

# Modelo de formulario de autorización para los especialistas de Georgia Access (GAS, por sus siglas en inglés) – en Georgia Access<sup>1</sup>

Nombre de la organización designada como asesora certificada de solicitudes (CDO, por sus siglas en inglés):

\_\_\_\_\_

Dirección de la CDO: \_\_\_\_\_

Número de teléfono y correo electrónico de la CDO:

\_\_\_\_\_

Nombre del GAS individual:

\_\_\_\_\_

## I. Reconocimiento de las funciones y responsabilidades de los GAS (consulte el anexo A)

Me informaron las funciones y responsabilidades del GAS que figuran en el anexo A, las comprendo y tuve la oportunidad de analizarlas con \_\_\_\_\_.<sup>1</sup>

## II. Definiciones y explicaciones de los términos utilizados en este formulario

En este formulario de autorización:

- Las palabras "yo", "mí/me" o "mío/a" incluyen a mi representante autorizado si tengo uno.
- La información personal identificable se denomina "PII", por sus siglas en inglés. Algunos ejemplos de mi PII son, entre otros, mi nombre, número de teléfono, dirección de correo electrónico, domicilio, situación migratoria, ingresos e información sobre el tamaño de mi unidad familiar.
- Los especialistas de Georgia Access, denominados "GAS", son personas empleadas o afiliadas a una organización designada como asesora certificada de solicitudes (o "CDO"), y están autorizados y formados por el Estado de Georgia para ayudar a los consumidores, a las pequeñas empresas y a sus empleados a comparar opciones y solicitar cobertura de salud a través de Georgia Access o de la plataforma federal.
- Los planes de salud disponibles a través del mercado de seguros médicos se denominan planes de salud cualificados o "QHP", por sus siglas en inglés.
- Otros programas denominados "programas de asequibilidad de seguros" también están disponibles a través del mercado. Estos programas pueden ayudarme a mí o a mi familia a pagar la cobertura de salud e incluyen programas públicos, como Medicaid, PeachCare for Kids®, créditos tributarios de primas y reducciones de los gastos compartidos.

## III. Autorizaciones

### a. Consentimiento general

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_, incluidos los GAS individuales certificados por esta CDO, a crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar o utilizar mi PII con el fin de desempeñar las funciones y responsabilidades de un GAS autorizadas por las leyes y reglamentaciones estatales y federales y que se resumen de forma general en el anexo A, a menos que haya limitado dicho

<sup>1</sup> NOTA PARA LA CDO Y EL GAS INDIVIDUAL: Cada vez que aparezca \_\_\_\_\_ en este formulario de autorización, se deberá ingresar, como mínimo, el nombre de la CDO. Se puede ingresar el nombre del GAS individual, pero no es obligatorio.

consentimiento según lo establecido en este documento. Entiendo que \_\_\_\_\_ podría tener que crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar o utilizar parte de mi PII para prestar esta asistencia. Las funciones y responsabilidades de un GAS incluyen, entre otras, las siguientes:

1. Informarme sobre toda la gama de opciones de QHP, planes dentales independientes (SADP, por sus siglas en inglés) y programas de asequibilidad de seguros para los que puedo ser elegible, lo que incluye: proporcionarme información justa, precisa e imparcial que me ayude a presentar una solicitud de elegibilidad para el mercado; aclarar las distinciones entre las opciones de cobertura de salud, incluidos los QHP y los SADP; y ayudarme a tomar decisiones informadas durante el proceso de selección de cobertura de salud. Entiendo que \_\_\_\_\_ podría tener que preguntarme y tomar nota de mis necesidades de cobertura de salud para poder ayudarme.
2. Ayudarme a solicitar cobertura de salud a través del mercado.
3. Ayudarme a inscribirme en un QHP, un SADP o un programa de asequibilidad de seguros.
4. Garantizar que la información proporcionada sea accesible para mí si tengo alguna discapacidad. Si \_\_\_\_\_ no puede satisfacer mis necesidades de accesibilidad, \_\_\_\_\_ debe derivarme a un asesor de Georgia Access o al centro de atención telefónica de Georgia Access de modo que pueda satisfacer mis necesidades específicas cuanto antes. Entiendo que es posible que \_\_\_\_\_ tenga que preguntarme y tomar nota de los apoyos y servicios que necesito y que tenga que revelar mi información a otros asistentes para poder ayudarme.
5. Entregarme este formulario y guardar una copia firmada del mismo.

