status, to process my claim. I also hereby assign to El Centro de Corazón all payments received from Medicaid, Medicare and/or a third-party insurer for services and treatments provided to me by El Centro de Corazón. I understand that I may be responsible for paying any required co-payments prior to being seen by a health care practitioner. I also understand that I am responsible for the cost of services and treatments delivered to me that are not covered by my insurance.

Patient/Legal/Authorized Representative Signature

Date

Relationship to patient (if not self)

Witness (Staff)

Date



Responsabilidad Financiera

Entiendo que, si califico para recibir servicios a través de un programa financiado mediante subvenciones, como el Departamento de Servicios de Salud del Estado, Planificación Familiar o PHC, estos recursos son pagadores de último recurso. Como pagadores de último recurso, es posible que los programas financiados por subvenciones no continúen siendo mi elegibilidad si actualmente o en el futuro tengo cobertura de Medicare, Medicaid y/o seguro de terceros. Por lo tanto, acepto informar inmediatamente cualquier cambio en mi situación financiera y/o cobertura de seguro a una Representante de Servicio al Cliente de El Centro De Corazón. Si no informo adecuadamente los cambios en mi situación financiera y/o cobertura de seguro, y si esos cambios resultan en mi inelegibilidad para recibir servicios bajo un programa financiado por subvención, entiendo que soy totalmente responsable del costo de los servicios prestados por El Centro de Corazón.

Asignación de Seguro

Al firmar a continuación, si soy elegible para Medicaid, Medicare y/o cobertura de seguro de terceros mientras soy cliente de El Centro de Corazón, autorizo a El Centro de Corazón a proporcionar a Medicaid, Medicare y/o cobertura de seguro de terceros toda la información necesaria, incluido mi estado de VIH, para procesar mi reclamo. También por la presente asigno a El Centro de Corazón todos los pagos recibidos de Medicaid, Medicare y/o un tercero asegurador por los servicios y tratamientos que me brindó El Centro de Corazón. Entiendo que puedo ser responsable de pagar cualquier copago requerido antes de ser atendido por un profesional de atención médica. También entiendo que soy responsable del costo de los servicios, honorarios de laboratorio y tratamientos que me brinden y que no estén cubiertos por mi seguro.

Firma del paciente/legal/representante autorizado

Fecha

Relación con el paciente (si no es yo)

Testigo (Personal)

Fecha