

**Formulario Modelo de Autorización para Navegadores en el Mercado de Seguros Médicos Facilitado por el Gobierno Federal <sup>1</sup> (Mercado de seguros)**

Nombre de la Organización Designada como Navegadora:

---

Dirección de la Organización Designada como Navegadora:

---

Número de Teléfono y Correo Electrónico de la Organización Designada como Navegadora: \_\_\_\_\_

Nombre del Navegador o Voluntario/ Empleado y Número de Certificación:

---

**I. Reconocimiento de las Funciones y Responsabilidades de los Navegadores (ver Anexo A)**

Reconozco que me han informado sobre y entiendo las funciones y responsabilidades de un Navegador descritas en el Anexo A y he tenido la oportunidad de discutir dichas funciones y responsabilidades con [Nombre].<sup>2</sup>

**II. Definiciones y Explicaciones de los Términos Usados a lo Largo de este Formulario**

En este formulario de autorización:

- Las palabras “yo”, “mi” o “mí” incluyen a mi representante autorizado, si tengo uno.
- La información personal identificable se llama “PII”. Ejemplos de mi PII incluyen, pero no se limitan a mi nombre, número de teléfono, correo electrónico, dirección, estado migratorio, ingreso, e información sobre el tamaño de hogar.
- Planes de salud en el Mercado de seguros se llaman planes de salud calificados o “QHP” (por sus siglas en inglés).
- Otros programas que se llaman “programas de asequibilidad del seguro” también están disponibles a través del Mercado de seguros. Estos programas pueden ayudarme, o a mi familiar, a pagar para cobertura médica e incluyen programas públicos, tales como Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), créditos fiscales anticipados para la primas, reducción de costos compartidos, y, si es disponible en mi estado, el Programa de Salud Básico.

---

<sup>1</sup> Incluyendo los Mercados de Seguros Médicos facilitados por el gobierno federal donde el estado desempeña funciones de planes administrativos.

<sup>2</sup> NOTA A LA ORGANIZACIÓN NAVEGADORA Y NAVEGADOR INDIVIDUAL: Cada vez que [Nombre] aparece en este Formulario de Autorización, el Nombre de la Organización Navegadora, por lo menos, debe ser añadido en este espacio. Nombre(s) del Navegador individual puede ser incluido, pero no es requerido.

### III. Autorizaciones

#### a. Consentimiento General

Yo, \_\_\_\_\_, autorizó a [Nombre], incluyendo los Navegadores individuales que son parte de la organización Navegadora a crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, almacenar, y/o usar mi PII para poder desempeñar las siguientes responsabilidades de un Navegador según autorizada por regulación federal resumida en el Anexo A, a menos que yo haya limitado este consentimiento según descrito en este documento. Entiendo que [Nombre] puede necesitar crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, guardar, y/o usar alguna parte de mi PII para proporcionar esta asistencia. Las funciones y responsabilidades de un Navegador individual incluyen pero no se limita a lo siguiente:

1. Informarme sobre todas las opciones de los QHP y los programas de asequibilidad de seguro médico para los que posiblemente podría calificar, incluyendo: proporcionarme información justa, correcta e imparcial que me ayude a presentar una solicitud de elegibilidad al Mercado de seguros; aclarar las diferencias entre opciones de cobertura médica, incluyendo los QHP; y ayudarme a tomar decisiones informadas durante el proceso de selección de cobertura médica. Entiendo que [Nombre] puede necesitar preguntarme y guardar anotaciones sobre mis necesidades de cobertura médica y preferencias de lenguaje para poder ayudarme.
2. Mantener experiencia en elegibilidad, inscripción, y especificaciones de programas QHPs y programas de seguro médico asequible y conducir actividades sobre educación pública para despertar conocimiento sobre el Mercado de Seguros. [Nombre] no necesita crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, almacenar, y/o usar alguna parte de mi PII para estas funciones. Si [Nombre] crea, recopila, revela, accede, mantiene, almacena, y/o use alguna parte de mi PII para estas funciones, [Nombre] tendrá que obtener mi consentimiento para estas actividades específicas. [Nombre] mantendrá mi PII privado y seguro excepto cuando yo conceda compartir mi PII públicamente.
3. Asegurase que la información proporcionada es accesible si tengo alguna incapacidad. Entiendo que [Nombre] tendrá que preguntarme y guardar anotaciones sobre cualquier ayuda y servicio que necesito para poder ayudarme.
4. Ayudarme a elegir un QHP.
5. Ayudarme con cualquier reclamo, queja o pregunta sobre mi plan de seguro, cobertura, o una determinación bajo tal plan o cobertura, al proporcionarme con referencias a cualquier oficina de seguro de salud, ayuda al consumidor o defensor de seguro de salud aplicable, o cualquier otra agencia o agencias estatales adecuadas. Entiendo que [Nombre] para poder ayudarme tendrá que revelar mi PII a esas fuentes de referencia.
6. Ayudarme con las siguientes actividades, entiendo que los Navegadores en Mercados de seguro facilitado por el gobierno federal están permitidos y serán requeridos cuando estén autorizados en 2018 para ayudarme a:
  - o Entender el proceso de llenar una apelación de elegibilidad para el Mercado de seguros,
  - o Entender y solicitar exenciones para el pago de responsabilidad individual compartida otorgadas a través del Mercado de seguros,

