



Formulario de consentimiento de CMS para agentes y corredores del

Mercado

Yo

Autorizo

RICARDO PEÑA

Para que

actue como agente o corredor de seguros de salud para mí y para toda mi familia, si corresponde, a los fines de la inscripción en un Plan de Salud Calificado ofrecido en el Mercado Facilitado Federalmente. Al consentir a este acuerdo, autorizo al Agente arriba mencionado a ver y utilizar la información confidencial proporcionada por mí por escrito, electrónicamente o por teléfono solo para los fines de uno o más de los siguientes:

1. Búsqueda de una aplicación Marketplace existente;
2. Completar una solicitud de elegibilidad e inscripción en un Plan de Salud Calificado del Mercado u otros programas de asequibilidad de seguros del gobierno, como Medicaid y CHIP o créditos fiscales por adelantado para ayudar a pagar las primas del Mercado;
3. Proporcionar mantenimiento continuo de la cuenta y asistencia para la inscripción, según sea necesario.
4. Responder a las consultas del Mercado en relación con mi solicitud del Mercado

Entiendo que el Agente no utilizará ni compartirá mi información de identificación personal (IIP) para fines distintos de los enumerados anteriormente. El Agente se asegurará de que mi IIP se mantenga privada y segura al recopilar, almacenar y utilizar mi IIP para los fines indicados anteriormente

Entiendo que el Agente no utilizará ni compartirá mi información de identificación personal (IIP) para fines distintos de los enumerados anteriormente. El Agente se asegurará de que mi IIP se mantenga privada y segura al recopilar, almacenar y utilizar mi IIP para los fines indicados anteriormente

Nombre de Agente:

RICARDO PEÑA

Número Productor Nacional:

18688585

Número de teléfono:

469-360-9175

Correo electrónico:

rpenafinanzas.wfg@gmail.com

Nombre del contacto principal del hogar y/o representante autorizado:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

Firma:

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1438, con fecha de caducidad XX/XX/20XX. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en 0,17 horas por solicitante y año, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, recopilar la información necesaria y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. *CMS Disclosure* Por favor, no envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, historiales médicos o cualquier documento que contenga información sensible a la Oficina de Compensación de Informes PRA. Tenga en cuenta que no se revisará, reenviará ni conservará ninguna correspondencia que no esté relacionada con la carga de recopilación de información aprobada con el número de control OMB asociado que figura en este formulario. Si tiene preguntas o dudas sobre dónde enviar sus documentos, póngase en contacto con Brian Gubin en Brian.Gubin@cms.hhs.gov