

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

Formulario de consentimiento previo

Al firmar este documento, doy mi permiso a las personas o entidad designada 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 solo para los fines de uno o más de los 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 del Mercado.

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.

También entiendo que, al facilitar un número de teléfono, correo electrónico y firmar este documento, autorizo a que me contacten por llamada, SMS y correo electrónico mientras se mantenga vigente este acuerdo.

Agentes autorizados:

Método para revocar el consentimiento:

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

Correo electrónico:

Firma: _____ Fecha: _____