

**BORRADOR Modelo de Formulario de Autorización para Navegadores en un Mercado Facilitado por el Gobierno Federal o una Alianza Estatal del Mercado**

Nombre de la Organización Navegador: \_\_\_\_\_

Dirección de la Organización Navegador: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono y Correo Electrónico:

\_\_\_\_\_

Nombre del Navegador o Personal/Voluntario Individual y Número de la Certificación:

\_\_\_\_\_

**I. Reconocimiento de las Funciones y Responsabilidades de los Navegadores (ver Anexo A)**

Me han informado acerca de y entiendo las funciones y responsabilidades del Navegador descritas en el Anexo A y he tenido la oportunidad de discutir las con [Nombre].<sup>1</sup>

**II. Definición y Explicación de los Términos Usados a lo Largo de este Formulario**

En este formulario de autorización:

- Las palabras “yo”, “mí” o “mi” incluyen a mi representante autorizado si tengo uno.
- La información personal identificable se llama “PII”. Ejemplos de mi PII incluyen, pero no se limitan a mi nombre, número de teléfono, correo electrónico, domicilio, estado migratorio, ingreso, e información sobre el tamaño del hogar.
- Los planes de salud que están disponibles a través del Mercado se llaman Planes de Salud Calificados o “QHP” (por sus siglas en inglés).
- Otros programas que se llaman “programas de asequibilidad del seguro” también están disponibles a través del Mercado. Estos programas pueden ayudarme o a mi familia a pagar por cobertura médica, e incluyen programas públicos, tales como Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), el crédito fiscal anticipado para la prima, las reducciones de costos compartidos, y, si es disponible en mi estado, el Programa de Salud Básico.

**III. Autorizaciones**

**a. Consenso Generalizado**

Yo, \_\_\_\_\_, concedo autorización a [Nombre], incluyendo los Navegadores individuales que son parte de esta organización Navegador, a crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, guardar, y/o usar mi PII para llevar a cabo los siguientes deberes de un Navegador, a menos que yo haya limitado este consenso como descrito en este documento. Entiendo que [Nombre] tendrá que crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, guardar, y/o usar alguna parte de mi PII para prestar esta asistencia.

<sup>1</sup> NOTA A LA ORGANIZACIÓN NAVEGADOR Y NAVEGADOR INDIVIDUAL: Cada vez que [Nombre] aparece en este Formulario de Autorización, el Nombre de la Organización Navegador, como mínimo, se debe insertar. Puede que se introduzca el/los nombre(s) del Navegador individual, pero no es requerido.

1. Decirme sobre todas las opciones de los QHP y los programas de asequibilidad de seguro para los que yo posiblemente podría calificar, incluyendo: proporcionarme con información justa, precisa, e imparcial que me ayuda a presentar una solicitud de elegibilidad del Mercado; aclarar las diferencias entre opciones de cobertura médica, incluyendo los QHP; y ayudarme a hacer decisiones informadas durante el proceso de selección de cobertura médica. Entiendo que [Nombres] para poder ayudarme tendrán que preguntarme y guardar anotaciones sobre sobre mis necesidades de cobertura médica y preferencias de idioma.
2. Asegurar que las herramientas y la ayuda prestada es accesible y usable si tengo incapacidades. Entiendo que [Nombre] para poder ayudarme tendrá que preguntarme y guardar anotaciones sobre cualquier apoyo y servicio que necesito.
3. Ayudarme a seleccionar un QHP.
4. Ayudarme con cualquier reclamo, queja, o pregunta sobre mi plan de seguro, cobertura, o una determinación bajo tal plan o cobertura, al proporcionarme con referencias a cualquier oficina de seguro de salud, asistencia al consumidor, o defensor de seguro de salud aplicable, o cualquier otra agencia o agencias estatales adecuadas. Entiendo que [Nombre] para poder ayudarme tendrá que revelar mi PII a esas fuentes de referencia.
5. Proporcionarme con este formulario y guardar una copia firmada.

**b. Consenso Específico**

También autorizo a [Nombre] a crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, guardar, y/o usar mi PII para los siguientes propósitos:

- Para seguir mi caso y comunicarse conmigo al fin del año aplicable de cobertura para saber si me gustaría recibir ayuda con la re-inscripción en cobertura del Mercado y/o programas de asequibilidad de seguro. Mi forma preferida de contacto se encuentra a continuación.

[NOTA A LA ORGANIZACIÓN NAVEGADOR Y NAVEGADOR INDIVIDUAL: insertar aquí el texto para cualquier consenso adicional que puede ser pedido.]

