Certified Application Counselor (CAC) Authorization Form

In Federally-Facilitated or State Partnership Marketplaces

[Facility]

[Address]

[Phone]

CAC name and certification number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAC contact number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, give permission to the Certified Application Counselor (CAC) to have access to my personally identifiable information (PII) only with the purpose of performing her/his CAC duties:

* Inform me (or my authorized representative) about the full range of Marketplace health coverage options
* Help me complete my application for health coverage in a Qualified Health Plan (QHP) through the Marketplace and for insurance affordability programs
* Help me enroll in a QHP

The CAC,

* Is required to act in my best interest.
* Will not choose a health plan for me
* Will follow privacy and information security standards: Is not required and should not store any PII, other than this authorization form, my name and contact phone number (if agreed in the consent) for follow up.
* Will be able to assist me based on the information I provided
* Will keep and handle my PII in a secure and private way
* Will assist me in the language I prefer, or will be able to refer me to other assistance that is able to provide information in the language I understand.
* Will not charge me any money for helping me
* Will help me to the best of her/his ability
* Will refer me to the appropriate agency as needed. Example, Kancare for Medicaid and CHIP application

I may cancel my consent in writing at any time and will notify the CAC if I choose to cancel my consent.

May we contact you in the future for follow up? Yes No

* *Answering “yes” allows the Certified Application Counselor to store your name, phone number and minimal coverage information. This information will not be shared with other entities and is strictly for the use of follow-up assistance purposes only.*

If yes, please provide phone number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

May we text you? Yes No

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Consumer/Consumer’s Legal or Marketplace Authorized Representative Signature*

Formulario de Autorización Para Consejero Certificado para Solicitantes (CAC) en El Mercado de Seguros Médicos Facilitados por el Gobierno Federal o en Asociación con Mercados Estatales.

[Organización]

[Dirección]

[Teléfono]

Nombre y número de certificación de CAC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de contacto de CAC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , doy permiso a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para que tenga acceso a mi información personal solamente para que ella/él pueda desempeñar sus deberes como consejero certificado:

* Informarme (o a mi representante autorizado) sobre la gama completa de opciones de cobertura médica que ofrece el Mercado.
* Asistirme a llenar la solicitud para cobertura médica en Planes de Salud Calificados o Aprobados (QHP) por el Mercado y para programas de reducción de costos.
* Asistirme a inscribirme en un QHP,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

* Debe actuar en mi mejor interés.
* No elegirá un plan por mí.
* Seguirá las normas de privacidad y seguridad para cuidar mi información: No debe guardar mi información personal, aparte de esta forma de autorización. Podrá guardar mi nombre y mi número de teléfono si está acordado en este formulario (para hacer seguimiento).
* La habilidad de asistirme dependerá de la información que he dado.
* Guardará y protegerá mi información personal de manera segura y privada.
* Me asistirá en el idioma que prefiero, o me referirá a otra persona que habla mi idioma.
* No me cobrará a cambio de su servicio.
* Me asistirá en la medida de su capacidad.
* Me referirá a la agencia adecuada según sea necesario. Ejemplo: Kancare para Medicaid o CHIP.

Puedo cancelar mi consentimiento por escrito en cualquier momento y notificaré a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si decido cancelar mi consentimiento.

¿Podemos contactarle en el futuro para hacer seguimiento? Sí ☐ No ☐

* *Al responder que "sí", usted autoriza a el Consejero Certificado a guardar su nombre, número de teléfono e información mínima sobre su cobertura médica. Esta información no será compartida con otras entidades y es estrictamente para el uso de seguimiento y asistencia.*

Si contestó que sí, proporcione su número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma de representante autorizado*