

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ASISTENCIA PARA INSCRIPCIÓN

Nombre de la Entidad de Inscripción Certificada

Dirección de la Entidad

Teléfono de la Entidad

Correo Electrónico de la Entidad

Nombre del Consejero de Inscripción Certificado y Numero de Certificado

Yo, _____, doy mi permiso, a _____, mi Representante Autorizado (persona que actúa por mi), da su permiso, a la Entidad de mi Inscripción Certificada y al Consejero de Inscripción de Covered California (juntos llamados "Consejeros") mencionados arriba de darme y/o a mi Representante Autorizado información acerca de las opciones para cobertura médica. Esto es para ayudarme a aplicar e inscribirme a un plan de salud a través de un Plan de Seguro Médico de Covered California o de Medi-Cal.

Yo doy mi permiso al Consejero de ver o usar algunos de mis datos de Información de Identificación Personal para que me ayude a obtener cobertura médica. Mi Información de Identificación Personal puede incluir mi nombre, domicilio, dirección de correo electrónico, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social, información financiera y mi información de empleo.

En este formulario, las palabras "yo" o "mi" incluyen a mi Representante Autorizado si tengo uno.

Yo entiendo que:

1. El Consejero me informará sobre todas las opciones de cobertura para las cuales yo califico, incluyendo los Planes Médicos de Covered California, Medi-Cal y el Programa de Acceso de Medi-Cal para Mujeres Embarazadas.
2. El Consejero no puede escoger por mi o recomendarme un plan de salud.
3. El Consejero se asegurará que mi Información de Identificación Personal se mantenga privada y segura. Esto es requerido por ley.
4. El Consejero puede crear, coleccionar, dar, tener acceso, quedarse, guardar, y/o usar mi Información de Identificación Personal y/o la Información de Identificación Personal de mi Representante Autorizado **solo** para realizar las actividades de un Consejero de Inscripción Certificado. Esto puede incluir dar mi Información de Identificación Personal a Covered California, a los Planes Médicos de Covered California, y al Departamento de Cuidados Médicos de California, el cual maneja Medi-Cal. El Consejero no puede usar mi Información de Identificación Personal para otros propósitos.
5. Los deberes de un Consejero de Inscripción Certificado incluyen:
 - Dar información y servicios de manera justa, correcta, y de manera imparcial.
 - Dar información verbal y/o por escrito acerca de las opciones de cobertura médicas para las que yo puedo calificar, en mi idioma y en una manera que yo pueda entender.
 - Dar información y ayudar en una manera en que las personas con incapacidades puedan tener acceso y puedan usarla.
 - Ayudarme a escoger un Plan Médico de Covered California, Medi-Cal, o el Programa de Acceso de Medi-Cal para Mujeres Embarazadas. Si yo consiento, en ayudarme a aplicar, inscribirme o a renovar mi cobertura médica.
 - Referirme a las agencias para ayuda cuando tenga quejas, denuncias, o preguntas acerca de mi plan médico, cobertura, o una decisión hecha sobre mi plan de cobertura.
6. El Consejero también debe ofrecerme información acerca de eventos disponibles al público. El Consejero no usará mi Información de Identificación Personal para este propósito.

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ASISTENCIA PARA INSCRIPCIÓN

7. El Consejero debe saber las reglas de los Planes Médicos de Covered California, Medi-Cal y el Programa de Acceso de Medi-Cal para Mujeres Embarazadas.
8. Si esta información es incorrecta o incompleta, el Consejero no podrá ayudarme a tomar las mejores decisiones. La ayuda del Consejero es basada en información que solamente yo o mi Representante Autorizado podemos darle.
9. Si el Consejero no puede ayudarme, él o ella me referirá a otro Consejero, o al Centro de Servicio de Covered California, que me pueda ayudar.
10. El Consejero no me cobrará una tarifa. Esta ayuda es gratis.
11. Yo debo firmar este formulario para que el Consejero me pueda ayudar. Si yo no firmo este formulario, yo todavía puedo aplicar para, o inscribirme en un plan de cobertura médica a través de Covered California, Medi-Cal o el Programa de Acceso de Medi-Cal para Mujeres Embarazadas. El Consejero no me podrá ayudar.
12. Esta autorización se vencerá cuando yo le comunique al Consejero que deseo cancelar mi autorización. Yo puedo cancelar o limitar mi autorización por escrito en cualquier momento. Yo notificaré al Consejero si deseo cancelar mi autorización.
13. La Entidad de Inscripción Certificada debe guardar este formulario por seis años.

Covered California necesita su nombre y su firma en este formulario para identificarlo. Si usted no da su nombre y firma en este formulario, el Consejero no podrá ayudarle. Estas regulaciones federales le dan a Covered California el derecho de coleccionar y guardar la información en este formulario: 45 C.F.R. § 155.210, 45 C.F.R. § 155.215.

Covered California debe darle esta Declaración de Privacidad bajo el Código Civil de CA § 1798.17. Los Avisos de Practicas de Privacidad están disponibles en CoveredCA.com/espanol/privacy/. Si tiene preguntas acerca de sus registros, usted puede llamar o escribir al Oficial de Privacidad al (800) 889-3871 o P.O. Box 1347 Sacramento, CA 95814.

Firme y escriba la fecha en las líneas:

Firma _____ Fecha _____
Nombre _____ # de la Aplicación _____ # del Caso _____

Para el Consejero de Inscripción Certificado:

Yo afirmo bajo pena de perjurio que:

- Yo soy un Consejero de Inscripción Certificado afiliado con una Entidad de Inscripción Certificada como se define en el Código de Regulaciones de California Titulo 10, Capitulo 12, Artículo 8, sección 6650.
- Le di toda la información en este formulario de autorización al solicitante en un idioma y manera que él o ella pudiera entender.
- Me aseguré que toda la información en este formulario fuera accesible para personas con incapacidad proporcionando modificaciones relacionadas con la incapacidad o cuando sea necesario, incluyendo equipo auxiliar, Braille, letra grande u otras herramientas y servicios.
- Le expliqué al consumidor que estos datos forman parte de la Información de Identificación Personal y que esto sería usado únicamente para determinar elegibilidad para cobertura médica.
- Yo obtuve autorización verbal del consumidor autorizando el uso de su Información de Identificación Personal con el fin de cumplir con mis deberes descritos en el Código de Regulaciones de California Titulo 10, Capitulo 12, Artículo 8, sección 6664.

Firma _____ Fecha _____