**IV. Excepciones o Limitaciones a Consenso**

Entiendo que puedo revocar, limitar, o de otra manera cambiar los consensos que proveo a través de este formulario en cualquier momento. Si no hago limitaciones, excepciones, o cambios a mis consensos ahora, lo puedo hacer en cualquier momento en el futuro al notificar a [Nombre]. Hago las siguientes excepciones, limitaciones, o cambios:

---



---



---



---

**V. Información Adicional**

Entiendo que:

1. No tengo que darle a [Nombre] información que no quiero proporcionar. Sin embargo, la ayuda que presta [Nombre] solamente se basa en la información que proporciono, y si la información proporcionada está incorrecta o incompleta, puede que [Nombre] no pueda ofrecer toda la ayuda que esté disponible en mi caso.
2. Entiendo que [Nombre] me pedirá que proporcione sólo la cantidad mínima de mi PII que sea necesaria para ayudarme.
3. [Nombre] asegurará que mi PII se mantenga privada y segura al crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, guardar, y/o usar mi PII. [Nombre] seguirá los estándares de privacidad y seguridad de información aplicables.
4. Entiendo que [Nombre] también debe mantener un nivel de experiencia en elegibilidad, inscripción, y especificaciones de programa para los QHP y programas de asequibilidad de seguro, y completar actividades de educación pública para aumentar el conocimiento acerca del Mercado. [Nombre] no debe necesitar crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, guardar, y/o usar mi PII para estas funciones. Si [Nombre] crea, recopila, revela, accede, mantiene, guarda, y/o usa mi PII para estas funciones, [Nombre] obtendrá mi consentimiento para esas actividades específicas. [Nombre] mantendrá privada y segura mi PII excepto cuando he autorizado compartir mi PII públicamente.
5. Si proporciono mi información de contacto al firmar este formulario, mi consentimiento general incluye permiso para que [Nombre] se comunice conmigo para solicitar o inscribirme en cobertura después de mi primera reunión con él/ella.
6. Si [Nombre] no tiene los recursos o habilidades para ayudarme inmediatamente, él o ella me referirá a un Navegador del Mercado o personal de asistencia en persona, o al Centro de Llamadas del Mercado federal, que pueda cumplir con mis necesidades más rápido. Si [Nombre] necesita referirme a otra fuente de asistencia, él o ella me referirá a la fuente que sea más fácil para mí de acceder. Entiendo que [Nombre] para poder ayudarme tendrá que compartir mi información de contacto y otra información sobre mis necesidades personales con posibles fuentes de referencia.
7. Entiendo que una vez que yo haya firmado este formulario de autorización, puedo anticipar que [Nombre] me ayude sin pedirme que firme otro formulario de autorización.
8. [Nombre] me proporcionará una copia de mi Formulario de Autorización y este Anexo A, una vez completo.
9. [Nombre] está requerido(a) a recopilar, gestionar, revelar, acceder, mantener, guardar, y/o usar mi PII para llevar a cabo las actividades requeridas bajo una ley o reglamento estatal. [Nombre] ha listado a continuación los requisitos estatales específicos que aplican.

[NOTA A LA ORGANIZACIÓN NAVEGADOR Y NAVEGADOR INDIVIDUAL: cualquier requisito estatal que puede requerir el uso, divulgación, etc. de PII de un consumidor (por ejemplo, reportajes estatales) se debe incluir aquí, si aplicable. Si no, este artículo no se debe incluir en el formulario.]

**Por favor complete, firme y coloque la fecha en el formulario:**

---

**Firma del consumidor/Representante Legal o Autorizado por el Mercado**

**Marque uno de estos para mostrar si usted es el consumidor o el representante del consumidor. POR FAVOR NOTE: Los consumidores pueden firmar este formulario de consenso por sí mismos, o pueden elegir que un Representante legal o Autorizado por el Mercado lo firme.**

---

<b>Fecha</b>	<b>Nombre del Consumidor en Letras de Imprenta</b>	<b>Nombre del Representante Autorizado en Letras de Imprenta (si aplicable)</b>
--------------	--	---

**Maneras en que me pueden contactar (opcional):**

**Por correo o en persona en** \_\_\_\_\_

**Por teléfono en** \_\_\_\_\_ **(XXX) XXX-XXXX**

**Por mensaje de texto en** \_\_\_\_\_ **(XXX) XXX-XXXX** [Nota: en la medida que una entidad Navegador espera contactar individuos en sus teléfonos celulares o por mensaje de texto, la entidad debe obtener asesoramiento legal e individual sobre lo que debe decir el lenguaje de consenso.]

