# Formulario de Autorización de Consentimiento para Navegantes en un Mercado facilitado por el Gobierno Federal (Marketplace)[[1]](#footnote-1)

Nombre de la organización Navigator: Prism Health North Texas

Dirección de la organización Navigator: "4144 N. Central Expressway, Suite 750, Dallas, TX 75204"

Número de teléfono y dirección de correo electrónico de Navigator Organization:

Nombre del navegador individual y número de certificación:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# I. Reconocimiento de las funciones y responsabilidades de los navegantes (véase el Apéndice A)

He sido informado y entiendo los roles y responsabilidades de Navigator establecidos en el Anexo A y se me ha dado la oportunidad de discutirlos con Prism Health North Texas

# II. Definiciones y explicaciones de los términos utilizados en este formulario

En este formulario de autorización:

* Las palabras "yo", "yo" o "mi" incluyen a mi representante autorizado si tengo uno.
* La información de identificación personal se llama "PII". Los ejemplos de mi PII incluyen, entre otros, mi nombre, número de teléfono, dirección de correo electrónico, domicilio, estado migratorio, ingresos e información sobre el tamaño del hogar.
* Los planes de salud disponibles a través del Mercado se denominan Planes de Salud Calificados o "QHP".
* Otros programas llamados "programas de asequibilidad de seguros" también están disponibles a través del Mercado. Estos programas pueden ayudarme a mí o a mi familia a pagar la cobertura de salud e incluyen programas públicos, como Medicaid o el Programa de Seguro médico para Niños (CHIP), créditos fiscales para primas, reducciones de costos compartidos y, si hay uno disponible en mi estado, el Programa básico de salud.

**III. Autorizaciones**

# Consentimiento general

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a menos que haya limitado ese consentimiento como se establece en este documento. Entiendo que Prism Health North Texas podría necesitar crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar y / o usar parte de mi PII para proporcionar esta asistencia. Las funciones y responsabilidades de un Navegador incluyen, entre otras, las siguientes:

1. Informarme sobre la gama completa de opciones de QHP y programas de asequibilidad de seguros para los que puedo ser elegible, lo que incluye proporcionarme información justa, precisa e imparcial que me ayude a presentar una solicitud de elegibilidad del Mercado; aclarar las distinciones entre las opciones de cobertura de salud, incluidos los QHP; y ayudándome a tomar decisiones informadas durante el proceso de selección de cobertura de salud. La información debe proporcionarse de una manera que satisfaga mis necesidades culturales y lingüísticas. Entiendo que Prism Health North Texas podría necesitar preguntar y mantener notas sobre mis necesidades de cobertura de salud y preferencias de idioma para ayudarme.
2. Mantener la experiencia en elegibilidad, inscripción y especificaciones del programa para QHP y programas de asequibilidad de seguros, y llevar a cabo actividades de educación pública para crear conciencia sobre el

Mercado: Prism Health North Texas no debería necesitar crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar y / o usar mi PII para estas funciones. Si Prism Health North Texas crea, recopila, divulga, accede, mantiene, almacena y/o usa mi PII para estas funciones, Prism Health North Texas obtendrá mi consentimiento para esas actividades específicas. Prism Health North Texas mantendrá mi PII privada y segura, excepto cuando haya dado mi consentimiento para compartir mi PII públicamente.

1. Asegurar que las herramientas y la ayuda proporcionada sean accesibles y utilizables para mí si tengo discapacidades. Entiendo que Prism Health North Texas podría necesitar preguntar y mantener notas sobre cualquier apoyo y servicio que necesite para ayudarme.
2. Ayudándome a seleccionar un QHP.
3. Ayudarme con quejas, quejas o preguntas sobre mi plan de salud, cobertura o una determinación bajo mi plan o cobertura, proporcionándome referencias a cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros de salud o defensor del pueblo de seguros de salud, o cualquier otra agencia o agencia estatal apropiada. Entiendo que Prism Health North Texas podría necesitar revelar mi PII a esas fuentes de referencia para ayudarme.
4. Ayudándome con las siguientes actividades. Entiendo que los Navegadores en los Mercados facilitados por el Gobierno Federal están permitidos, y se les pedirá que me ayuden con estos temas:
   * Ayudándome a entender el proceso de presentación de una apelación de elegibilidad del Mercado,
   * Ayudándome a comprender y solicitar exenciones del pago de responsabilidad compartida individual que se otorgan a través del Mercado,
   * Ayudándome a entender que ciertas exenciones del requisito de mantener una cobertura mínima esencial y del pago de responsabilidad compartida individual se pueden reclamar a través del proceso de presentación de impuestos y cómo reclamarlas,
   * Ayudándome con los componentes relacionados con el Mercado del proceso de conciliación de créditos fiscales de primas,
   * Ayudarme a comprender conceptos y derechos básicos sobre la cobertura de salud y cómo usarla, y
   * Ayudarme con referencias a asesores fiscales con licencia, preparadores de impuestos u otros recursos para ayudar con la preparación de impuestos y asesoramiento fiscal relacionado con preguntas que pueda tener sobre el proceso de solicitud e inscripción del Mercado, exenciones del requisito de mantener una cobertura mínima esencial y del pago de responsabilidad compartida individual, y conciliaciones de créditos fiscales de primas.
5. Proporcionándome este formulario y almacenando una copia firmada del mismo.

