



**Formulario de consentimiento para recibir asistencia en persona con la solicitud para la inscripción en línea en Maryland Health Connection y Divulgación de Intereses**

Nombre de la Organización de Programas del Asesor de Solicitudes: \_\_\_\_\_

Nombre del Asesor de Solicitudes: \_\_\_\_\_

Nº de Certificación del Asesor de Solicitudes (AC, por sus siglas en inglés): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Comprendo que el proceso de inscripción implica la creación de una cuenta en línea con Maryland Health Connection.

\_\_\_\_\_ Por el presente, doy mi consentimiento para que la persona/organización nombrada con anterioridad:

- me proporcione asistencia para establecer o acceder a una cuenta con Maryland Health Connection, incluida la asistencia para cambiar o restablecer la contraseña,
- me ayude a completar mi solicitud de cobertura de salud, o a realizar un cambio en una solicitud ya existente en Maryland Health Connection,
- me ayude a cargar la documentación en Maryland Health Connection,
- me informe a mí o a mi representante autorizado sobre todo el conjunto de opciones de cobertura de salud y programas de accesibilidad a seguros a los que tengo derecho,
- me ayude a inscribirme en un Plan de Salud Calificado o en un programa de accesibilidad a seguros a los que tengo derecho, y
- se ponga en contacto conmigo en caso de que se necesite información adicional para mi solicitud.

\_\_\_\_\_ Se me ha informado sobre la relación que \_\_\_\_\_  
(Asesor de Solicitudes certificado) tiene con \_\_\_\_\_  
(organización). Entiendo que esto puede suponer un posible conflicto de intereses en relación con el resultado de mi solicitud. Se me ha facilitado información sobre otras fuentes de asistencia, como el centro de llamadas de Maryland Health Connection, el programa de Asesores de Maryland Health Connection y los departamentos de salud y de servicios sociales locales.

\_\_\_\_\_ Comprendo que el asesor de solicitudes/organización mencionado/a anteriormente debe actuar en mi beneficio, y no me cobrará ninguna tarifa por la asistencia proporcionada con la solicitud e inscripción.

\_\_\_\_\_ Comprendo que el asesor de solicitudes/organización mencionado anteriormente no puede proporcionar asesoramiento fiscal ni jurídico en relación con mi solicitud de cobertura de atención médica, y no está actuando como asesor fiscal o abogado cuando proporciona asistencia en materia de solicitudes e inscripciones.



**Formulario de consentimiento para recibir asistencia en persona con la solicitud para la inscripción en línea en Maryland Health Connection y Divulgación de Intereses (continuación)**

Nombre de la Organización de Programas del Asesor de Solicituds: \_\_\_\_\_

Nombre del Asesor de Solicituds: \_\_\_\_\_

Nº de Certificación del Asesor de Solicituds (AC, por sus siglas en inglés): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Comprendo que el Asesor de Solicituds y la Organización mencionados anteriormente seguirán las normas de privacidad y seguridad de la información cuando creen, recopilen, divulguen, accedan, mantengan, almacenen o utilicen mi Información de Identificación Personal (PII, por sus siglas en inglés) o la PII de mi representante autorizado.

\_\_\_\_\_ Comprendo que este período de autorización es de un año y que puedo ponerme en contacto con la persona/entidad mencionada anteriormente en cualquier momento para revocar esta autorización.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi elegibilidad está determinada por el Maryland Health Connection y no por parte del asesor de solicitudes certificado.

---

Firma del Consumidor/Representante Autorizado del Consumidor

---

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

---

Fecha

---

[Identificación de la solicitud]