

**APÉNDICE E****BORRADOR Modelo del Formulario de Autorización para los Consejeros  
Certificados para Solicitudes (CAC) en un Mercado Facilitado por el Gobierno  
Federal o una Alianza Estatal del Mercado**

Nombre de la Organización Designada CAC: \_\_\_\_\_

Dirección de la Organización Designada CAC: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono y Correo Electrónico de la Organización Designada CAC:  
\_\_\_\_\_Nombre y Número de Certificación del CAC Individual:  
\_\_\_\_\_**I. Reconocimiento de las Funciones y Responsabilidades de los CAC (ver Anexo A)**

Me han informado sobre y entiendo las funciones y responsabilidades del CAC 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 de 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 CAC individuales que son certificados por esta organización designada CAC, a crear, recopilar, revelar, acceder, mantener,

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

guardar, y/o usar mi PII para llevar a cabo los siguientes deberes de un CAC, 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 proporcionar esta asistencia.

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 información justa, correcta, e imparcial que me ayude 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 [Nombre] para poder ayudarme tendrá que preguntarme y guardar anotaciones sobre mis necesidades de cobertura médica.
2. Ayudarme a solicitar cobertura médica a través del Mercado.
3. Ayudarme a inscribirme en un QHP.
4. Asegurar que las herramientas y ayuda que se me proporcionan son accesibles y usables para mí si tengo incapacidades. Si [Nombre] no me puede proporcionar mis necesidades de accesibilidad, [Nombre] me referirá a un Navegador del Mercado o personal de asistencia en persona, o el Centro de Llamadas del Mercado federal, que pueda cumplir mis necesidades específicas. Entiendo que [Nombre] para poder ayudarme tendrá que preguntarme y guardar anotaciones sobre cualquier apoyo y servicio que necesito y tendrá que revelar mi información a otros asesores.
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 el/los siguiente(s) propósito(s):

- 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 DESIGNADA CAC Y CAC 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:

---

—

---

—

---

—

---

—

Este documento está sujeto a cambios de acuerdo al proceso de aprobación de OMB

## 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. Si proporciono mi información de contacto al firmar este formulario, mi consenso general incluye permiso para que [Nombre] se comunice conmigo para solicitar o inscribirme en cobertura después de mi primera reunión con él/ella.
5. Entiendo que [Nombre] no está requerido(a) a ayudarme en un idioma que entiendo bajo las reglas del programa de CAC, pero puede que [Nombre] esté requerido(a) por otra ley federal, estatal, o local a proveerme estos servicios. Si [Nombre] no tiene los recursos o habilidades para ayudarme inmediatamente en un idioma que entiendo, 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 para poder ayudarme [Nombre] tendrá que compartir mi información de contacto y otra información sobre mis necesidades personales con posibles fuentes de referencia.
6. 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.
7. [Nombre] me proporcionará una copia de mi Formulario de Autorización y este Anexo A, una vez completo.
8. [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 DESIGNADA CAC Y CAC INDIVIDUAL: cualquier requisito estatal que puede requerir el uso, divulgación, etc. de PII de un consumidor (por ejemplo, reportes estatales) se deben incluir aquí, si aplicable. Si no, este artículo no se debe incluir en el formulario.]

Este documento está sujeto a cambios de acuerdo al proceso de aprobación de OMB

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

<b>Fecha</b>
<b>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: 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>
<b>Nombre del Consumidor en Letras de Imprenta Nombre del Representante Autorizado en Letras de Imprenta (si aplicable) Maneras en que se me puede contactar (opcional):</b>
<b>___ Por correo o en persona en _____</b>
<b>___ Por teléfono en _____ (XXX) XXX-XXXX</b>
<b>___ Por mensaje de texto en _____ (XXX) XXX-XXXX [Nota: en la medida que una entidad CAC 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.] ___</b>
<b>Por correo electrónico en _____ XXXXX@XXXXX.XXX</b>

#### **Anexo A: Funciones y Responsabilidades de los Consejeros Certificados para Solicitudes (CAC)**

1. [Nombre] debe decirme sobre todas las opciones de plan de salud calificado (los QHP) y los programas de asequibilidad de seguro para los que yo podría calificar, lo que incluye: proporcionarme 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.
2. [Nombre] debe ayudarme a solicitar cobertura médica a través del Mercado, si quiero esa ayuda.
3. [Nombre] debe ayudarme a inscribirme en un QHP, si quiero esa ayuda, pero [Nombre] no puede elegir un plan para mí.
4. [Nombre de Organización] es designada por el Mercado para certificar a individuos para actuar como CAC después de demostrar que cumplen con todos los estándares requeridos y deben seguir las condiciones de su acuerdo con el Mercado.
5. Todos los individuos que me ayudan han sido certificado por [Nombre de Organización] para ayudar a los consumidores después de demostrar que cumplen con todos los estándares requeridos y deben seguir las condiciones de sus acuerdos con [Nombre de Organización]. Si tengo una preocupación acerca de la ayuda que se me proporciona por alguno de estos individuos debo contactar a [INSERTAR Contacto de Organización].

## DRAFT-SUBJECT TO APPROVAL BY OFFICE OF MANAGEMENT AND BUDGET

6. Todos los individuos CAC que me ayudan deben completar y recibir una calificación satisfactoria en un curso de entrenamiento aprobado antes de prestar ayuda a los consumidores, y deben recibir entrenamiento adicional anualmente antes de ser re-certificados por la organización para seguir ayudando a los consumidores.
7. [Nombre] debe actuar en favor de mis intereses.
8. [Nombre] no discriminará en contra de mí en base a mi 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 (tal como un programa Ryan White VIH/SIDA o un proveedor de salud indígena), esta puede limitar sus servicios a esa población, siempre y cuando no discriminen dentro de esa población específica.
9. [Nombre] debe asegurar que las herramientas y ayuda proporcionada es accesible y usable para mí si tengo incapacidades. Si [Nombre] no puede proporcionarme servicios de acuerdo a mis necesidades de accesibilidad, [Nombre] me referirá a un Navegador del Mercado o personal de asistencia en persona, o el Centro de Llamadas del Mercado federal, que pueda cumplir con mis necesidades específicas.
10. [Nombre] debe proporcionarme información sobre las funciones y responsabilidades de los CAC, incluso a través de este formulario.
11. [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 a revocar el consentimiento en cualquier momento.
12. [Nombre] no me cobrará por cualquier ayuda prestada.
13. [Nombre] no recibe ningún fondo o pago de cualquier emisor de seguro de salud o stop-loss en conexión con la inscripción de cualquier individuo en un QHP o no-QHP y me informará sobre cualquier conflicto de intereses que él/ella puede tener.
14. A partir del 15 de Noviembre de 2014, [Nombre] no será pagado(a) por [Nombre de Organización] 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) con 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 de 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 está permitido(a) a contactar a consumidores para darles ayuda con la solicitud o la 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.
17. [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

## DRAFT-SUBJECT TO APPROVAL BY OFFICE OF MANAGEMENT AND BUDGET

permitido(a) a contactarme por medio de llamadas de máquina siempre y cuando [Nombre] siga otras leyes que pueden aplicar a esa actividad.

18. [Nombre] también debe cumplir con cualquier requisito estatal y local al proporcionarme servicios.