Otros formatos e idiomas
Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con Explore Health por correo electrónico a explorehealth@oha.oregon.gov o por teléfono al 855-268-3767 (voz). Se aceptan todas las llamadas realizadas mediante el servicio de retransmisión.

Autorización unificada de Explore Health para recibir asistencia

Sección 1: Tipo de asesor de inscripción autorizado

☐ **Agente de seguros**
Un agente de seguros con licencia está autorizado a recomendar planes, ofrecer asesoramiento y ayudar a los consumidores a solicitar, inscribirse y mantener la cobertura a través de Explore Health.

☐ **Asistente/socio comunitario**
Un asistente certificado o una organización comunitaria está autorizada a proporcionar asistencia imparcial para la solicitud y la inscripción en los programas del Plan de Salud de Oregon (OHP), los planes de salud calificados (Qualified Health Plans, QHP) y los programas de asequibilidad relacionados. Los asistentes no pueden recomendar planes.

Sección 2: Información del agente de seguros (si corresponde)

Nombre de la agencia de seguros: _____

Titular de la agencia: _____

Teléfono del propietario: _____

Dirección de correo electrónico del titular: _____

Nombre del agente principal: _____

Número nacional de productor (NPN) del agente: _____

Teléfono del agente: _____

Dirección de correo electrónico del agente: _____

Sección 3: Información sobre el asistente/socio comunitario (si corresponde)

Nombre de la organización socia comunitaria: _____

Nombre del asistente de la solicitud: _____

ID de asistente de Oregon Health Authority (OHA): _____

Dirección de correo electrónico del asistente: _____

Teléfono del asistente: _____

Sección 4: Información del solicitante

Nombre del solicitante principal (*primer nombre, segundo nombre, apellido*): _____

Fecha de nacimiento del solicitante principal: _____

Teléfono del solicitante principal: _____

Dirección de correo electrónico del solicitante principal: _____

Nombres y fechas de nacimiento de otros adultos incluidos en la solicitud: _____

Cantidad de miembros del hogar de 19 años o más: _____

Sección 5: Alcance de la autorización

Doy mi permiso al socio de inscripción indicado anteriormente para que actúe como socio de inscripción en mi nombre y, si corresponde, en el de todo mi hogar, a efectos de solicitar e inscribirme en la cobertura ofrecida a través de Explore Health, el Mercado de seguros de salud de Oregon. Al aceptar este acuerdo, autorizo al socio de inscripción mencionado con anterioridad a consultar y utilizar la información confidencial que le haya facilitado por escrito, por vía electrónica, en persona o por teléfono con el único fin de llevar a cabo una o varias de las siguientes acciones:

- buscar una solicitud de Explore Health ya presentada;
- completar una solicitud para determinar la elegibilidad e inscripción en un plan de salud o dental calificado de Explore Health o en otros programas gubernamentales de asequibilidad de seguros, como el Plan de Salud de Oregon (OHP) (Medicaid/Programa de Seguro Médico Infantil [Children's Health Insurance Program, CHIP]/Programa Básico de Salud), créditos fiscales para primas o reducciones de la participación en los costos para ayudar a pagar los costos del seguro de salud;
- proporcionar asistencia continua para la gestión de la cuenta y la inscripción, según sea necesario; o
- responder a las consultas de Explore Health relativas a mi solicitud o inscripción en Explore Health.

Asistencia del OHP (solo para asistentes)

Autorizo a la Oregon Health Authority (OHA), al Departamento de Servicios Humanos (Oregon Department of Human Services, ODHS) y a Explore Health a compartir la siguiente información con mi organización socia comunitaria y mi asistente:

- Mi solicitud
- Detalles de la inscripción
- Estado de la inscripción
- Beneficios del plan
- Información de salud protegida (protected health information, PHI)

Entiendo que mi socio de inscripción no puede preguntarme por mi estado de inmigración ni por la de los miembros de mi hogar ni compartir información sobre mi solicitud, a menos que yo lo autorice.

Entiendo que los asistentes o socios comunitarios no pueden recomendar una organización de atención coordinada (coordinated care organization, CCO) ni ningún plan de seguro de salud.

Entiendo que estas organizaciones deben proteger mi información y no pueden compartir datos sobre salud mental, VIH/SIDA, tratamiento por consumo de drogas o alcohol, ni pruebas genéticas sin una autorización adicional.

Sección 6: Privacidad y seguridad

Entiendo que el socio de inscripción debe:

- utilizar mi información de identificación personal (personally identifiable information, PII) o mi información de salud protegida (PHI) **únicamente** con fines de asistencia autorizada;
- proteger mi información frente al acceso, uso o divulgación no autorizados;
- recopilar, utilizar y divulgar únicamente la información mínima necesaria;
- garantizar el almacenamiento y la transmisión seguros de mi información;
- cumplir todas las normas de privacidad exigidas por Explore Health, la OHA y el ODHS.

Entiendo que no tengo que compartir información personal adicional con mi socio de inscripción más allá de la necesaria para completar mi solicitud.

Sección 7: Responsabilidades del solicitante

Entiendo que:

- Debo facilitar información veraz y correcta en mi solicitud.
- Debo responder a las notificaciones sobre información faltante o incorrecta cuando se me solicite.
- Puedo recibir ayuda o una derivación a servicios de asistencia en un idioma que hable o prefiera.

Sección 8: Revocación o finalización del consentimiento

La cancelación de la autorización no se aplica a la información que ya se compartió. Mi autorización seguirá siendo válida hasta que notifique a la OHA/el ODHS y a Explore Health que ya no deseo trabajar con este socio de inscripción o hasta que solicite asistencia a otro socio de inscripción.

Si mi socio de inscripción es un agente de seguros:

Puedo revocar o modificar mi consentimiento en cualquier momento poniéndome en contacto con el agente, la agencia o el titular de la agencia indicados anteriormente. También puedo iniciar sesión en mi Panel de control del solicitante y revocar mi consentimiento o comunicarme con Explore Health llamando al 855-268-3767 (se aceptan llamadas por servicio de retransmisión), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico).

Si mi socio de inscripción es un asistente/socio comunitario:

Puedo revocar mi autorización iniciando sesión en mi Panel de control del solicitante o comunicándome con Explore Health al 855-268-3767 (se aceptan llamadas por servicio de retransmisión), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico). También debo notificar a la OHA/el ODHS si deseo revocar el consentimiento de mi asistente/socio comunitario llamando al 800-

699-9075 (se aceptan llamadas por servicio de retransmisión) o enviando un correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.

Sección 9: Firma

Firma del solicitante principal: _____

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa): _____

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (se aceptan llamadas por servicio de retransmisión)
ExploreHealthOR.gov