

Community Healthcare Center (TXCDOA19)
200 MLK Jr. Blvd.
Wichita Falls, Texas 76301
(940)766-6306
info@chcwf.com

CAC Name: _____

CAC ID#: _____

I. Reconocimiento de la Funciones y Responsabilidades de los CACs (ver Anexo A)

Reconozco que he sido informado sobre las funciones y responsabilidades de un CAC según descritas en el Anexo A. y he tenido la oportunidad de discutir dichas funciones y responsabilidades con Community Healthcare Center.²

II. Definiciones y Explicaciones de los Términos Usados en 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 PII incluyen, pero no se limitan a, nombre, número de teléfono, correo electrónico, dirección, estado migratorio, ingreso, e información sobre la cantidad de individuos que reside en su hogar.
- Planes de salud en el Mercado de seguros se llaman planes de salud calificados o “QHP” (por sus siglas en inglés).
- Otros programas llamados “programas de asequibilidad del seguro” también están disponibles a través del Mercado de seguros. Estos programas pueden ayudarme, o a mi familia, a pagar por la cobertura médica, e incluyen programas públicos, tales como Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), créditos fiscales anticipados para primas, reducción de costos compartidos, y, si es disponible en mi estado, el Programa de Salud Básica.

III. Autorizaciones

a. Consentimiento General

Yo, _____, autorizo a Community Healthcare Center, incluyendo individuos CAC que han sido certificados por esta organización designada como CAC, a crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, almacenar, y/o usar mi PII para poder desempeñar las responsabilidades y funciones de un CAC según autorizada por regulación federal resumida en el Anexo A, a menos que yo haya limitado mi consentimiento según descrito en este documento.

Entiendo que Community Healthcare Center podrá tener que crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, almacenar, y/o usar alguna información de mi PII para proporcionar esta asistencia. Las responsabilidades y funciones de un CAC incluyen, pero no están limitadas a:

1. Informarme sobre todas las opciones de QHP disponibles y programas de asequibilidad de seguro médico para los cuales soy elegible, incluyendo: proporcionarme con información justa, correcta e imparcial que me ayude a presentar una solicitud de elegibilidad al Mercado de Seguros Médicos; aclararme las diferencias entre las opciones de cobertura médica disponible, incluyendo QHPs; y ayudarme a tomar decisiones informadas durante el proceso de selección de cobertura médica. Entiendo que Community Healthcare Center puede necesitar preguntarme y recolectar información sobre mis necesidades de cobertura médica para poder ayudarme. .
2. Ayudarme a solicitar cobertura médica a través del Mercado de Seguros.
3. Ayudarme a inscribirme en un QHP y/o en alguno de los programas de asequibilidad de seguro médico.
4. Asegurarse que la información proporcionada es accesible si tengo incapacidades. Si Community Healthcare Center no puede satisfacer mis necesidades de accesibilidad, Community Healthcare Center debe referirme a un Navegador del Mercado de Seguros Médicos o al Centro de Llamadas del Mercado, para que pueda atender mis necesidades específicas. Entiendo que para poder ayudarme, Community Healthcare Center talvez tendrá que hacer preguntas y guardar anotaciones sobre cualquier apoyo y servicio que necesito o pueda necesitar para comunicárselo a otros asistentes.
5. Proporcionarme con este formulario y guardar una copia firmada.

También entiendo que Community Healthcare Center puede ser requerido a crear, recolectar, manejar, divulgar, acceder, guardar, y/o usar mi PII para llevar a cabo actividades requeridas bajo ley o regulación estatal. Community Healthcare Center ha incluido a continuación la lista de requisitos estatales aplicables.

b. Consentimiento Específicos

También autorizo a Community Healthcare Center a crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, guardar, y/o usar mi PII para el/el siguiente (s) propósito (s): para brindar asistencias

IV. Excepciones o Limitaciones al Consentimiento

Entiendo que yo puedo revocar, limitar o de otra manera cambiar los consentimientos que proporciono en este formulario en cualquier momento. Si no hago ninguna limitación, excepciones o cambios a mi consentimiento en este momento, todavía lo puedo hacer en cualquier momento en el futuro notificando a Community Healthcare Center. A continuación hago las siguientes excepciones, limitaciones, o cambios:

V. Información Adicional

Entiendo que:

1. No tengo que proveer a Community Healthcare Center cualquier información que yo no quiero proporcionar. Sin embargo, la ayuda que presta Community Healthcare Center es limitada a la información que proporciono, y en caso que la información proporcionada sea incorrecta o incompleta, puede que Community Healthcare Center no pueda ofrecerme toda la ayuda que esté disponible para mi caso.
2. Community Healthcare Center debe solicitarme la cantidad mínima de mi PII que sea necesario para poder ayudarme.
3. Community Healthcare Center debe asegurarse de que mi PII sea mantenido en privado y debidamente asegurado al crear, recopilar, revelar, acceder, mantener, guardar, y/o usar mi PII. Community Healthcare Center debe seguir los estándares de privacidad y estándares de seguridad que les corresponde.
4. Si proporciono mi información de contacto al firmar este formulario, mi consentimiento general incluye permiso a Community Healthcare Center para que se comuniquen conmigo nuevamente sobre como solicitar o inscribirme en cobertura médica luego de mi primera visita con ellos.
5. Entiendo que una vez haya firmado este formulario de autorización, puedo anticipar que Community Healthcare Center me ayude sin pedirme que firme otro formulario de autorización.
6. Community Healthcare Center debe proporcionarme con una copia de mi Formulario de Autorización y el Anexo A, una vez completado.