También entiendo que \_\_\_\_\_ puede estar obligado a crear, recopilar, manejar, divulgar, acceder, mantener, almacenar o utilizar mi PII para llevar a cabo actividades exigidas por una ley o reglamento estatal. \_\_\_\_\_ enumeró a continuación los requisitos estatales específicos que se aplican.

[NOTA PARA LA CDO Y EL GAS INDIVIDUAL: Cualquier requisito estatal que pueda requerir el uso, la divulgación, etc. de la PII del consumidor (por ejemplo, informes estatales) deberá ingresarse aquí, si corresponde. De lo contrario, no se deberá incluir este punto en el formulario].

#### **b. Consentimientos específicos**

Además, autorizo a \_\_\_\_\_ a crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar o utilizar mi PII para los siguientes fines:

[NOTA PARA LA CDO Y EL GAS INDIVIDUAL: Ingrese aquí el texto de los consentimientos adicionales que puedan solicitarse].

---

---

#### **IV. Excepciones o limitaciones al consentimiento**

Entiendo que puedo revocar, limitar o modificar de cualquier otro modo los consentimientos que otorgo a través de este formulario en cualquier momento. Si no hago ninguna limitación, excepción o cambio en mis consentimientos ahora, puedo hacerlo en cualquier momento en el futuro notificándole al respecto a \_\_\_\_\_. Hago las siguientes excepciones, limitaciones o cambios:

---

---

#### **V. Información adicional**

Entiendo que:

1. No tengo que brindar a \_\_\_\_\_ ninguna información que no desee. Sin embargo, la ayuda que \_\_\_\_\_ proporciona se basa solo en la información que yo brindo, y si la información proporcionada es inexacta o incompleta, es posible que \_\_\_\_\_ no pueda ofrecer toda la ayuda disponible para mi situación.
2. \_\_\_\_\_ debe pedirme que proporcione solo la cantidad mínima de mi PII que sea necesaria para ayudarme.
3. \_\_\_\_\_ debe asegurarse de que mi PII se guarde de forma privada y segura al crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, almacenar o utilizar mi PII. \_\_\_\_\_ debe cumplir los estándares de privacidad y seguridad de la información que le correspondan.
4. Si doy mi información de contacto al firmar este formulario, mi consentimiento general incluye la autorización para que \_\_\_\_\_ se comunice conmigo para solicitar o inscribirme en un seguro después de mi primera reunión con ellos.
5. Una vez firmado este formulario de autorización, puedo esperar que \_\_\_\_\_ me ayude sin pedirme que firme otro formulario de autorización.
6. \_\_\_\_\_ debe proporcionarme una copia de mi formulario de autorización y del anexo A, una vez completados.

**Complete, firme y feche el formulario:**

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Firma del consumidor/representante legal o autorizado de Georgia Access. Marque con un círculo una de estas opciones para indicar si es usted el consumidor o su representante. TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Los consumidores pueden firmar este consentimiento.**

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del consumidor

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del representante autorizado  
(si corresponde)

**Formas en las que acepto que se comuniquen conmigo (opcional):**

Por correo o en persona en \_\_\_\_\_

Por teléfono al \_\_\_\_\_ (XXX) XXX-XXXX

**Este es un teléfono inalámbrico (marque una opción)    Si    No**

Por mensaje de texto al \_\_\_\_\_ (XXX) XXX-XXXX [Nota: en la medida en que una entidad del GAS desee comunicarse con las personas a través de sus teléfonos móviles o mensajes de texto, debe obtener asesoramiento jurídico individual sobre lo que debe decir el lenguaje del consentimiento].