- o Entender que ciertas exenciones del requisito para mantener la cobertura esencial mínima y al pago de la responsabilidad individual compartida pueden ser reclamadas al presentar los impuestos y como reclamar dichas exenciones,
- o Entender los componentes relacionados con del proceso de reconciliación del crédito fiscal para el pago de la prima del Mercado de seguros,
- o Comprender los conceptos y como utilizar derechos básicos de la cobertura médica y,
- o Brindarme referidos a asesores fiscales licenciados, preparadores de impuestos u otros recursos que me ayuden con la preparación de impuestos y cualquier asesoría relacionada con la solicitud y el proceso de inscripción del Mercado de seguros, las exenciones de los requisitos para mantener una cobertura esencial mínima y del pago de responsabilidad compartida del individuo y reconciliaciones sobre crédito fiscal anticipado para la prima.

7. Proporcionarme con este formulario y guardar una copia firmada.

También entiendo que [Nombre] será requerido a crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, guardar, y/o usar alguna parte de mi PII para cumplir con actividades requeridas bajo leyes estatales, o reglamentos.

[Nombre] ha incluido los requisitos bajo el estado específico que aplica.

[NOTA A LA ORGANIZACIÓN DESIGNADA COMO NAVEGADOR Y NAVEGADOR INDIVIDUAL: Cualquier requisito estatal que puede requerir el uso, divulgación, etc. de PII de un consumidor (por ejemplo, informes estatales) se debe incluir aquí, si aplica. Si no, este artículo no se debe incluir en el formulario.]

**b. Consentimiento Especial**

También autorizo a [Nombre] a crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, almacenar, y/o usar mi PII para los siguientes propósitos:

- [NOTA A ORGANIZACION NAVEGADORA Y NAVEGADOR INDIVIDUAL: Añada información para consentimiento adicional que pueda ser solicitado aquí.]

**IV. Excepciones o Limitaciones al Consentimiento**

Entiendo que puedo revocar, limitar, o de otra manera cambiar los consentimientos que proporciono en este formulario en cualquier momento. Si no hago limitaciones, excepciones, o cambios a mis consentimientos en este momento, todavía lo puedo hacer en cualquier momento en el futuro notificando a [Nombre]. A continuación, hago las siguientes excepciones, limitaciones, o cambios:

---



---



---



---

## V. Información Adicional

Entiendo que:

1. No tengo que proveer a [Nombre] cualquier información que yo no quiera proporcionar. Sin embargo, la ayuda que presta [Nombre] es limitada a la información que proporcione y en caso que la información proporcionada sea incorrecta o incompleta, puede que [Nombre] no pueda ofrecerme toda la ayuda que esté disponible para mi caso.
2. [Nombre] debe solicitarme que proporcione la cantidad mínima de mi PII que sea necesaria para poder ayudarme.
3. [Nombre] debe asegurarse que mi PII sea mantenido en privado y debidamente asegurado al crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, guardar, y/o usar mi PII. [Nombre] debe seguir los estándares de privacidad y seguridad de información que le corresponda.
4. Si proporciono mi información de contacto al firmar este formulario, mi consentimiento general incluye el permiso para que [Nombre] se comunice conmigo para solicitar o inscribirme en cobertura médica luego de mi primera visita con ellos.
5. Si [Nombre] no tiene los recursos o las habilidades para ayudarme inmediatamente, él o ella me debe referirme a un Navegador individual del Mercado de seguros, o al Centro de Llamadas del Mercado federal, que pueda satisfacer mis necesidades específicas. Si [Nombre] necesita referirme a otra fuente de asistencia, él o ella me debe referirme por lo general, a la fuente que me sea más fácil acceder. Para poder ayudarme, entiendo que [Nombre], tendrá que compartir mi información de contacto y otra información sobre mis necesidades personales con posibles fuentes de referencia.
6. Entiendo que una vez que haya firmado este formulario de autorización, puedo anticipar que [Nombre] me ayude sin pedirme que firme otro formulario de autorización.
7. [Nombre] me proporcionará una copia de mi Formulario de Autorización y este Anexo A, una vez completo.

