Frederick County Health Access Program

An Initiative of the Frederick County Health Care Coalition
In Partnership with the Frederick County Health Department

Providing Connections to Care

Ph. 301-788-8592 FAX 866-430-9751

DIVULAGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Autorizo a entregar la información personal y financiera que contiene este formulario al Programa de Acceso a la Atención de la Salud del Condado de Frederick (en inglés FCHAP) para que puedan evaluarla y verificar la elegibilidad. Entiendo que se me podría pedir que presentara información adicional. Los administradores de FCHAP podrán verificar toda la información brindada en este formulario. Entiendo que debo decirle al personal de FCHAP acerca de cualquier cambio en la información que está en este formulario. Mediante la firma en esta solicitud, certifico bajo pena de falso testimonio que todo lo que está en este formulario es verdad.

Certifico bajo pena de falso testimonio que todos los solicitantes del Programa de Acceso a la Atención de la Salud del Condado de Frederick son residentes del Condado de Frederick y no tienen seguro de salud.

Toda la información y documentación reunida para determinar la elegibilidad es confidencial. La divulgación de la información relacionada con mi elegibilidad, a cualquier persona no autorizada a recibir la información, es una violación a las leyes del Estado de Maryland.

La solicitud debe ser firmada por un miembro del grupo familiar que tenga 19 años de edad o más.

_____ _____

Firma del solicitante/ Nombre en imprenta Fecha

_____ _____

Firma del Coordinador de FCHAP Fecha