

## **Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)**

### **Programa de Asistencia de Inscripción (Enrollment Assistance Program/EAP)**

**Contratista EAP: Cognosante, LLC**

### **Formulario de autorización y consentimiento para los asistentes de "EAP" (Enrollment Assistance Program) en el Mercado de Seguros Federal**

**Organización EAP:** Cognosante, LLC

**Dirección EAP:** 3110 Fairview Park Drive, Suite 800, Falls Church, VA 22042

**Correo electrónico EAP:** EAPConsent@Cognosante.com

**Nombre del asistente EAP:**

**ID de asistente EAP:**

**Nombre del consumidor (apellido, primero):**

**Estado del consumidor:**

**Número de teléfono del consumidor:**

**Representante autorizado del consumidor (si corresponde):**

#### **Definiciones y explicaciones de los términos utilizados en este formulario**

En este formulario de consentimiento:

- "Yo," "Mi" incluye a mi representante autorizado en caso de tenerlo.
- La información de identificación personal se llama "PII". Los ejemplos de mi PII incluyen, pero no se limitan a mi nombre, número de teléfono, dirección de correo electrónico, domicilio, estado migratorio, ingresos e información sobre el tamaño del hogar.
- "QHPs" (Qualified Health Plan) se refiere a los planes de salud calificados disponibles en el Mercado de Seguros.
- "EAP" (Enrollment Assistance Program) se refiere al program de asistencia de inscripción.
- "CMS" (Centers for Medicare and Medicaid Services) se refiere al Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
- Otros programas llamados "programas de asequibilidad de seguros" también están disponibles a través del Mercado de Seguros. 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.

#### **Reconocimiento de las funciones y responsabilidades de un asistente de EAP**

He sido informado y entiendo las funciones y responsabilidades del Asistente en el Programa de Asistencia de Inscripción (EAP) que se describen a continuación y se me ha dado la oportunidad de discutir las con el Asistente de EAP de Cognosante LLC, trabajando en nombre de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). El Asistente de EAP debe:

- Proporcionarme información general sobre sus funciones y responsabilidades.
- Debe actuar a favor de mis intereses y hablarme sobre la gama completa de opciones de QHP y programas de asequibilidad de seguros para los cuales puedo ser elegible, lo que incluye proporcionar información justa, precisa e imparcial que me ayude a presentar una solicitud de elegibilidad del Mercado de Seguros; aclarar las distinciones entre las opciones de cobertura de salud; y ayudándome a tomar decisiones informadas durante el proceso de selección de cobertura de salud.
- Ayúdarme a solicitar o inscribirme en un programa de asequibilidad de QHP y/o seguro, si solicito esa ayuda; sin embargo, el asistente de EAP no puede elegir un plan por mí.
- Proporcionar asistencia posterior a la inscripción y Atención de Cobertura (como redeterminaciones de elegibilidad, comprensión y uso de la cobertura del Mercado de Seguros, localización de proveedores, preguntas sobre facturación/pago, etc.) en los casos en que un Nevegador Concesionario no esté disponible o no tenga la capacidad para ayudar.
- Completar y recibir un puntaje aprobado en un curso de capacitación por el Mercado de Seguros y ser certificado por CMS después de demostrar que cumplio con todos los requisitos de CMS para proporcionar este apoyo antes de ayudar a los consumidores. Además, el asistente de EAP debe tomar entrenamiento cada año antes de ser recertificado por CMS para continuar ayudando a los consumidores.

- No actuar como asesores fiscales o abogados cuando brindan ayuda como Asistentes de EAP y no pueden proporcionar asesoramiento fiscal o legal dentro de su capacidad como Asistentes de EAP.
- No discriminarme por motivos de mi raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual, o cualquier otra categoría protegida.
- Debe proporcionarme información de una manera que satisfaga mis necesidades culturales y lingüísticas, sin costo alguno para mí.
- Debe asegurarse de que las herramientas y la ayuda proporcionadas sean accesibles y utilizables si tengo discapacidades, sin costo alguno para mí.
- Referirme al Centro de Llamadas del Mercado de Seguros federal para obtener ayuda si no pueden satisfacer mis necesidades específicas. Es posible que un asistente de EAP necesite preguntar y tomar notas sobre cualquier apoyo y servicio que necesite y es posible que deba divulgar esa información a otros asistentes para ayudarme.
- No se le permite darme regalos de ningún valor, incluyendo tarjetas de regalo, tarjetas de efectivo, dinero en efectivo o cosas que comercialicen o promuevan los productos o servicios de otra persona o empresa si debo inscribirme en la cobertura de salud para recibir el regalo.
- No se le permite cobrarme una tarifa por cualquier ayuda proporcionada mientras actúa como asistente de EAP.
- Cumplir con los estándares del Mercado de Seguros para mantener mi PII privada y segura, obtener mi consentimiento antes de acceder a mi PII y permitirme revocar mi consentimiento en cualquier momento. El Asistente de EAP me pedirá solo la cantidad mínima de PII necesaria para ayudar a realizar las funciones que están autorizados a realizar como Asistente de EAP.
- Permanecer libre de cualquier conflicto de intereses y no recibir ninguna consideración directa o indirectamente de ningún emisor de seguros de salud o “stop-loss” en relación con la inscripción de cualquier persona en un QHP o un no QHP y debe informarle de ciertas relaciones no prohibidas que puedan tener con los emisores de seguros.
- Educarme sobre la razón por la que mi solicitud fue rechazada y cómo apelar una determinación y remitirme a una entidad que pueda ayudar a presentar una apelación.
- Cumplir con los requisitos estatales y locales aplicables al proporcionar servicios a un consumidor.