**Por favor complete, firme y feche el formulario:**

\_\_\_\_\_  
**Firma del consumidor/Representante Legal o Representante Autorizado por el Mercado de seguros. Marque uno de estos si usted es el consumidor o el representante del consumidor. POR FAVOR NOTE: Los consumidores pueden firmar este formulario de consentimiento por sí mismos, o pueden elegir que un Representante legal o Autorizado por el Mercado de Seguros lo firme.**

\_\_\_\_\_  
**Fecha                      Nombre del Consumidor                      Nombre del Representante Autorizado en  
Letras de Imprenta (si aplica)**

**Maneras en que me pueden contactar (opcional):**

**Por correo o en persona al** \_\_\_\_\_

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

**Este teléfono es un teléfono celular (escoja uno):            S            N**

**Por mensaje de texto al** \_\_\_\_\_ **(XXX) XXX-XXXX** [Nota: a la medida que una entidad Navegadora desee contactar individuos a sus teléfonos celulares o por mensaje de texto, la entidad debe obtener asesoramiento legal e individual sobre lo que debe decir el lenguaje de consentimiento.]

### **Anexo A: Funciones y Responsabilidades de los Navegadores**

1. [Nombre] debe mantener experiencia sobre elegibilidad, inscripción y especificaciones de programa para los planes de salud calificados (QHP) y programas de asequibilidad de seguro médico, y debe conducir actividades relacionadas con la educación pública para aumentar el conocimiento del Mercado de seguros.
2. {Nombre} debe informarme sobre todas las opciones de planes de salud calificados (QHP) y los programas de asequibilidad de seguro para los que puedo ser elegible, lo cual incluye: proporcionarme con información justa, correcta, e imparcial que me puede ayudar al momento de presentar una solicitud de elegibilidad al Mercado de Seguros; aclarar las diferencias entre opciones de cobertura médica, incluyendo los QHP; y ayudarme tomar decisiones informadas durante el proceso de selección de cobertura médica.
3. [NOTA: La siguiente nota debe aplica si el Navegador está brindando asistencia en un estado con un Mercado (SHOP). [Nombre] debe estar preparado para servir consumidores en ambos Mercados de seguro individual y en Programa de Opciones de Salud para Pequeños Negocios (SHOP).
4. [Nombre] no está permitido a discriminar en contra de mí persona en base a raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, sexo, identidad de género, u orientación sexual.
5. [Nombre] debe proporcionarme información en una manera que cumple con mis necesidades culturales y lingüísticas y que no sea un costo.
6. [Nombre] debe asegurarse que las herramientas y ayuda que me proporciona es accesible y usable si tengo incapacidades, y que no sea un costo.
7. [Nombre] debe ayudarme a seleccionar QHP, si necesito esa asistencia, pero [Nombre] no está permitido/a seleccionar un plan de seguro médico para mí.
8. [Nombre] debe ayudarme con cualquier reclamo, queja, o pregunta sobre mi plan de seguro, cobertura médica, o determinación/decisión bajo tal plan o cobertura médica, al proporcionarme con referencias a cualquier oficina de seguro de salud, asistencia al consumidor o defensor de seguro de salud aplicable, o cualquier otra agencia o agencias estatales adecuadas, si quiero esa ayuda.
9. [Nombre] está permitido y será requerido en 2018 cuando se otorgan fondos, cuando me ayude con los siguientes temas:
  - a. Entender el proceso de llenar una apelación de elegibilidad del Mercado de Seguros,
  - b. Entender y solicitar exenciones para el pago de responsabilidad individual compartida otorgado a través del Mercado de Seguros,
  - c. Entender que ciertas exenciones del requisito para mantener la cobertura esencial mínima y el pago de la responsabilidad individual compartida pueden ser reclamadas al presentar los impuestos y como reclamar dichas exenciones,
  - d. Ayudarme con varios componentes relacionados con el Mercado de seguros y el proceso de reconciliación del crédito fiscal para el pago de la prima,
  - e. Ayudarme a comprender los conceptos y derechos básicos de la cobertura médica y como utilizarlos, y
  - f. Referirme a asesores fiscales licenciados, preparadores de impuestos u otros recursos que me ayuden con la preparación de impuestos y cualquier asesoría relacionada con la solicitud y el proceso de inscripción del Mercado de seguros, las exenciones de los requisitos para mantener una cobertura esencial mínima y del pago de responsabilidad compartida del individuo y reconciliaciones sobre crédito fiscal anticipado para la prima.

