

Formulario Modelo de Autorización para los Consejeros Certificados para Solicitudes (CAC) en el Mercado de Seguros Médicos Facilitado por el Gobierno Federal¹ (Mercado de Seguros Médicos)

Nombre de la Organización Designada como CAC: _____

Dirección de la Organización Designada como CAC:

Número de Teléfono y Correo Electrónico de la Organización Designada como CAC:

Nombre del Individuo como CAC y el Número de Certificación:

I. Reconocimiento de la Funciones y Responsabilidades de los CACs (ver Anexo A)

Reconozco que he sido informado sobre las funciones y responsabilidades de un CAC según descritas en el Anexo A. y he tenido la oportunidad de discutir dichas funciones y responsabilidades con [Nombre].²

II. Definiciones y Explicaciones de los Términos Usados en este Formulario

En este formulario de autorización:

- Las palabras “yo”, “mi” o “mí” incluyen a mi representante autorizado, si tengo uno.
- La información personal identificable se llama “PII”. Ejemplos de PII incluyen, pero no se limitan a, nombre, número de teléfono, correo electrónico, dirección, estado migratorio, ingreso, e información sobre la cantidad de individuos que reside en su hogar.
- Planes de salud en el Mercado de seguros se llaman planes de salud calificados o “QHP” (por sus siglas en inglés).
- Otros programas llamados “programas de asequibilidad del seguro” también están disponibles a través del Mercado de seguros. Estos programas pueden ayudarme, o a mi familia, a pagar por la cobertura médica, e incluyen programas públicos, tales como Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), créditos fiscales anticipados para primas, reducción de costos compartidos, y, si es disponible en mi estado, el Programa de Salud Básica.

III. Autorizaciones

a. Consentimiento General

Yo, _____, autorizo a [Nombre], incluyendo individuos CAC que han sido certificados por esta organización designada como CAC, a crear, recopilar, revelar, acceder, mantener,

¹ Incluyendo los Mercados de Seguros Médicos facilitados por el gobierno federal donde el estado desempeña funciones administrativas.

² NOTA A LA ORGANIZACIÓN DESIGNADA como CAC Y INDIVIDUO CAC: Cada vez que [Nombre] aparece en este Formulario de Autorización, el Nombre de la Organización Designada como CAC, por lo menos, debe ser añadido en este espacio. Nombre(s) del Individuo CAC puede ser incluido, pero no es requerido.

almacenar, y/o usar mi PII para poder desempeñar las responsabilidades y funciones de un CAC según autorizada por regulación federal resumida en el Anexo A, a menos que yo haya limitado mi consentimiento según descrito en este documento. Entiendo que [Nombre] podrá tener que crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, almacenar, y/o usar alguna información de mi PII para proporcionar esta asistencia. Las responsabilidades y funciones de un CAC incluyen, pero no están limitadas a:

1. Informarme sobre todas las opciones de QHP disponibles y programas de asequibilidad de seguro médico para los cuales soy elegible, incluyendo: proporcionarme con información justa, correcta e imparcial que me ayude a presentar una solicitud de elegibilidad al Mercado de Seguros Médicos; aclararme las diferencias entre las opciones de cobertura médica disponible, incluyendo QHPs; y ayudarme a tomar decisiones informadas durante el proceso de selección de cobertura médica. Entiendo que [Nombre] puede necesitar preguntarme y recolectar información sobre mis necesidades de cobertura médica para poder ayudarme. .
2. Ayudarme a solicitar cobertura médica a través del Mercado de Seguros.
3. Ayudarme a inscribirme en un QHP y/o en alguno de los programas de asequibilidad de seguro médico.
4. Asegurarse que la información proporcionada es accesible si tengo incapacidades. Si [Nombre] no puede satisfacer mis necesidades de accesibilidad, [Nombre] debe referirme a un Navegador del Mercado de Seguros Médicos o al Centro de Llamadas del Mercado, para que pueda atender mis necesidades específicas. Entiendo que para poder ayudarme, [Nombre] talvez tendrá que hacer preguntas y guardar anotaciones sobre cualquier apoyo y servicio que necesito o pueda necesitar para comunicárselo a otros asistentes.
5. Proporcionarme con este formulario y guardar una copia firmada.

También entiendo que [Nombre] puede ser requerido a crear, recolectar, manejar, divulgar, acceder, guardar, y/o usar mi PII para llevar a cabo actividades requeridas bajo ley o regulación estatal. [Nombre] ha incluido a continuación la lista de requisitos estatales aplicables.

