

Modelo de formulario de autorización para los navegadores de Georgia Access¹

Nombre del beneficiario del navegador: _____

Dirección del beneficiario del navegador: _____

Número de teléfono y dirección de correo electrónico del beneficiario del navegador:

Nombre del navegador individual:

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

Me informaron las funciones y responsabilidades del navegador que figuran en el anexo A, las comprendo y tuve la oportunidad de analizarlas con _____.¹

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 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, créditos tributarios de primas y reducciones de los gastos compartidos.

III. Autorizaciones

a. Consentimiento general

Yo, _____, autorizo a _____, incluidos los navegadores individuales que forman parte de este beneficiario del navegador, a crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar o utilizar mi PII con el fin de desempeñar las funciones y responsabilidades de un navegador que están autorizadas por las leyes y reglamentaciones estatales y federales y que se resumen de manera general en el anexo A, a menos que haya limitado dicho 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 navegador son, entre otras, las siguientes:

¹ NOTA PARA EL BENEFICIARIO DEL NAVEGADOR Y EL NAVEGADOR INDIVIDUAL: Cada vez que aparezca _____ en este formulario de autorización, se deberá ingresar, como mínimo, el nombre del BENEFICIARIO del navegador. Se puede ingresar el nombre del navegador individual, pero no es obligatorio.

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 legibilidad 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 la cobertura de salud. La información debe proporcionarse de forma que responda a mis necesidades culturales y lingüísticas. Entiendo que _____ podría tener que preguntarme y tomar nota de mis necesidades de cobertura de salud y mis preferencias lingüísticas para poder ayudarme.
2. Mantener experiencia en elegibilidad, inscripción y especificaciones de programas para los QHP, los SADP y los programas de asequibilidad de seguros, y llevar a cabo actividades de educación pública para crear conciencia sobre Georgia Access. _____ no debería necesitar crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar ni utilizar mi PII para estas funciones. Si _____ crea, recopila, divulga, accede, mantiene, almacena o utiliza mi PII para estas funciones, _____ obtendrá mi consentimiento para esas actividades específicas. _____ guardará mi PII de forma privada y segura, excepto cuando yo haya otorgado mi consentimiento para compartir mi PII de forma pública.
3. Garantizar que las herramientas y la ayuda proporcionadas sean accesibles y utilizables para mí si tengo alguna discapacidad. Entiendo que es posible que _____ tenga que preguntarme y tomar nota de los apoyos y servicios que necesito para ayudarme.
4. Ayudarme a seleccionar un QHP o un SADP.
5. Ayudarme con quejas, reclamos o preguntas sobre mi plan de salud, cobertura o una determinación de mi plan o cobertura, al derivarme a cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros médicos o defensor del pueblo de seguros médicos, o a cualquier otra agencia estatal apropiada. Entiendo que _____ podría tener que revelar mi PII a esas fuentes de derivación para poder ayudarme.
6. Ayudarme con las siguientes actividades. Entiendo que, cuando se concedan las subvenciones en 2023 y 2024, los navegadores de Georgia Access están autorizados a ayudarme con estos temas, y se les exigirá que lo hagan:
 - ayudarme a entender el proceso de presentación de una apelación de elegibilidad del mercado,
 - ayudarme a comprender y solicitar las exenciones del pago individual de responsabilidad compartida que se conceden a través del mercado,
 - ayudarme a entender que determinadas exenciones del requisito de mantener una cobertura esencial mínima y del pago individual de responsabilidad compartida pueden solicitarse a través del proceso de declaración de impuestos y cómo solicitarlas,
 - ayudarme con los componentes relacionados con el mercado del proceso de conciliación del crédito tributario de primas,
 - ayudarme a entender conceptos básicos y derechos sobre la cobertura de salud y cómo utilizarla, y
 - ayudarme con derivaciones a navegadores tributarios autorizados, preparadores de declaraciones de impuestos u otros recursos para obtener ayuda con la preparación de declaraciones de impuestos y asesoramiento tributario relacionado con las preguntas que pueda tener sobre el proceso de solicitud de inscripción en el mercado, las exenciones del requisito de mantener una cobertura esencial mínima y del pago individual de responsabilidad compartida, y las conciliaciones del crédito tributario de primas.
7. 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 EL BENEFICIARIO DEL NAVEGADOR Y EL NAVEGADOR 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 EL BENEFICIARIO DEL NAVEGADOR Y EL NAVEGADOR 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. Si _____ no dispone de los recursos o conocimientos necesarios para ayudarme de inmediato, deberá derivarme a otro navegador de Georgia Access o al centro de atención telefónica de Georgia Access de modo que pueda satisfacer mis necesidades específicas cuanto antes. Si _____ necesita derivarme a otra fuente de ayuda, por lo general, deberá derivarme a la fuente que me resulte más fácil acceder. Entiendo que _____ podría tener que compartir mi información de contacto e información sobre mis necesidades con posibles fuentes de derivación para poder ayudarme.
6. Una vez firmado este formulario de autorización, puedo esperar que _____ me ayude sin pedirme que firme otro formulario de autorización.
7. _____ debe proporcionarme una copia de mi formulario de autorización y de este anexo A, una vez completados.