## Anexo A: Funciones y responsabilidades de los especialistas de Georgia Access (GAS)

1. \_\_\_\_\_ debe informarme sobre toda la gama de opciones de planes de salud cualificados (QHP), planes dentales independientes (SADP) y programas de asequibilidad de seguros para los que puedo ser elegible, lo que incluye: proporcionarme información justa, precisa e imparcial que me ayude a presentar una solicitud de elegibilidad para el mercado; aclarar las distinciones entre las opciones de cobertura de salud, incluidos los QHP y los SADP; y ayudarme a tomar decisiones informadas durante el proceso de selección de cobertura de salud.
2. \_\_\_\_\_ debe ayudarme a solicitar cobertura de salud a través del mercado, si quiero esa ayuda.
3. \_\_\_\_\_ debe ayudarme a inscribirme en un QHP, un SADP o un programa de asequibilidad de seguros, si quiero esa ayuda, pero \_\_\_\_\_ no puede elegir un plan por mí.
4. A \_\_\_\_\_ lo designó Georgia Access para certificar a personas de modo que actúen como GAS después de demostrar que cumplen con todos los estándares exigidos y deben seguir los términos de su acuerdo con Georgia Access.
5. Todas los GAS individuales que me ayuden deben estar certificadas por \_\_\_\_\_ para ayudar a los consumidores después de demostrar que cumplen con todos los estándares exigidos y deben seguir los términos de su acuerdo con \_\_\_\_\_. Si tengo alguna duda sobre la ayuda prestada por alguna de estas personas, debo comunicarme con [INGRESAR contacto de la CDO].
6. Todas los GAS individuales que me ayudan deben completar y recibir una puntuación de aprobado en un curso de formación aprobado por el Estado antes de brindar ayuda a los consumidores, y deben recibir la formación adicional cada año antes de que la CDO lo vuelva a certificar para seguir ayudando a los consumidores.
7. \_\_\_\_\_ debe actuar con el fin de beneficiarme.
8. \_\_\_\_\_ debe garantizar que la información proporcionada sea accesible para mí si tengo alguna discapacidad. Si \_\_\_\_\_ no puede satisfacer mis necesidades de accesibilidad, \_\_\_\_\_ debe derivarme a un asesor de Georgia Access o al centro de atención telefónica de Georgia Access de modo que pueda satisfacer mis necesidades específicas cuanto antes.
9. \_\_\_\_\_ debe proporcionarme información general sobre las funciones y responsabilidades de los GAS, incluso a través de este formulario.
10. Los GAS no actúan como asesores tributarios o abogados cuando prestan asistencia como GAS y no pueden proporcionar asesoramiento tributario o jurídico en su calidad de GAS.
11. \_\_\_\_\_ debe cumplir los estándares de Georgia Access para mantener la privacidad y seguridad de mi PII, debe obtener mi consentimiento antes de acceder a mi PII y debe permitirme revocar mi consentimiento en cualquier momento.
12. \_\_\_\_\_ no está autorizado a cobrarme honorarios por la ayuda que me preste mientras actúe como GAS.
13. \_\_\_\_\_, incluida la organización del GAS y cualquier GAS que me ayude, no está autorizado a recibir ninguna consideración directa o indirecta de cualquier emisor de seguros de salud o de pérdida limitada en relación con la inscripción de cualquier persona en un QHP, no QHP o SADP, y debe informarme sobre cualquier conflicto de intereses que pueda tener.

14. No se permite que \_\_\_\_\_ pague a los GAS individuales en función de la cantidad de solicitudes que ayuden a completar, en función de la cantidad de personas a las que ayuden o en función de la cantidad de inscripciones que ayuden a completar.
15. No está permitido que \_\_\_\_\_ me haga regalos de ningún valor, incluidas tarjetas regalo, tarjetas de débito, dinero en efectivo u objetos que comercialicen o promocionen los productos o servicios de otra persona o empresa, si debo inscribirme en la cobertura de salud para recibir el regalo. \_\_\_\_\_ está autorizado, pero no obligado, a hacerme regalos por otros motivos, por ejemplo, para alentarme a solicitar o recibir ayuda con la solicitud, pero solo si el valor total de los regalos entregados durante un mismo acto o reunión no supera los \$15. Se permite que \_\_\_\_\_ me reembolse los gastos que pudiera tener por la compra o pago para obtener ayuda de \_\_\_\_\_ con la solicitud (como gastos de viaje o correo), incluso si el valor total de este reembolso es superior a \$15.
16. No está permitido que \_\_\_\_\_ se comuniquen con los consumidores para proporcionarles ayuda con la solicitud o la inscripción al ir de puerta en puerta o comunicarse de cualquier otro modo con personas que aún no hayan pedido ayuda, a menos que \_\_\_\_\_ ya tenga una relación con un consumidor, pero \_\_\_\_\_ puede ir de puerta en puerta o comunicarse con personas que aún no hayan pedido ayuda cuando proporcione divulgación general y educación al público. Dado que tengo una relación con \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ puede venir a mi puerta o llamarme directamente para brindarme ayuda con la solicitud o la inscripción, siempre que \_\_\_\_\_ respete otras leyes que puedan aplicarse a esa actividad.
17. \_\_\_\_\_ también debe cumplir todos los requisitos estatales y locales correspondientes cuando me preste servicios.

[NOTA PARA LA CDO Y EL GAS INDIVIDUAL: Si usted o su organización es una entidad cubierta sujeta a la sección 1557 de la Ley de Asistencia Asequible, es posible que deba incluirse otro lenguaje en una sección aparte de este formulario. Para obtener más información, consulte <https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557/translated-resources/>.]