

## **CONSENTIMIENTO PARA FUNGIR COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO CON EL FIN DE ASISTIR A UN SOLICITANTE DURANTE EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN**

### **INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA CUALQUIER PERSONA QUE DESIGNA A UN “REPRESENTANTE AUTORIZADO”\* Y PARA CUALQUIER OTRO INDIVIDUO U ORGANIZACIÓN QUE ACCEDE SERVIR COMO UN “REPRESENTANTE AUTORIZADO”**

- Una de las responsabilidades que puntualiza Silver State Health Insurance Exchange (“el Intercambio”) es “asistir en la compra y venta de planes de salud calificados”. *NRS 695I.210.*
- Un solicitante puede designar a un “representante autorizado” para que actúe a su nombre cuando busque la determinación de elegibilidad.
- El representante autorizado puede actuar a nombre del solicitante en todas las cuestiones relacionadas al Intercambio. *CFR Sec 155.227 (a)*

### **EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ACCEDE A:**

- Mantener, o ser legalmente responsable por mantener, la confidencialidad de cualquier información relacionada al solicitante proporcionada por el Intercambio. *CFR Sec 155.227 (3)*
- Ser responsable por cumplir con todas las responsabilidades incluidas en las funciones de la representación autorizada en la misma extensión que el solicitante al que él o ella representa. *CFR Sec 155.227 (4)*
- Cumplir con las regulaciones federales y las leyes de Nevada con respecto al Intercambio y a la página CiudadodeSalud.Gov (Healthcare.Gov)

Aquí asigno y doy permiso al representante autorizado identificado a continuación para que me asista durante mi proceso de solicitud e inscripción a un plan de salud calificado ofrecido por Enlace de Seguro Médico Nevada (Operado por CiudadodeSalud.gov). Al llenar y firmar este formulario, accedo a permitir a mi “representante autorizado” recolectar la información requerida y buscar la inscripción a mi nombre de acuerdo a la Política de Privacidad de Enlace de Seguro Médico Nevada\*\* y a las leyes estatales y federales que puedan aplicar.

Nombre del solicitante: _____
Fecha de nacimiento: _____
Identificación de solicitud de CiudadodeSalud.gov: _____
Nombre anterior: _____
Nombre del cónyuge: _____
Lista de otros dependientes: _____

\*Un representante autorizado es cualquier persona, (ejemplo: navegador, consejero certificado de inscripción (CAC), familiar, facilitador de inscripción del Intercambio (EEF), o persona con licencia del Departamento de Seguros, etc.) asignado por el solicitante para fungir como representante autorizado para ayudar al solicitante con el proceso de inscripción. \*\*La Notificación de Privacidad de Enlace de Seguro Médico Nevada, se encuentra en la dirección <https://www.nevadahealthlink.com/sshix/>. Usted puede solicitar una copia antes de firmar este documento. Para reportar fraude o abuso, o para levantar una queja, visite: [http://ag.nv.gov/Complaints/File\\_Complaint](http://ag.nv.gov/Complaints/File_Complaint) o llame a la oficina del Fiscal General al teléfono 775-684-1194 (norte de Nevada) o al (702) 486-3187.

Aquí designo a \_\_\_\_\_  
para fungir como mi representante autorizado para asistir en mi proceso de solicitud a mi nombre, y a nombre de cualquier persona listada en esta solicitud.

\* Entiendo que mi representante autorizado puede hablar sobre mi solicitud con Enlace de Seguro Médico Nevada, ver y compartir la información necesaria con Enlace de Seguro Médico Nevada, y actuar a mi nombre en materias relacionadas con mi solicitud, incluyendo el obtener información sobre mi solicitud y firmar la solicitud a mi nombre.

\* Entiendo que esta información puede ser utilizada para determinar elegibilidad para la inscripción en planes de salud calificados (QHP, por sus siglas en inglés), deducción de impuesto de la prima por adelantado (APTC, por sus siglas en inglés), y programas de salud pública.

\* Entiendo que en cualquier momento, los individuos en este formulario tienen el derecho de revisar la Notificación de Privacidad de Enlace de Seguro Médico Nevada antes de firmar el formulario y solicitar una copia.

\* Doy permiso a mi representante autorizado de que se utilice mi número de seguro social para propósitos de identificación.

\* Doy fe que la información proporcionada en este formulario es correcta y está completa, según mi conocimiento y/o comprensión. Entiendo, y estoy de acuerdo, que cualesquiera omisiones o declaraciones incorrectas hechas en conciencia en este formulario pueden invalidar la designación de mi representante autorizado.

\* Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando a mi representante autorizado con Enlace de Seguro Médico Nevada por escrito. Si revoco esta autorización, cualquier acción que ya haya sido tomada por parte de mi representante legal no será afectada.

\* Entiendo que puedo solicitar una copia completa de este formulario de autorización.

\* Con el propósito de asistir en la inscripción, a menos que sea revocada, esta autorización permite a mi representante autorizado asistir en la determinación de elegibilidad e inscripción a mi nombre, y a nombre de cualquier persona listada en este formulario, durante un periodo de noventa días a partir de la fecha en la que firmo este formulario.

Firma del solicitante o persona inscrita _____	Fecha _____
Firma del cónyuge _____	Fecha _____
Firma del representante autorizado _____	Fecha _____
Nombre del representante autorizado, dirección, número de teléfono y, si aplica, número de identificación del Intercambio o número de certificación de la División de Seguros de Nevada.	
_____	
_____	

**\*Un representante autorizado es cualquier persona, (ejemplo: navegador, consejero certificado de inscripción (CAC), familiar, facilitador de inscripción del Intercambio (EEF), o persona con licencia del Departamento de Seguros, etc.) asignado por el solicitante para fungir como representante autorizado para ayudar al solicitante con el proceso de inscripción. \*\*La Notificación de Privacidad de Enlace de Seguro Médico Nevada, se encuentra en la dirección <https://www.nevadahealthlink.com/sshix/>. Usted puede solicitar una copia antes de firmar este documento. Para reportar fraude o abuso, o para levantar una queja, visite: [http://ag.nv.gov/Complaints/File\\_Complaint](http://ag.nv.gov/Complaints/File_Complaint) o llame a la oficina del Fiscal General al teléfono 775-684-1194 (norte de Nevada) o al (702) 486-3187.**