

**\*\*\*\* THIS PAGE IS THE SPANISH TRANSLATION \*\*\*\***  
**(Does not require signature)**

## **Formulario de consentimiento**

Al firmar este documento, doy mi permiso a las personas o entidades designadas como agente autorizado para actuar como agente o corredor de seguro médico para mí y para todo mi hogar, si corresponde, para fines de inscripción en un plan de salud. Además, autorizo a ver y utilizar la información confidencial proporcionada por mí por escrito, electrónicamente o por teléfono para los fines siguientes:

(1) Buscar una aplicación del Mercado existente; (2) Completar una solicitud de elegibilidad e inscripción en un plan de salud calificado del Mercado u otros programas gubernamentales de asequibilidad de seguros, como Medicaid y CHIP o créditos fiscales anticipados para ayudar a pagar las primas del Mercado; (3) Proporcionar mantenimiento continuo de la cuenta y asistencia para la inscripción, según sea necesario; o (4) Responder a consultas del Mercado sobre mi solicitud.

El agente no usará ni compartirá mi información de identificación personal (PII, en inglés) para ningún fin ajeno a los antes indicados. El agente garantizará que mi PII se mantenga privada y segura cuando recopile, almacene y use mi PII para los fines antes indicados. También, el agente podrá utilizar la información proporcionada para contactarme por llamada, SMS, correo electrónico y correo postal mientras se mantenga vigente este acuerdo.

Agentes autorizados: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Información de contacto: \_\_\_\_\_

Afirmo que he revisado y aprobado la información del resultado de elegibilidad como exacta, antes de la presentación de la solicitud al mercado. Si corresponde, se incluye la información del resultado de elegibilidad o se adjunta el documento:  
\_\_\_\_\_

Confirmando que la información que proporciono para ingresar en mi solicitud de inscripción y elegibilidad del Mercado será verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que no tengo que compartir información personal adicional sobre mí o mi salud con mi agente más allá de lo requerido en la solicitud para fines de elegibilidad e inscripción. Entiendo que mi consentimiento permanece vigente hasta que lo revoque y puedo revocar o modificar mi consentimiento en cualquier momento.

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_