También entiendo que prism Health North Texas puede estar obligado a crear, recopilar, manejar, divulgar, acceder, mantener, almacenar y / o usar mi PII para llevar a cabo actividades requeridas por una ley o regulación estatal. Prism Health North Texas ha enumerado a continuación los requisitos estatales específicos que se aplican.

# b. Consentimientos específicos

También permito que Prism Health North Texas cree, recopile, divulgue, acceda, mantenga, almacene y / o use mi PII, para los siguientes propósitos:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# IV. Excepciones o limitaciones al consentimiento

Entiendo que puedo revocar, limitar o cambiar los consentimientos que proporciono a través de este formulario en cualquier momento. Si no hago ninguna limitación, excepción o cambio en mis consentimientos ahora, aún puedo hacerlo en cualquier momento en el futuro notificando a Prism Health North Texas que cualquier cambio debe ser por escrito y firmado y fechado por ambas partes. Hago las siguientes excepciones, limitaciones o cambios:

\_\_\_Ninguno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V. Información adicional**

Lo entiendo:

1. No tengo que proporcionar a Prism Health North Texas ninguna información que no quiera proporcionar. Sin embargo, la ayuda que proporciona Prism Health North Texas se basa solo en la información que proporciono, y si la información proporcionada es inexacta o incompleta, es posible que Prism Health North Texas no pueda ofrecer toda la ayuda disponible para mi situación.
2. Prism Health North Texas debe pedirme que proporcione solo la cantidad mínima de mi PII que sea necesaria para ayudarme.
3. "Ingrese a la organización aquí" debe asegurarse de que mi PII se mantenga privada y segura al crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar y / o usar mi PII. Prism Health North Texas debe seguir los estándares de privacidad y seguridad de la información que se aplican a ellos.
4. Si doy mi información de contacto al firmar este formulario, mi consentimiento general incluye permiso para que Prism Health North Texas haga un seguimiento conmigo sobre cómo solicitar o inscribirme en la cobertura después de mi primera reunión con ellos.
5. Si Prism Health North Texas no tiene los recursos o las habilidades para ayudarme de inmediato, él o ella debe referirme a otro Navegador del Mercado, o al Centro de Llamadas del Mercado federal, quien puede satisfacer mis necesidades específicas antes.
6. Si Prism Health North Texas necesita referirme a otra fuente de ayuda, él o ella generalmente debe referirme a la fuente a la que sea más fácil acceder para mí.
7. Entiendo que Prism Health North Texas podría necesitar compartir mi información de contacto e información sobre mis necesidades con posibles fuentes de referencia para ayudarme.
8. Una vez que haya firmado este formulario de autorización, puedo esperar que Prism Health North Texas me ayude sin pedirme que firme otro formulario de autorización.
9. Prism Health North Texas debe proporcionarme una copia de mi Formulario de Autorización y este Anexo A, una vez completado.

**Por favor, complete, firme y ponga fecha al formulario:**

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma del Representante Autorizado Legal o del Mercado del Consumidor/Consumidor**  **Marque uno de estos para mostrar si usted es el consumidor o el representante del consumidor. TENGA EN CUENTA: Los consumidores pueden firmar este formulario de consentimiento ellos mismos o pueden optar por que un representante legal o autorizado del Mercado lo firme.**    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Fecha impresa Nombre del consumidor Nombre del representante autorizado impreso (si corresponde)**    **Formas en que acepto que me contacten (opcional):**  **\_\_ Por correo o en persona a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_ Por teléfono a \_\_\_\_ (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Este es un teléfono inalámbrico (círculo uno): Y N**  **\_\_ Por mensaje de texto a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Anexo A: Funciones y responsabilidades de los navegantes

