

AUTORIZACIÓN PARA AYUDA DE INSCRIPCIÓN

Nombre de la Entidad de Inscripción Certificada	Tipo de Autorización (Escoge uno)
	<i>Por escrito</i> <i>Verbal</i>
Dirección de la Entidad	Nombre de la ubicación (Si aplica)
Número de Teléfono de la Entidad	Correo electrónico de la Entidad
Nombre de Consejero de Inscripción Certificado	Número de Certificación

Yo, _____, doy mi autorización, o _____, quien es mi Representante Autorizado (la persona que ejerce en mi lugar), da su autorización a la Entidad de Inscripción Certificada de Covered California y al Consejero de Inscripción (en combinación, "Consejero") nombrado anteriormente en este formulario a proveerme a mí o a mi Representante Autorizado (si aplica) con información sobre mis opciones de cobertura de salud. Esto me ayudará a solicitar e inscribirme en cobertura de salud a través de un plan de seguro de salud de Covered California o Medi-Cal. Doy mi autorización al Consejero para acceder a mi Información de Identificación Personal que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para cobertura de salud y para inscribirme en un plan de salud. Si aplica, mi Representante Autorizado puede darle al Consejero acceso a mi Información de Identificación Personal que sea necesaria para determinar la elegibilidad para cobertura de salud o para inscribirme en un plan de salud. Mi Información de Identificación Personal puede incluir mi nombre, dirección residencial, correo electrónico, fecha de nacimiento, número del seguro social, información económica, e información sobre el empleo.

Para propósitos de este formulario, las palabras "mí" o "mi" incluyen a mi Representante Autorizado, si es que tengo uno.

Yo entiendo que:

1. El Consejero me dirá sobre todas las opciones de cobertura a las que yo califique, incluyendo planes de salud de Covered California, Medi-Cal y el Programa Medi-Cal Access.
2. El Consejero no puede escoger o recomendar el plan para mí.
3. El Consejero se asegurará de que mi Información de Identificación Personal se mantenga privada y segura. Esto es un requisito de la ley.
4. El Consejero puede crear, recolectar, compartir, acceder, mantener, guardar, preservar, o utilizar mi Información de Identificación Personal y/o la Información de Identificación Personal de mi Representante Autorizado exclusivamente para realizar gestiones relacionadas a la inscripción. El Consejero está autorizado a proveer mi Información de Identificación Personal a Covered California, los planes de salud de Covered California, y el Departamento de Servicios de Cuidado de Salud de California, cual administra Medi-Cal. El Consejero también puede brindar mi Información de Identificación Personal a otras fuentes según sea requerido por ley. Sin embargo, el Consejero no puede usar mi Información de Identificación Personal en cualquier manera que viole las leyes que aplican.
5. Las responsabilidades del Consejero de Inscripción Certificado también incluyen:
 - Proveer información y servicios de una manera que sea justa, correcta e imparcial.
 - Proveer información verbal o por escrito sobre mis opciones de cobertura en un lenguaje y manera en que yo pueda entender.
 - Si es que aplica, proveer información y ayuda en una manera que sea fácil para que las personas con discapacidades puedan obtenerla.
 - Ayudarme a escoger un plan de salud de Covered California, Medi-Cal, o del Programa Medi-Cal Access. Si doy mi autorización, el Consejero también me ayudará a inscribirme en un plan o a renovar.

AUTORIZACIÓN PARA AYUDA DE INSCRIPCIÓN

- Referirme a otras agencias para ayuda con quejas o preguntas sobre mi plan de salud, cobertura o decisiones que se hagan por mí sobre mi plan o cobertura.
 - Referirme a recursos para la preparación de impuestos y consejos tributarios si tengo preguntas sobre cobertura de salud, ayuda económica para pagar por la cobertura de salud, y cualquier requisito legal con respecto a cobertura de salud.
6. El Consejero también ofrecerá actividades de educación pública. El Consejero no usará mi Información de Identificación Personal para ese propósito.
 7. El Consejero tiene conocimiento sobre las reglas de inscripción para planes de salud de Covered California, Medi-Cal y el Medi-Cal Access Program.
 8. Si proveo información incorrecta al Consejero, él o ella pudiese no poder ayudarme a tomar la mejor decisión con respecto a mi seguro de salud. El Consejero puede confiar en la información provista por mi persona o mi Representante Autorizado.
 9. Si el Consejero no puede ayudarme, él o ella me referirá a otro Consejero, o al Centro de Servicio de Covered California que si pueda ayudarme.
 10. El Consejero no puede cargar por sus servicios. Esta asistencia es gratis.
 11. Yo tengo que firmar este formulario para autorizar al Consejero a ayudarme. Si no firmo este formulario, todavía puedo solicitar o inscribirme en cobertura de salud a través de Covered California, Medi-Cal o el Medi-Cal Access Program.
 12. Esta autorización se vencerá cuando yo le comunique al Consejero que deseo cancelar mi autorización. Yo puedo cancelar o limitar mi autorización en cualquier momento. Yo le notificaré al Consejero si decido cancelar mi autorización.
 13. La Entidad de Inscripción Certificada debe retener este formulario por 10 años.

Covered California necesita su nombre y firma en este formulario para poder identificarle. Si no brinda su nombre y firma en este formulario, el Consejero no le ayudará.

Se requiere que Covered California le provea esta Declaración de Privacidad, según el Código Civil de California, § 1798.17. Las Normas de Privacidad de Covered California están disponibles en CoveredCA.com/Privacy. De tener preguntas sobre su expediente, puede llamar o escribirle al Oficial de Privacidad al (800) 889-3871 o 1601 Exposition Blvd., Sacramento, CA 95815.

Firma	Fecha
Nombre por escrito/deletreado	
Número de Solicitud	Número de Caso

Para uso por el Consejero de Inscripción Certificado:

Yo afirmo bajo pena de perjurio que:

- Soy un Consejero de Inscripción Certificado que está afiliado con una Entidad de Inscripción Certificada, tal como se define en el Código de Reglas de California, Título 10, Capítulo 12, Artículo 8, sección 6650.
- Yo compartí toda la información en este formulario con el solicitante en lenguaje y manera en que él o ella entienda.
- Yo me aseguré de que toda la información en este formulario sea accesible para aquellos con discapacidades y he provisto las modificaciones y acomodos necesarios, incluyendo ayudas auxiliares, Braille, letra grande u otras herramientas y servicios.
- Yo le expliqué al solicitante el significado de Información de Identificación Personal y cuál es su propósito para solicitar cobertura. Yo le indiqué que la Información de Identificación Personal solo se usará para determinar elegibilidad para cobertura de salud.
- Yo he obtenido autorización verbal o por escrito por parte del consumidor dando autorización para compartir su Información de Identificación Personal conmigo y así poder cumplir con mis responsabilidades tal como se describen en el Código de Reglas de California, Título 10, Capítulo 12, Artículo 8, sección 6664.

AUTORIZACIÓN PARA AYUDA DE INSCRIPCIÓN

Firma	Fecha
-------	-------