**Por correo electrónico en** \_\_\_\_\_ **XXXXX@XXXXX.XXX**

**Anexo A: Funciones y Responsabilidades de los Navegadores**

1. [Nombre] está requerido(a) a mantener experiencia en elegibilidad, inscripción, y especificaciones de programa para los planes de salud calificados (QHP) y programas de asequibilidad de seguro, y completar actividades de educación pública para aumentar el conocimiento acerca del Mercado.
2. [Nombre] debe decirme sobre todas las opciones de los QHP y los programas de asequibilidad de seguro para los que yo podría calificar, lo que incluye: proporcionarme con información justa, correcta, e imparcial que me ayudará a presentar una solicitud de elegibilidad del Mercado; aclarar las diferencias entre opciones de cobertura médica, incluyendo los QHP; y ayudarme a hacer decisiones informadas durante el proceso de selección de cobertura médica.
3. [Nombre] no discriminará en contra de mí en base a mi raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, sexo, identidad de género, u orientación sexual.
4. [Nombre] debe proporcionarme información en una manera que cumple con mis necesidades culturales y lingüísticas.
5. [Nombre] debe asegurar que las herramientas y ayuda proporcionada es accesible y usable para mí si tengo incapacidades.
6. [Nombre] debe ayudarme a elegir un QHP, si quiero esa ayuda, pero [Nombre] no puede elegir un plan de seguro de salud para mí.
7. [Nombre] debe ayudarme con cualquier reclamo, queja, o pregunta sobre mi plan de seguro, cobertura, o una determinación bajo tal plan o cobertura, al proporcionarme referencias a cualquier oficina de seguro de salud, asistencia al consumidor, o defensor de seguro de salud aplicable, o cualquier otra agencia o agencias estatales adecuadas, si quiero esa ayuda.
8. Todos los individuos Navegadores que me ayudan deben ser certificados por el Mercado para ayudar a los consumidores después de demostrar que cumplen con todos los estándares requeridos, y deben seguir las condiciones de la subvención de [Organización del Navegador] de los CMS.
9. Todos los individuos que me ayudan deben completar y recibir una calificación satisfactoria en un curso de entrenamiento aprobado por los CMS antes de ayudar a los consumidores, y deben recibir educación continua y ser certificados o re-certificados anualmente antes de seguir ayudando a los consumidores.
10. [Nombre] no es un emisor de seguro de salud o stop-loss o subsidiario de un emisor de seguro de salud o stop-loss, no es una asociación que incluye miembros del sector de seguro o presiona el sector de seguro, y no recibe ningún fondo o pago de un emisor de seguro de salud o stop-loss en conexión con la inscripción de cualquier individuo en un QHP o no-QHP. [Nombre] también me informará sobre conflictos de intereses que podrían existir.
11. [Nombre] debe proporcionarme información sobre las funciones y responsabilidades de Navegadores, incluyendo por medio de este formulario.
12. [Nombre] debe cumplir con los estándares del Mercado para mantener mi PII privada y segura, debe obtener mi consentimiento antes de acceder a mi PII, y debe permitirme revocar el consentimiento en cualquier momento.
13. [Nombre] no me cobrará honorario por cualquier ayuda prestada.

14. A partir del 15 de Noviembre de 2014, [Nombre] no será pagado(a) por la organización Navegador en base al número de solicitudes que ayuda a completar, el número de personas que ayuda, o el número de inscripciones que ayuda a completar.
15. [Nombre] no me dará ningún regalo (incluyendo tarjetas de regalo o dinero en efectivo) de un valor de más de \$15, o darme cosas que anuncian o promocionan los productos o servicios de otro individuo o negocio, como manera de persuadirme a inscribirme en cobertura. [Nombre] está permitido(a) —pero no requerido(a) —a darme regalos, tarjetas de regalo, o dinero en efectivo de más de \$15 en valor para reembolsarme por cosas que tengo que comprar o pagar para obtener asistencia en la solicitud de [Nombre] (tales como gastos de viaje o correo).
16. [Nombre] no usará ningún fondo proporcionado por el Mercado para comprarme regalos, tarjetas de regalo, o cosas que anuncian o promocionan productos o servicios de otro individuo o negocio.
17. [Nombre] no está permitido(a) a contactar consumidores para prestar ayuda con la solicitud o inscripción yendo de puerta en puerta o de otra manera contactar personas que no han pedido ayuda, a menos que [Nombre] ya tenga una relación con un consumidor, pero [Nombre] sí puede ir de puerta en puerta o contactar personas que no han pedido ayuda al ofrecer actividades de promoción y educación al público. Ya que tengo una relación con [Nombre], [Nombre] está permitido(a) a venir a mi puerta y/o llamarme directamente para darme ayuda con la solicitud o inscripción, siempre y cuando [Nombre] siga otras leyes que pueden aplicar a esa actividad.
18. [Nombre] no está permitido(a) a hacer llamadas automatizadas a los consumidores, (por medio de un sistema de marcación automática o voz pre-grabada o artificial) a menos que [Nombre] ya tenga una relación con el consumidor. Ya que tengo una relación con [Nombre], [Nombre] está permitido(a) a contactarme por medio de llamadas de máquina siempre y cuando [Nombre] siga otras leyes que pueden aplicar a esa actividad.
19. [Nombre de Organización] debe tener una ubicación física (tal como una oficina) en mi estado para que yo pueda obtener ayuda en persona, si así lo deseo.
20. [Nombre] también debe cumplir con cualquier requisito estatal y local al proporcionarme servicios.