[NOTA A LA ORGANIZACION DESIGNADA COMO CAC Y INDIVIDUOS CAC: Cualquier requisito estatal que puede requerir usar, divulgar, etc. un PII de un consumidor (por ejemplo, informes estatales) deberá ser añadido aquí, si aplica. De otra manera, estos requisitos no deberán ser incluidos en este formulario.

b. Consentimiento Específicos

También autorizo a [Nombre] a crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, guardar, y/o usar mi PII para el/el siguiente (s) propósito (s):

[NOTA A LA ORGANIZACIÓN DESIGNADA COMO CAC Y INDIVIDUOS CAC: Añada información para cualquier consentimiento adicional que puede ser solicitado aquí.]

IV. Excepciones o Limitaciones al Consentimiento

Entiendo que yo puedo revocar, limitar o de otra manera cambiar los consentimientos que proporciono en este formulario en cualquier momento. Si no hago ninguna limitación, excepciones o cambios a mi consentimiento en este momento, todavía lo puedo hacer en cualquier momento en el futuro notificando a [Nombre]. A continuación hago las siguientes excepciones, limitaciones, o cambios:

V. Información Adicional

Entiendo que:

1. No tengo que proveer a [Nombre] cualquier información que yo no quiero proporcionar. Sin embargo, la ayuda que presta [Nombre] es limitada a la información que proporciono, y en caso que la información proporcionada sea incorrecta o incompleta, puede que [Nombre] no pueda ofrecerme toda la ayuda que esté disponible para mi caso.
2. [Nombre] debe solicitarme la cantidad mínima de mi PII que sea necesario para poder ayudarme.
3. [Nombre] debe asegurarse de que mi PII sea mantenido en privado y debidamente asegurado al crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, guardar, y/o usar mi PII. [Nombre] debe seguir los estándares de privacidad y estándares de seguridad que les corresponde.
4. Si proporciono mi información de contacto al firmar este formulario, mi consentimiento general incluye permiso a [Nombre] para que se comuniquen conmigo nuevamente sobre como solicitar o inscribirme en cobertura médica luego de mi primera visita con ellos.
5. Entiendo que una vez haya firmado este formulario de autorización, puedo anticipar que [Nombre] me ayude sin pedirme que firme otro formulario de autorización.
6. [Nombre] debe proporcionarme con una copia de mi Formulario de Autorización y el Anexo A, una vez completado.

Por favor llene, firme y feche el formulario:

Fecha _____
Firma del consumidor/ Representante Legal o Representante Autorizado por el Mercado de seguros. Marque uno de estos si usted es el consumidor o el representante del consumidor. POR FAVOR NOTE: Consumidores pueden firmar este formulario de consentimiento por sí mismos, o pueden elegir que un Representante legal o Autorizado por el Mercado de seguros lo firme.

Nombre del Consumidor en Letras de Imprenta Nombre del Representantes Autorizado en Letras de Imprenta (si aplica)
Maneras que se me puede contactar (opcional):
___ Por correo o en persona al _____
___ Por teléfono al _____ (XXX) XXX-XXXX
Este teléfono es un teléfono celular (seleccione uno): S N
___ Por mensaje de texto al _____ (XXX) XXX-XXXX [Nota: a la medida que una entidad CAC desee contactar individuos a sus teléfonos celulares o por mensaje de texto, la entidad debe obtener asesoramiento legal e individual sobre lo que debe decir el lenguaje de consentimiento.]

Anexo A: Roles y Responsabilidades de (CACs) Consejeros Certificados para Solicitudes