### **Consentimiento general**

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi permiso a Cognosante, incluidos los Asistentes de EAP individuales que forman parte del EAP de Cognosante y están certificados por CMS para crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar y/o usar mi PII para llevar a cabo las funciones y responsabilidades de un Asistente de EAP que están autorizadas por la regulación federal y generalmente resumidas anteriormente en “Reconocimiento de roles y responsabilidades de un Asistente de EAP”, a menos que haya limitado ese consentimiento como se establece en este documento. También entiendo que el Asistente EAP le puede ser requerido crear, recopilar, manejar, divulgar, acceder, mantener, almacenar y / o usar mi PII para llevar a cabo actividades requeridas por la ley o regulación estatal.

### **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 al EAP de Cognosante al número de teléfono del EAP o al correo electrónico indicado en este formulario de autorización de consentimiento. Hago las siguientes excepciones, limitaciones o cambios:

---

### **Consentimientos específicos**

Durante mis interacciones con los asistentes de EAP, también permito que el Programa de Asistencia para la Inscripción de Cognosante incluya a personas autorizadas, al momento de la presentación, para los siguientes propósitos:

- Los servicios de traducción de idiomas o las personas que se necesitan comunicarse eficazmente conmigo mientras los asistentes de EAP me ayudan.
- Observaciones realizadas por el personal de control de calidad de Cognosante con fines de asegurar la calidad y capacitación con el fin de solo evaluar la efectividad del asistente de EAP.

**Información adicional**

Yo entiendo que:

1. No tengo que proporcionar al Asistente del EAP ninguna información que yo no quiera proporcionar. Sin embargo, la ayuda que proporciona el Asistente de EAP se basa únicamente en la información que yo proporciono, y si la información proporcionada es inexacta o incompleta, es posible que el Asistente EAP no pueda ofrecer toda la ayuda disponible para mi situación.
2. El asistente de EAP debe pedirme que proporcione solo la cantidad mínima de mi PII que sea necesaria para ayudarme.
3. El Asistente de EAP no puede solicitar ni requerir un número de seguro social, información sobre ciudadanía, nacionalidad o estatus migratorio para ninguna persona que no esté buscando cobertura para sí misma en una solicitud.
4. El asistente de EAP debe asegurarse de que mi PII se mantenga privada y segura al crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar y/o usar mi PII. El asistente de EAP debe seguir los estándares de privacidad y seguridad de la información que se aplican a ellos.
5. Si doy mi información de contacto al firmar este formulario, mi consentimiento general incluye permiso para que el Asistente de EAP haga un seguimiento conmigo sobre cómo solicitar o inscribirme en la cobertura después de mi primera reunión con ellos.
6. Una vez que haya proporcionado mi autorización verbal o firmado este formulario de autorización, puedo esperar que el asistente de EAP me ayude sin pedirme que firme otro formulario de autorización.
7. A petición mía, el Asistente del EAP puede proporcionarme una copia electrónica de mi Formulario de Autorización una vez completado.

**Reconocimiento y autorización del consentimiento verbal**

Al reconocer verbalmente, "Acepto", usted está dando su consentimiento verbal a su comprensión de los términos de este formulario de Reconocimiento y Autorización de Consentimiento. Su consentimiento oral o el de su representante autorizado es el equivalente legal de su firma manual / manuscrita en este formulario de autorización de consentimiento. Al reconocer verbalmente "Acepto", usted o su representante autorizado aceptan los términos y condiciones legalmente vinculantes de este formulario.

Usted, o su representante autorizado, acepta además que su consentimiento verbal o el de su representante autorizado a esta autorización (en adelante, su "Consentimiento Oral") es tan válido como si usted, o su representante autorizado, firmara el documento por escrito. Usted, o su representante autorizado, también acepta que no es necesaria ninguna autoridad de certificación u otra verificación de terceros para validar su consentimiento oral, y que la falta de dicha certificación o verificación de terceros no afectará en modo alguno a la aplicabilidad de su consentimiento oral o el de su representante autorizado ni a ningún acuerdo resultante entre usted y Cognosante, LLC.

El consumidor/representante autorizado, \_\_\_\_\_ proporcionó su consentimiento verbal y reconocimiento para este formulario de autorización de consentimiento en \_\_\_\_\_.

Consentimiento verbal obtenido por:

\_\_\_\_\_  
Asistente EAP

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
ID de asistente EAP