Complete, firme y feche el formulario:

<p>_____</p> <p>Firma del consumidor/representante legal o autorizado de Georgia Access</p> <p>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 formulario de consentimiento ellos mismos, o pueden elegir que lo firme un representante legal o un</p>		
<p>_____</p> <p>Fecha</p>	<p>_____</p> <p>Nombre en imprenta del consumidor</p>	<p>_____</p> <p>Nombre en imprenta del representante autorizado (si corresponde)</p>
<p>Formas en las que acepto que se comuniquen conmigo (opcional):</p> <p><input type="checkbox"/> Por correo o en persona en _____</p> <p><input type="checkbox"/> Por teléfono al _____ (XXX) XXX-XXXX</p> <p>Este es un teléfono inalámbrico (marque una opción): Si No</p> <p><input type="checkbox"/> Por mensaje de texto al _____ (XXX) XXX-XXXX [Nota: En la medida en que una entidad de navegador 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].</p>		

Anexo A: Funciones y responsabilidades de los navegadores

1. _____ debe mantener la experiencia en elegibilidad, inscripción y especificaciones del programa para los planes de salud cualificados (QHP) y programas de asequibilidad de seguros, y debe llevar a cabo actividades de educación pública para crear conciencia sobre Georgia Access.
2. _____ debe informarme sobre toda la gama de opciones de QHP, 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.
3. _____ debe estar preparado para atender a los consumidores en Georgia Access y en el programa de opciones de salud para pequeñas empresas.
4. _____ no puede discriminarme por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual.
5. _____ debe brindarme la información de forma que responda a mis necesidades culturales y lingüísticas, sin ningún costo para mí.
6. _____ debe garantizar que las herramientas y la ayuda proporcionadas sean accesibles y utilizables para mí si tengo alguna discapacidad, sin ningún costo para mí.
7. _____ debe ayudarme a elegir un QHP o un SADP, si quiero esa ayuda, pero _____ no puede elegir un plan de seguro médico por mí.
8. _____ debe ayudarme con las quejas, reclamos o preguntas sobre mi plan de salud, cobertura o una determinación de mi plan o cobertura, al derivarme a cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros médicos o defensor del pueblo de seguros médicos, o a cualquier otra agencia estatal apropiada, si deseo esa ayuda.
9. Cuando se concedan las subvenciones en 2023, _____ está autorizado a ayudarme con estos temas, y se le exigirá que lo haga:
 - a. ayudarme a entender el proceso de presentación de una apelación de elegibilidad del mercado de Georgia Access,
 - b. ayudarme a comprender y solicitar las exenciones del pago individual de responsabilidad compartida que se conceden a través del mercado,
 - c. ayudarme a entender que determinadas exenciones del requisito de mantener una cobertura esencial mínima y del pago individual de responsabilidad compartida pueden solicitarse a través del proceso de declaración de impuestos y cómo solicitarlas, y ayudarme a comprender la disponibilidad de recursos del Servicio de Impuestos Internos sobre este tema,
 - d. ayudarme con los componentes relacionados con el mercado del proceso de conciliación del crédito tributario de primas, y ayudarme a comprender la disponibilidad de recursos del Servicio de Impuestos Internos sobre este proceso,
 - e. ayudarme a entender conceptos básicos y derechos sobre la cobertura de salud y cómo utilizarla, y
 - f. ayudarme con derivaciones a navegadores tributarios autorizados, preparadores de declaraciones de impuestos u otros recursos para obtener ayuda con la preparación de declaraciones de impuestos y asesoramiento fiscal relacionado con las preguntas que pueda tener sobre el proceso de solicitud de inscripción en el mercado, las exenciones del requisito de mantener una cobertura esencial mínima y del pago individual de responsabilidad compartida, y las conciliaciones del crédito tributario de primas.

