



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: _____

Yo doy autorización al agente o agencia para que actúe como agente de seguros de salud para mí y para todo mi hogar, si corresponde, también los autorizo a gestionar nuestra inscripción en un Plan de Salud Calificado (QHP). Al dar mi consentimiento, autorizo al agente o agencia a ver y usar la información confidencial que le proporcioné por escrito, electrónicamente o por teléfono únicamente para uno o más de los siguientes fines:

1. Doy permiso de proporcionar mi información con el fin de ayudarme a completar una solicitud de elegibilidad e inscripción en un Plan de Salud que califique u otros programas de seguros económicos, como Medicaid y PeachCare for Kids® (CHIP) o créditos fiscales para ayudar a pagar las primas de seguro.

Entiendo que el agente-agencia puede buscar y acceder a mi solicitud existente en Georgia Access, enviar mi solicitud completa para la revisión de Georgia Access, brindar mantenimiento continuo a la cuenta, ofrecer asistencia con la inscripción y responder a las consultas de Georgia Access con respecto a mi solicitud. Autorizo al agente o a la agencia a realizar estas acciones en mi representación.

Contacto Primario del Hogar o Representante autorizado

Fecha

2. Entiendo que el agente o la agencia no utilizarán ni compartirán mi información de identificación personal para ningún otro propósito fuera de los autorizados a través de este consentimiento. El agente o la agencia garantizarán la protección de mi información personal al crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar y utilizar mi información personal para los fines antes mencionados.

Entiendo que no se me requiere compartir información de identificación personal adicional ni información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con el agente o la agencia más allá de lo estrictamente necesario para fines de elegibilidad e inscripción

Contacto Primario del Hogar o 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 correcta a mi leal saber y entender. Entiendo las declaraciones bajo juramento y los descargos de responsabilidad incluidos en mi solicitud de la plataforma de intercambio, y se me dio la oportunidad de hacer preguntas antes del envío.

Contacto Primario del Hogar o Representante autorizado

Fecha



Formulario de Consentimiento para la Autorización de Agentes de Georgia Access

4. Entiendo el plan o los planes en los que se me está inscribiendo y acepto que deseo inscribirme en dichos planes seleccionados. Entiendo que puedo cancelar esta delegación en cualquier momento, ya sea dentro del portal de Georgia Access, a través del portal de un socio certificado o llamando al centro de contacto de Georgia Access al 1-888-687-1503.

Contacto Primario del Hogar o Representante autorizado

Fecha

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

Opcional: Otorgo permiso únicamente al agente [] O BIEN a la agencia 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; sin embargo, si no lo hago, deberé registrar un nuevo consentimiento cada vez que necesite asistencia futura por parte de mi agente.

Contacto Primario del Hogar o Representante autorizado

Fecha