Por favor llene, firme y feche el formulario:

Firma: _____

Fecha: _____

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: 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.**

Nombre del Consumidor en Letras de Imprenta

Nombre del Representantes Autorizado en Letras de Imprenta (si aplica)

Maneras que se me puede contactar (opcional):

Por correo o en persona al _____

Por teléfono al _____ (XXX) XXX-XXXX

Este teléfono es un teléfono celular (seleccione uno): S N

Anexo A: Roles y Responsabilidades de (CACs) Consejeros Certificados para Solicitudes

1. Community Healthcare Center debe informarme sobre todas las opciones de planes de salud calificados (QHP) y programas de asequibilidad de seguro a los que puedo ser elegible, lo cual incluye: proporcionarme con información justa, correcta, e imparcial que me pueda ayudar al momento de presentar mi solicitud de elegibilidad al Mercado de seguros; aclarar las diferencias entre opciones de cobertura médica, incluyendo QHPs; y ayudarme a tomar decisiones informadas durante el proceso de selección de cobertura médica.
2. Community Healthcare Center debe ayudarme a solicitar cobertura médica a través del Mercado de seguros, si deseo esa ayuda.
3. Community Healthcare Center debe ayudarme a inscribirme en un QHP, o en otros programas de asequibilidad de seguro, si deseo esa ayuda, pero Community Healthcare Center no está autorizado a seleccionar un plan para mí.
4. Community Healthcare Center ha sido designada por el Mercado de seguros para certificar a individuos que actúan como CAC luego de los mismos demostrar que cumplen con todos los estándares requeridos y están en cumplimiento con las condiciones de su acuerdo con el Mercado de seguros.
5. Todos los individuos CAC que me ayuden deben ser certificados por Community Healthcare Center para ayudar consumidores luego de demostrar que cumplen con todos los estándares requeridos y están en cumplimiento con las condiciones de sus acuerdos con Community Healthcare Center. Si tengo alguna preocupación acerca de la ayuda que se me proporcionó por alguno de estos individuos, debo de contactar a Community Healthcare Center.
6. Todos los individuos CAC que me asistan deberán haber completado y recibido una calificación satisfactoria en un curso de entrenamiento aprobado antes de poder prestar ayuda a los consumidores, y deberán recibir entrenamiento adicional anualmente antes de ser re-certificados por la organización antes de seguir ayudando a los consumidores
7. Community Healthcare Center debe actuar a favor de mis intereses.
8. Community Healthcare Center no discriminará en contra mía por raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Si Community Healthcare Center recibe fondos federales para proporcionar servicios a una población específica (tales como el programa Ryan White VIH/SIDA o algún proveedor de salud a poblaciones indígenas), podrá limitar sus servicios a esa población, siempre y cuando no discriminen contra esa población específica.
9. Community Healthcare Center debe asegurarse de que si poseo incapacidades, la información ha sido proporcionada de manera accesible y usable para mí persona. Si Community Healthcare Center no puede proporcionarme servicios de acuerdo a mis necesidades de accesibilidad, Community Healthcare Center debe referirme a un Navegador del Mercado de seguros o al Centro de Llamadas del Mercado de Seguros Médicos federal, que pueda satisfacer mis necesidades específicas.
10. Community Healthcare Center debe proporcionarme con información general sobre las funciones y responsabilidades de los CAC, incluso a través de este formulario.
11. CACs incluyendo aquellos que han sido certificados por Community Healthcare Center no actúan en carácter de consejeros de impuestos o abogados al brindar asistencia como CAC y no pueden brindar asesoría legal o financiera dentro de su capacidad como CACs.

12. Community Healthcare Center debe cumplir con los estándares del Mercado de seguros para mantener mi PII privada y segura, debe obtener mi consentimiento antes de acceder a mi PII y debe permitirme a revoca mi consentimiento en cualquier momento.
13. Community Healthcare Center no está autorizado a cobrarme un cargo por cualquier servicio presentado mientras se desempeñe en su rol como CAC.
14. Community Healthcare Center, incluyendo la organización CAC y cualquier individuo CAC que me ayude, no está autorizado a recibir consideración directa o indirectamente de cualquier aseguradora de seguros o servicios médicos en conexión con la inscripción de cualquier individuo en un QHP o un no- QHP y debe informarme de cualquier conflicto de intereses que pueda tener.
15. Community Healthcare Center no está autorizada a pagar a individuos CACs basado en el número de solicitudes que ayuden a completar, el número de personas que asistan, o el número de inscripciones que ayuden a completar.
16. Community Healthcare Center 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 a inscribirme en cobertura médica. Community Healthcare Center 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. Community Healthcare Center está permitido a reembolsarme por gastos relacionados con compras o pagos que yo pago para obtener asistencia con mi solicitud de Community Healthcare Center (tales como gastos de transportación o sellos postales), aun si el valor total del reembolso sobrepasa los \$15.
17. Community Healthcare Center no está autorizado a contactar 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 Community Healthcare Center tenga una relación previa con el consumidor. Community Healthcare Center 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 Community Healthcare Center siga otras leyes que sean aplicable a este tipo de actividad.
18. Community Healthcare Center también debe cumplir con cualquier requisito aplicable estatal o local al proporcionarme servicios a mi persona.

Community Healthcare Center cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Healthcare Center no excluye a las personas ni la trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Centro de salud comunitario:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Vicki Johnson, Coordinadora de derechos civiles.

Si cree que Community Healthcare no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con: Vicki Johnson, Coordinadora de Derechos Civiles, P.O. Box 720, Wichita Falls, Texas 76307, (940) 397-2621, FAX (940) 761-1698, EMAIL compliance-notify@chcwf.com . Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Vicki Johnson, Coordinadora de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>