10. Todos los navegadores individuales que me ayuden deben estar certificados por Georgia Access después de demostrar que cumplen todos los estándares requeridos, y deben seguir los términos de la subvención [del beneficiario del navegador] del Estado.
11. Todos los navegadores individuales que me ayuden deben completar y aprobar un curso de formación aprobado por el Estado antes de proporcionar educación, divulgación o ayuda a los consumidores, y deben seguir cursos de formación continua y obtener la certificación o recertificación cada año antes de poder seguir proporcionando educación, divulgación o ayuda a los consumidores.
12. _____, incluido el beneficiario del navegador y cualquier navegador que me ayude, no debe ser un emisor de seguros de salud o de pérdida limitada o una subsidiaria de un emisor de seguros de salud o de pérdida limitada, no debe ser una asociación que incluya miembros de la industria de seguros o grupos de presión para la industria de seguros, y no se le permite 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. _____, incluido el beneficiario del navegador y cualquier navegador que me ayude, también debe informarme sobre determinadas relaciones no prohibidas que puedan tener con emisores de seguros.
13. _____ debe proporcionarme información sobre las funciones y responsabilidades de los navegadores, incluso a través de este formulario.
14. _____, y cualquier navegador que me ayude, no actúa como navegador tributario o abogado cuando presta asistencia como navegador y no puede proporcionar asesoramiento fiscal o jurídico mientras actúa como navegador.
15. _____ debe cumplir los estándares del mercado para guardar mi PII de forma privada y segura, debe obtener mi consentimiento antes de acceder a mi PII y debe permitirme revocar mi consentimiento en cualquier momento.
16. _____ no está autorizado a cobrarme honorarios por la ayuda que me preste mientras actúe como navegador.
17. No se permite que [nombre del beneficiario del navegador] pague a los navegadores 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.
18. No está permitido que _____ me haga regalos de ningún valor, incluidas tarjetas regalo, tarjetas de débito, dinero en efectivo u objetos que comercialicen o promuevan 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.
19. _____ no está autorizado a utilizar los fondos proporcionados por Georgia Access para comprarme regalos, tarjetas de regalo o artículos que comercialicen o promuevan los productos o servicios de otra persona o empresa.
20. 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.

21. _____ también debe cumplir todos los requisitos estatales y locales correspondientes cuando me preste servicios.

Anexo B

_____ cumple la legislación federal aplicable en materia de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. _____ no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

_____:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse de forma eficaz con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes de lengua de señas cualificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes cualificados
 - Información escrita en otras lenguas

Si necesita estos servicios, comuníquese con [nombre del coordinador de derechos civiles].

Si cree que _____ lo discriminó por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante: [nombre y cargo del coordinador de derechos civiles, si corresponde], [dirección postal], [número de teléfono], [número TTY, si la organización dispone de uno], [correo electrónico]. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, [nombre y cargo del coordinador de derechos civiles, si corresponde] está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo por violación de los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

o bien, por teléfono al 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

[NOTA PARA EL BENEFICIARIO DEL NAVEGADOR Y EL NAVEGADOR INDIVIDUAL: Ingrese el texto de las etiquetas en, al menos, las 15 lenguas más habladas por las personas con conocimientos limitados del inglés de los estados en los que presta sus servicios. Consulte la siguiente página para obtener más información: <http://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557/translated-resources/>]