

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

Yo, _____ doy mi consentimiento a este asistente (conocido como una “navegadora”) _____, de NC NAVIGATOR CONSORTIUM, para ayudarme a entender mis opciones de cobertura médica y completar una aplicación federal de cobertura médica para el Mercado de Seguros Médicos o para el Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Norte.

Yo entiendo que:

1. NC NAVIGATOR CONSORTIUM, no me cobrará por la ayuda dada.
2. NC NAVIGATOR CONSORTIUM, me explicará todas las opciones de cobertura médica en Carolina del Norte y los programas de ayuda financiera al que podría calificar.
3. NC NAVIGATOR CONSORTIUM, me ayudará a entender mis opciones, pero no podrá escoger por mi un plan de seguro médico.
4. NC NAVIGATOR CONSORTIUM, me proveerá ayuda basada en la información que le suministro. Si la información que le facilito es falsa o incompleta NC NAVIGATOR CONSORTIUM, no podrá proveer toda la ayuda disponible para mi situación.
5. NC NAVIGATOR CONSORTIUM, se preparará a mis necesidades de idioma o incapacidad y me proveerá información en una manera que entienda.
6. NC NAVIGATOR CONSORTIUM, necesitará ver y usar mi información personal para ayudarme. Mantendrá mi información de forma privada y segura.
7. NC NAVIGATOR CONSORTIUM, me ayudará con mis preguntas sobre mi seguro médico antes, durante y después de la cita de inscripción. Si es necesario, podrá programar una cita de seguimiento.
8. NC NAVIGATOR CONSORTIUM, me ayudará con mis quejas o preguntas sobre el plan de seguro médico, la cobertura de salud o la determinación según el plan o cobertura para proveerme las referencias de cualquier oficina de ayuda para los consumidores de seguro médico, o cualquier otra agencia o agencias apropiadas del estado, si pido ésta ayuda.
9. NC NAVIGATOR CONSORTIUM, me proveerá toda la información y los servicios de una manera imparcial, precisa y justa.
10. NC NAVIGATOR CONSORTIUM no actuará en mi nombre sin mi consentimiento ni tampoco sin estar yo presente o en el teléfono.
11. NC NAVIGATOR CONSORTIUM, me proveerá una copia de este formulario de consentimiento si la pido. Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento y notificaré a NC NAVIGATOR CONSORTIUM, si cancelo mi consentimiento.
12. Entiendo que no recibiré servicios legales o consejos legales de NC Navigator Consortium ., durante mi cita hoy, y no hay ninguna relación de abogado-cliente. Solamente recibiré los servicios de un asistente de la ley de cuidado de salud. Si necesito servicios legales, puedo contactar a una organización de servicios legales, separadamente.
13. Le doy mi autorización a NC NAVIGATOR CONSORTIUM para contactarme y hacer seguimiento a mi aplicación o algún inconveniente que se presente durante mi inscripción.
14. Entiendo que NC NAVIGATOR CONSORTIUM usa el sistema de programación de citas operado por Young Invincibles (una organización sin ánimo de lucro dedicada a ayudar a que las personas obtengan, mantengan y usen un seguro médico). Estoy de acuerdo con que NC NAVIGATOR CONSORTIUM comparta mi información de contacto y mi estado de seguro médico con Young Invincibles. Entiendo que me pueden contactar y dar otra información, incluyendo fechas límites importantes, sobre mi seguro médico. Yo entiendo que mi información no será usada para propósitos comerciales.

LIMITACIONES A MI CONSENTIMIENTO (explique a continuación)

**** Por favor, firme la página 2 ****



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

Al firmar a continuación, atestiguo que he revisado y entendido toda la información de este formulario. Le doy mi permiso a los navegadores individuales que forman parte de esta organización para para crear, acceder, usar, recopilar, mantener, almacenar y / o divulgar mi información de Identificación Personal (“PII”) a fin de llevar a cabo las funciones y responsabilidades de un Navegador, a menos que haya limitado ese consentimiento. También entiendo que puedo cancelar y modificar mi consentimiento en cualquier momento notificando NC Navigator Consortium.

Firma: _____

Fecha: _____

Número de teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Estoy de ACUERDO con los siguientes usos y declaraciones de mi información. (Coloque sus iniciales abajo si está o no de acuerdo).

Consentimiento de Medios de Comunicación:

Doy mi permiso al NC Navigator Consortium para contactarme sobre las oportunidades de compartir mi historia de inscripción con los medios. Entiendo que se me contactará nuevamente si hay una solicitud para que se comparta mi información. Acepto que esta organización de Navegadores pueda compartir cómo obtuve la cobertura del seguro médico en esta cita y usar mi nombre y / o foto para hacerlo.

_____ **SI, le doy mi permiso para este uso y declaración de mi información.**

_____ **No, le doy mi permiso para este uso y declaración de mi información.**

Mantenimiento y almacenamiento de PII para casos complejos:

Doy mi permiso al NC Navigator Consortium para recopilar, mantener, guardar y / o divulgar mi Información de Identificación Personal (“PII”) afin de ayudarme con mi caso complejo, a menos que haya limitado ese consentimiento como se establece en este documento. Entiendo que NC Navigator Consorcion podría necesitar recopilar, mantener, almacenar y divulgar parte de mi PII a fin de brindarme la mejor asistencia si tengo un caso complejo.

_____ **SI, le doy mi permiso para este uso y declaración de mi información.**

_____ **No, le doy mi permiso para este uso y declaración de mi información**

El proyecto descrito fue apoyado por la Oportunidad Financiamiento numero CA-NAV-21-001 del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. El contenido provisto es únicamente la responsabilidad de los autores y no necesariamente representa la opinión oficial de HHS (en inglés) o alguna de sus agencias.