1. [Nombre] debe informarme sobre todas las opciones de planes de salud calificados (QHP) y programas de asequibilidad de seguro a los que puedo ser elegible, lo cual incluye: proporcionarme con información justa, correcta, e imparcial que me pueda ayudar al momento de presentar mi solicitud de elegibilidad al Mercado de seguros; aclarar las diferencias entre opciones de cobertura médica, incluyendo QHPs; y ayudarme a tomar decisiones informadas durante el proceso de selección de cobertura médica.
2. [Nombre] debe ayudarme a solicitar cobertura médica a través del Mercado de seguros, si deseo esa ayuda.
3. [Nombre] debe ayudarme a inscribirme en un QHP, o en otros programas de asequibilidad de seguro, si deseo esa ayuda, pero [Nombre] no está autorizado a seleccionar un plan para mí.
4. [Nombre de Organización] ha sido designada por el Mercado de seguros para certificar a individuos que actúan como CAC luego de los mismos demostrar que cumplen con todos los estándares requeridos y están en cumplimiento con las condiciones de su acuerdo con el Mercado de seguros.
5. Todos los individuos CAC que me ayuden deben ser certificados por [Nombre de Organización] para ayudar consumidores luego de demostrar que cumplen con todos los estándares requeridos y están en cumplimiento con las condiciones de sus acuerdos con [Nombre de Organización]. Si tengo alguna preocupación acerca de la ayuda que se me proporcionó por alguno de estos individuos, debo de contactar a [INSERTAR Contacto de Organización].
6. Todos los individuos CAC que me asistan deberán haber completado y recibido una calificación satisfactoria en un curso de entrenamiento aprobado antes de poder prestar ayuda a los consumidores, y deberán recibir entrenamiento adicional anualmente antes de ser re-certificados por la organización antes de seguir ayudando a los consumidores
7. [Nombre] debe actuar a favor de mis intereses.
8. [Nombre] no discriminará en contra mía por raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Si [Nombre] recibe fondos federales para proporcionar servicios a una población específica (tales como el programa Ryan White VIH/SIDA o algún proveedor de salud a poblaciones indígenas), podrá limitar sus servicios a esa población, siempre y cuando no discriminen contra esa población específica.
9. [Nombre] debe asegurarse de que si poseo incapacidades, la información ha sido proporcionada de manera accesible y usable para mí persona. Si [Nombre] no puede proporcionarme servicios de acuerdo a mis necesidades de accesibilidad, [Nombre] debe referirme a un Navegador del Mercado de seguros o al Centro de Llamadas del Mercado de Seguros Médicos federal, que pueda satisfacer mis necesidades específicas.
10. [Nombre] debe proporcionarme con información general sobre las funciones y responsabilidades de los CAC, incluso a través de este formulario.
11. CACs incluyendo aquellos que han sido certificados por [Nombre de Organización] no actúan en carácter de consejeros de impuestos o abogados al brindar asistencia como CAC y no pueden brindar asesoría legal o financiera dentro de su capacidad como CACs.

12. [Nombre] debe cumplir con los estándares del Mercado de seguros para mantener mi PII privada y segura, debe obtener mi consentimiento antes de acceder a mi PII y debe permitirme a revoca mi consentimiento en cualquier momento.
13. [Nombre] no está autorizado a cobrarme un cargo por cualquier servicio presentado mientras se desempeñe en su rol como CAC.
14. [Nombre], incluyendo la organización CAC y cualquier individuo CAC que me ayude, no está autorizado a recibir consideración directa o indirectamente de cualquier aseguradora de seguros o servicios médicos en conexión con la inscripción de cualquier individuo en un QHP o un no-QHP y debe informarme de cualquier conflicto de intereses que pueda tener.
15. [Nombre de Organización] no está autorizada a pagar a individuos CACs basado en el número de solicitudes que ayuden a completar, el número de personas que asistan, o el número de inscripciones que ayuden a completar.
16. [Nombre] no está autorizado a obsequiarme ningún regalo, incluyendo tarjetas de regalo, tarjetas con efectivo, efectivo, u objetos que pueden ser utilizados para anunciar o promover los productos o servicios de otro individuo o negocio, como manera de persuadirme a inscribirme en cobertura médica. [Nombre] está permitido(a) —pero no requerido(a) —a obsequiarme con regalos por otras razones, incluyendo alentarme a recibir asistencia con mi solicitud, pero solo si el valor total de los regalos obsequiados durante el evento o reunión no sobrepasan \$15 en valor. [Nombre] está permitido a reembolsarme por gastos relacionados con compras o pagos que yo pago para obtener asistencia con mi solicitud de [Nombre] (tales como gastos de transportación o sellos postales), aun si el valor total del reembolso sobrepasa los \$15.
17. [Nombre] no está autorizado a contactar para ofrecer ayuda a consumidores con la solicitud o la inscripción yendo de puerta en puerta, o de otra manera contactando a personas que no han solicitado ayuda, a menos que [Nombre] tenga una relación previa con el consumidor. [Nombre] está permitido a acudir a puertas residenciales de los consumidores o a contactar personas que nunca han solicitado ayuda si la misma es ofrecida como parte de una campaña de información y orientación siempre y cuando [Nombre] siga otras leyes que sean aplicable a este tipo de actividad.
18. [Nombre] también debe cumplir con cualquier requisito aplicable estatal o local al proporcionarme servicios a mi persona.

[NOTA A UNA ORGANIZACION DESIGNADA COMO CAC E INDIVIDUOS COMO CAC: Si usted o su organización es una entidad cubierta sujeta a la sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, otro lenguaje puede ser incluido en una sección separado de este formulario. Por favor, refiérase a <https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557/translated-resources/> para más información.]