1. Prism Health North Texas debe mantener experiencia en elegibilidad, inscripción y especificaciones de programas para planes de salud calificados (QHP) y programas de asequibilidad de seguros y debe realizar actividades de educación pública para crear conciencia sobre el Mercado.
2. Prism Health North Texas debe informarme sobre la gama completa de opciones de QHP y los programas de asequibilidad de seguros para los que puedo ser elegible, lo que incluye proporcionarme información justa, precisa e imparcial que me ayude a presentar una solicitud de elegibilidad del Mercado; aclarar las distinciones entre las opciones de cobertura de salud, incluidos los QHP; y ayudándome a tomar decisiones informadas durante el proceso de selección de cobertura de salud.
3. Prism Health North Texas debe estar preparado para servir a los consumidores tanto en el mercado individual como en el Programa de Opciones de Salud para Pequeñas Empresas.
4. Prism Health North Texas no puede discriminarme por mi raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual.
5. Prism Health North Texas debe proporcionarme información de una manera que satisfaga mis necesidades culturales y lingüísticas, sin costo alguno para mí.
6. Prism Health North Texas debe asegurarse de que las herramientas y la ayuda proporcionadas sean accesibles y utilizables para mí si tengo discapacidades, sin costo alguno para mí.
7. Prism Health North Texas debe ayudarme a seleccionar un QHP, si quiero esa ayuda, pero [Nombre] no puede elegir un plan de seguro de salud para mí.
8. Prism Health North Texas debe ayudarme con quejas, quejas o preguntas sobre mi plan de salud, cobertura o una determinación bajo mi plan o cobertura, proporcionándome referencias a cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros de salud o defensor del pueblo de seguros de salud, o cualquier otra agencia o agencias estatales apropiadas, si quiero esa ayuda.
9. Prism Health North Texas está permitido y se le pedirá que me ayude con estos temas:
   1. Ayudándome a entender el proceso de presentación de una apelación de elegibilidad del Mercado,
   2. Ayudándome a comprender y solicitar exenciones del pago de responsabilidad compartida individual que se otorgan a través del Mercado,
   3. Ayudándome a entender que ciertas exenciones del requisito de mantener una cobertura mínima esencial y del pago de responsabilidad compartida individual se pueden reclamar a través del proceso de presentación de impuestos y cómo reclamarlas, y ayudándome a comprender la disponibilidad de

Recursos del Servicio de Impuestos Internos sobre este tema,

* 1. Ayudándome con los componentes relacionados con el Mercado del proceso de conciliación de créditos tributarios de primas, y ayudándome a comprender la disponibilidad de recursos del Servicio de Impuestos Internos en este proceso,
  2. Ayudarme a comprender conceptos y derechos básicos sobre la cobertura de salud y cómo usarla, y
  3. Ayudarme con referencias a asesores fiscales con licencia, preparadores de impuestos u otros recursos para ayudar con la preparación de impuestos y asesoramiento fiscal relacionado con preguntas que pueda tener sobre el proceso de solicitud e inscripción del Mercado, exenciones del requisito de mantener una cobertura mínima esencial y del pago de responsabilidad compartida individual, y conciliaciones de créditos fiscales de primas.

1. Todos los Navegantes individuales que me ayuden deben estar certificados por el Mercado después de demostrar que cumplen con todos los estándares requeridos y deben seguir los términos de la subvención de Prism Health North Texas de CMS.
2. Todos los Navegantes individuales que me ayudan deben completar y recibir un puntaje de aprobación en un curso de capacitación aprobado por CMS antes de proporcionar educación, alcance o ayuda a los consumidores, y deben tomar educación continua y estar certificados o recertificados cada año antes de que puedan continuar brindando educación, alcance o ayuda a los consumidores.
3. Prism Health North Texas, incluida la organización Navigator y cualquier Navigator que me ayude, no debe ser un emisor de seguros de salud o stop-loss o una subsidiaria de un emisor de seguros de salud o stop-loss, no debe ser una asociación que incluya miembros de la industria de seguros o grupos de presión para la industria de seguros, y no se le permite recibir ninguna consideración directa o indirectamente de ningún emisor de seguros de salud o stop-loss en relación con la inscripción de cualquier individuo en un QHP o un no QHP. Prism Health North Texas, incluida la organización Navigator y cualquier Navigator que me ayude, también debe informarme de ciertas relaciones no prohibidas que podrían tener con los emisores de seguros.
4. Prism Health North Texas debe proporcionarme información sobre las funciones y responsabilidades de los Navegantes, incluso a través de este formulario.
5. Prism Health North Texas, y cualquier Navegador que me ayude, no actúa como asesor fiscal o abogado cuando brinda asistencia como Navegador y no puede proporcionar asesoramiento fiscal o legal mientras actúa como Navegador.
6. Prism Health North Texas debe cumplir con los estándares del Mercado para mantener mi PII privada y segura, debe obtener mi consentimiento antes de acceder a mi PII y debe permitirme revocar mi consentimiento en cualquier momento.
7. Prism Health North Texas no puede cobrarme una tarifa por ninguna ayuda proporcionada mientras actúa como Navegante.
8. "Ingrese a la organización aquí" no puede pagar a los Navegadores individuales en función de la cantidad de solicitudes que ayudan a completar, en función de la cantidad de personas a las que ayudan o en función de la cantidad de inscripciones que ayudan a completar.
9. Prism Health North Texas no puede darme regalos de ningún valor, incluyendo tarjetas de regalo, tarjetas de efectivo, efectivo o cosas que comercialicen o promuevan los productos o servicios de otra persona o negocio, si debo inscribirme en la cobertura de salud para recibir el regalo. Prism Health North Texas está permitido, pero no es obligatorio, darme regalos por otras razones, incluso para alentarme a buscar o recibir ayuda para la solicitud, pero solo si el valor total de los regalos dados durante un solo evento o reunión no es más de $ 15 en valor. Prism Health North Texas puede reembolsarme las cosas que podría tener que comprar o pagar para obtener asistencia para la solicitud de Prism Health North Texas Dallas (como gastos de viaje o correo), incluso si el valor total de este reembolso es superior a $ 15.
10. Prism Health North Texas no puede usar ningún fondo proporcionado por el Mercado para comprarme regalos, tarjetas de regalo o cosas que comercialicen o promuevan los productos o servicios de otra persona o negocio.
11. Prism Health North Texas no puede comunicarse con los consumidores para proporcionar ayuda de solicitud o inscripción yendo de puerta en puerta o contactando a personas que aún no han pedido ayuda, a menos que [Nombre] ya tenga una relación con un consumidor, pero [Nombre] puede ir de puerta en puerta o contactar a personas que aún no han pedido ayuda al proporcionar alcance general y educación al público. Debido a que tengo una relación con Prism Health North Texas, Prism Health North Texas puede venir a mi puerta y / o llamarme directamente para proporcionar ayuda de solicitud o inscripción, siempre y cuando Prism Health North Texas siga otras leyes que podrían aplicarse a esa actividad.
12. Prism Health North Texas también debe cumplir con los requisitos estatales y locales aplicables al proporcionarme servicios.