10. Todos los Navegadores que me ayudan, deben ser certificados por el Mercado de seguros para poder ayudar a los consumidores después de demostrar que cumplen con todos los estándares requeridos y deben seguir los términos de la beca de [Organización Navegadora] otorgada por CMS.
11. Todos los Navegadores que me ayudan, deben completar y recibir una calificación satisfactoria en un curso de entrenamiento aprobado por CMS antes de ayudar a los consumidores. Deben recibir educación continua y recibir certificación o re-certificación anualmente antes de seguir ayudando a los consumidores.
12. [Nombre], incluyendo la organización Navegadora o cualquier Navegador que me brinde asistencia, no debe ser un asegurador de seguros o servicios médicos o subsidiario de una compañía de seguros o servicios médicos, no debe ser una asociación que incluye miembros del sector de seguros o cabilderos del sector de seguros y no debe recibir ningún fondo o pago de una aseguradora o servicios en conexión con la inscripción de cualquier individuo en un QHP o no-QHP. [Nombre], incluyendo la organización Navegadora y cualquier Navegador que me ayude, también debe informarme sobre ciertas relaciones no prohibidas que ellos pueden tener con aseguradoras.
13. [Nombre] debe proporcionarme información sobre las funciones y responsabilidades de los Navegadores, incluyendo en este formulario.
14. [Nombre], y cualquier Navegador que me ayude, no actúa como consejero financiero o abogado cuando ocupa el rol de Navegador.
15. [Nombre] debe cumplir con los estándares del Mercado de seguros en mantener mi PII privada y segura, debe obtener mi consentimiento antes de acceder a mi PII y permitirme revocar mi consentimiento en cualquier momento.
16. [Nombre] no me cobrará honorarios por cualquier ayuda brindada.
17. [Nombre de Organización Navegadora] no está autorizada a compensar a un Navegador basado en el número de solicitudes que ayude a completar, el número de personas que ayude, o el número de inscripciones que ayude a completar.
18. [Nombre] no está autorizado a obsequiarme ningún regalo, incluyendo tarjetas de regalo, tarjetas con efectivo, efectivo, u objetos que pueden ser utilizados para anunciar o promover los productos o servicios de otro individuo o negocio, como manera de persuadirme para inscribirme en cobertura médica. [Nombre] está permitido(a) —pero no requerido(a)— a obsequiarme con regalos por otras razones, incluyendo alentarme a recibir asistencia con mi solicitud, pero solo si el valor total de los regalos obsequiados durante el evento o reunión no sobrepasan \$15 en valor. [Nombre] está permitido a reembolsarme por gastos relacionados con compras o pagos que yo pago para obtener asistencia con mi solicitud de [Nombre] (tales como gastos de transportación o sellos postales), aun si el valor total del reembolso sobrepasa los \$15.
19. [Nombre] no está autorizado a utilizar ningún fondo proporcionado por el Mercado de seguros para comprarme regalos, tarjetas de regalo o cosas que anuncian o promocionan productos o servicios de otro individuo o negocio.
20. [Nombre] no está autorizado a contactarme para ofrecer ayuda a consumidores con la solicitud o la inscripción yendo de puerta en puerta, o de otra manera contactando a personas que no han solicitado ayuda, a menos que [Nombre] tenga una relación previa con el consumidor. [Nombre] está permitido a acudir a puertas residenciales de los consumidores o a contactar personas que nunca han solicitado ayuda

si la misma es ofrecida como parte de una campaña de información y orientación siempre y cuando [Nombre] siga otras leyes que sean aplicable a este tipo de actividad.

21. Nombre] también debe cumplir con cualquier requisito estatal y local al proporcionarme servicios.



## Anexo B

[Nombre de la entidad cubierta] cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, o sexo. [Nombre de la entidad cubierta] no excluye personas o le trata diferente por su raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, o sexo.

[Nombre la entidad cubierta]:

- Proporciona asistencia gratis y servicios para personas con incapacidades para que puedan comunicarse efectivamente con nosotros, como por ejemplo:
  - Interpretes calificados en lenguajes de señas
  - Información escrita en otras formas (letras grandes, audio, un formato accesible electrónico, otros formatos.)
- Proporcionar servicios de lenguaje gratis a personas quienes su primer lenguaje no es inglés, como por ejemplo:
  - Interpretes calificados
  - Información escrita en otros lenguajes

Si usted necesita estos servicios, contacte a [Nombre del Coordinador de Derechos Civiles]

Si usted cree que [Nombre] ha discriminado contra usted por raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, o sexo, puede completar un reclamo con [Nombre de Coordinador de Derechos Civiles, si se aplica], [Dirección], [Teléfono], [Numero TTY-si la organización lo tiene], [Correo Electrónico]. Si usted necesita ayuda completando el reclamo, [Nombre de Coordinador de Derechos Civiles, si se aplica], está disponible para ayudarle.

También puede llenar un reclamo electrónicamente con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles a través del Portal de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Formularios de reclamo están disponibles aquí: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

[NOTA A LA ORGANIZACION NAVEGADORA Y NAVEGADOR: Añada información o coloque una etiqueta en por lo menos los 15 lenguajes más hablados por individuos con dominio limitado del inglés en el estado(s) que usted sirva. Visite esta página para más información: <http://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557/translated-resources/>]