

Formulario de Consentimiento para la Autorización de Agentes de Georgia Access

Nombre del cliente: _____

Número del cliente: _____ Correo electrónico del cliente: _____

Nombre de la agencia: _____ NPN: _____

Agente/Número de la agencia: _____ Agente/Agencia correo electrónico: _____

Doy permiso al agente o agencia mencionado anteriormente para que actúe como agente de seguro médico para mí y para todo mi hogar, si corresponde, para la inscripción en un Plan de Salud Calificado ofrecido en el Intercambio Estatal de Georgia (Georgia Access). Al dar mi consentimiento a este acuerdo, autorizo al agente o agencia mencionado con anterioridad a ver y utilizar la información confidencial, incluida la información de identificación personal (PII, por sus siglas en inglés), proporcionada por mí por escrito, electrónicamente o por teléfono, únicamente con el propósito de uno o más de los siguientes

1. Doy permiso para acceder a mi información con el propósito de ayudarme a completar una solicitud de elegibilidad e inscripción en un Plan de Salud Calificado u otros programas de asistencia para el pago de seguros, como Medicaid y PeachCare for Kids® (CHIP), o créditos fiscales anticipados para la prima para ayudar a pagar las primas del seguro. Entiendo que el agente o agencia puede buscar y acceder a mi solicitud existente de Georgia Access, presentar mi solicitud completa para la revisión de Georgia Access, proporcionar mantenimiento continuo de la cuenta, asistencia con la inscripción y responder a las consultas de Georgia Access con respecto a mi solicitud. Autorizo al agente o agencia a hacerlo en mi nombre.

Contacto principal del hogar / Representante autorizado

Fecha

2. Entiendo que el agente o agencia no utilizará ni compartirá mi información de identificación personal (PII, por sus siglas en inglés) para ningún otro propósito que no sea el autorizado a través de este consentimiento. El agente o agencia se asegurará de que mi PII esté protegida al crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar y utilizar mi PII para los fines mencionados anteriormente.

Entiendo que no estoy obligado a compartir información de identificación personal (PII) adicional ni información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con el agente o agencia más allá de lo requerido para fines de elegibilidad e inscripción.

Contacto principal del hogar / Representante autorizado

Fecha

3. Confirmando que he revisado mi solicitud de elegibilidad de Georgia Access antes de su envío y que la información proporcionada es precisa según mi leal saber y entender. Entiendo las declaraciones y exenciones de responsabilidad incluidas en mi solicitud del intercambio y tuve la oportunidad de hacer preguntas antes del envío.

Contacto principal del hogar / Representante autorizado

Fecha

4. Entiendo que cualquier ayuda financiera que reciba del gobierno federal a través de los Créditos Fiscales Anticipados para la Prima (APTC, por sus siglas en inglés) está vinculada a mis impuestos. Entiendo que puedo adeudar impuestos, o recibir más créditos fiscales, si mis ingresos del año son diferentes de lo que estimé. Acepto presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta (de forma conjunta si estoy casado) y reportar la cantidad de Créditos Fiscales Anticipados para la Prima recibidos en mi declaración de impuestos para cualquier año en que tenga ayuda financiera federal para reducir los costos de la prima. *Esto se aplica únicamente a las personas que reciben ayuda financiera.*

Contacto principal del hogar / Representante autorizado

Fecha

5. Entiendo el plan (o los planes) en el que me estoy inscribiendo y acepto que deseo inscribirme en el plan (o los planes) seleccionado(s). Entiendo que puedo cancelar mi plan en cualquier momento, ya sea dentro del portal de Georgia Access, el portal de un socio certificado o llamando al centro de contacto de Georgia Access al 1-888-687-1503.

Contacto principal del hogar / Representante autorizado

Fecha

Duración del consentimiento: Este formulario de consentimiento es válido por un período de hasta un (1) año a partir de la fecha de la última firma proporcionada anteriormente, a menos que el consumidor lo revoque o lo reemplace antes.

Opcional: Doy permiso únicamente al agente ☐ **O BIEN** al agente y a cualquier miembro de su agencia ☐ para ayudarme a mantener mi información y cambiar mis planes en el futuro sin necesidad de un nuevo consentimiento. Entiendo que no estoy obligado a otorgar este consentimiento, pero si no lo hago, tendré que registrar un nuevo consentimiento cada vez que necesite asistencia futura de mi agente.

Contacto principal del hogar / Representante autorizado

Fecha