# Apéndice B

Prism Health North Texas cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Prism Health North Texas no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Prism Health North Texas:

* Proporciona ayudas 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, tales como:

o Intérpretes cualificados o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Luciana Hampilos, J.D.

Si cree que Prism Health North Texas lo ha discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: LaCoya Williams Coordinadora Adjunta de Derechos Civiles / Título IX | 972-721-4063 | Primer piso, Haggar University Center, Sala 2531845 E. Northgate Dr. Irving, TX 75062 lhampilos@udallas.edu. Si necesita ayuda para presentar una queja, Luciana Hampilos, J.D. está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf,](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) o por correo o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

200 Independence Avenue, SW

Habitación 509F, Edificio HHH

Washington, D.C. 20201

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

Las hojas de reclamaciones están disponibles[un](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)  [http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

Nota: Si usas chino tradicional, puedes obtener asistencia lingüística de forma gratuita. Llame al 1-800-318-2596(TTY:1-855-889-4325).

NOTA: Si habla vietnamita, hay servicios gratuitos de soporte lingüístico disponibles para usted. Llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

Nota: Si habla coreano, puede utilizar el servicio de soporte lingüístico deforma gratuitaal 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325)

NOTA: Si habla inglés, puede utilizar los servicios de asistencia lingüística de forma gratuita. Llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

NOTA: Si habla ruso, hay servicios de traducción gratuitos disponibles. Llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

Nota: Si habla el idioma, los servicios de asistencia lingüística están disponibles para usted de forma gratuita. Llame al1-855-889-4325)No.

. (2596-318-800-1:Sordomudo E

ATENCIÓN: Si usted habla criollo haitiano, los servicios de ayuda lingüística son gratuitos. Llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

ATENCIÓN: Si habla francés, los servicios de asistencia lingüística se ofrecen de forma gratuita. Llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

NOTA: Si habla polaco, puede utilizar el soporte de idioma gratuito. Llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

TENGA EN CUENTA: Si es portugués, hay servicios lingüísticos gratuitos disponibles. Llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

ATENCIÓN: Si el idioma que se habla es el italiano, hay servicios gratuitos de asistencia lingüística disponibles. Llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325)

ATENCIÓN: Si habla alemán, los servicios de asistencia lingüística están disponibles de forma gratuita. Teléfono: 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

Tenga en cuenta: El soporte de idioma gratuito está disponible cuando se habla japonés. Llame al 1-800-318-2596(TTY:1-xxx-xxx-xxxx).

Tuje: Si hablas persa, las instalaciones lingüísticas son gratuitas para ti

. Llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-xxx-xxx-xxxx) con.

1. Incluyendo los mercados facilitados por el gobierno federal donde el estado realiza funciones de administración de planes. [↑](#footnote-ref-1)