

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

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

#### **Contratista EAP: Cognosante, LLC**

#### **Aviso de Privacidad**

##### **¿Qué información necesitamos obtener de usted?**

Recopilamos información personal relacionada con su solicitud o inscripción para la cobertura de seguro de salud. La información específica que se necesita para recopilar no solamente se limita a su nombre, fecha de nacimiento, dirección postal, dirección de correo electrónico, número de teléfono, idioma preferido, el estado de origen de la aplicación, y la información necesaria para completar su perfil de cuenta en Cuidado de Salud.gov (Healthcare.gov) y su aplicación. También registramos detalles sobre el evento o lugar dónde hablamos con ustedes y le preguntamos cómo se enteró del evento, Programa de Asistencia de Inscripción, o de los seguros de salud disponibles a través del Mercado de Salud (Marketplace).

##### **¿Por qué recopilamos ésta información?**

Nosotros recopilamos ésta información personal de usted, o de su representante autorizado, para proporcionar asistencia de inscripción para usted y cualquier miembro de la familia que solicite cobertura básica. Su información nos permite mantenernos en contacto con usted mientras que les proporcionamos esa ayuda, y nos permite que nosotros podamos ayudarlo, para que usted comprenda las alternativas de seguro de salud disponibles para usted. Recopilamos información relacionada con eventos específicos para ayudarnos a comprender mejor, cuáles de nuestras actividades de programas son eficaces para ayudar a las personas en la comunidad.

##### **¿De qué manera vamos a utilizar la información que obtenemos de usted?**

Su información será utilizada por el personal de EAP para ayudarle a inscribirse en un Plan de Salud Calificado (Qualified Health Plan/QHP) ofrecido a través del Mercado de Salud o de otros programas de salud como Medicaid. Nuestro personal sólo utilizará su información para facilitar su inscripción en un Plan de Salud Calificado u otro programa accesible, como el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), Medicaid, programas para ayudar a compensar el costo de la inscripción en un Plan de Salud Calificado, y para llevar a cabo sus deberes como Asistentes.

##### **¿En qué circunstancias será revelada la información que recopilamos sobre usted?**

Puede ser que su información sea compartida entre el personal de Programa de Asistencia de Inscripción (Enrollment Assistance Program/EAP), incluyendo el personal del gobierno y el personal del contratista, para ofrecerle a usted información y asistencia en relación con la inscripción en la cobertura de seguro de salud. Con su consentimiento, su información puede ser compartida con el personal que trabaja en los programas relacionados, como los agentes del centro de llamadas de apoyo de Cuidado de Salud.gov (Healthcare.gov). Usted puede solicitar un registro de las divulgaciones de su información hecha por nuestro programa poniéndose en contacto con el Administrador de Programas, refiriéndose a la dirección que aparece al final de este documento.

##### **¿Cuándo y cómo se obtiene su consentimiento para recopilar, usar o revelar su información?**

Nosotros le pediremos su consentimiento para recopilar, usar o revelar su información con anticipación y antes de que nos la proporcione y antes de usar su información para llevar a cabo las actividades de Asistencia de Inscripción. También les proporcionaremos un aviso de privacidad por escrito (este documento) antes de recopilar cualquier información, aparte de la información de contacto (nombre, dirección física, dirección de correo electrónico o número de teléfono) de usted. Su información de contacto será utilizada únicamente para hacer contacto con usted, para realizar una tarea de asistencia de inscripción o para enviarle información relacionada con la asistencia de inscripción.

##### **¿Cómo vamos a proteger su información?**

Toda la información que obtenemos de los consumidores individuales se almacena en los sistemas informáticos que proporcionan varios tipos de protección, para mantener su información segura y para proteger su privacidad. La información que recopilamos será ingresada y se almacena en un sistema informático central que se ejecuta en un centro de datos aprobado por el gobierno. Sólo personas autorizadas pueden almacenar, recuperar, o utilizar su información. Cada computadora que se utiliza para recopilar su información, almacena su información de forma encriptada, para que su información no pueda ser accedido o ser utilizado por cualquier persona en caso, que los equipos se pierdan o sean robados.

### **¿Está usted obligado a proporcionar la información que le pedimos?**

Proporcionar información a nosotros es totalmente voluntaria; usted no está obligado a facilitar ninguna información y su elección para proporcionar o no proporcionar información no afectará su elegibilidad para la cobertura de seguro de salud. Nuestro personal no niega información o asiste a cualquier persona que decida no dar su consentimiento para la recopilación, uso o divulgación de su información.

### **¿Qué sucede si usted elige a no proporcionar su información?**

Si desea comprobar su elegibilidad para la cobertura de seguro de salud, para solicitar la cobertura, o para inscribirse en la cobertura disponible para usted, el Mercado de Seguros de Salud y los seguros que ofrecen su cobertura necesitarán información de usted. Si usted elige a no proporcionar información a los Asistentes en persona, podemos estar limitados en nuestra capacidad de ayudarlo a completar algunas tareas, como la solicitud de cobertura.

### **¿Qué derechos de privacidad tiene usted para proteger su información?**

La privacidad de su información personal está protegida por las leyes estatales y federales. Sus derechos de privacidad son:

- Saber cómo y con qué propósito la información sobre usted será recolectada y utilizada.
- Comprender sus responsabilidades y nuestras responsabilidades con respecto a su información.
- Asegurar que usted comprende como recopilamos su información y la forma que utilizamos su información en una forma exacta, pertinente, oportuna y completa.
- Saber que recopilamos sólo la información mínima que necesitamos para proveerle ayuda para usted.
- Tener la oportunidad de dar su consentimiento (o negarse a dar su consentimiento) a la recopilación, uso y divulgación de su información.
- Tener el derecho de revocar cualquier parte del consentimiento en cualquier momento.
- Mantener la información asegurada contra la pérdida, destrucción, modificación o uso no autorizado o divulgación.
- Recibir notificación con respecto a la recopilación, uso, almacenamiento y divulgación de su información.
- Limitar el uso de su información con el propósito específico para el que sera recopilado.

### **¿Cómo se puede presentar una queja ante el gobierno o a nuestro programa?**

Usted puede presentar una queja con respecto a la colección del Programa de Asistencia de Inscripción, uso o manejo de su información poniéndose en contacto con los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) Oficina de Privacidad o el contratista del Programa de Asistencia de Inscripción (Enrollment Assistant Program/EAP), usando el siguiente correo y correo electrónico de la dirección postal:

#### **CMS**

CMS Privacy Officer  
Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)  
7500 Security Boulevard  
Baltimore, MD 21244  
1.800.318.2596  
privacy@cms.hhs.gov

#### **EAP Contractor (Cognosante)**

Information Security and Privacy Officer  
Cognosante, LLC  
3110 Fairview Park Drive, Suite 800  
Falls Church, VA 22042  
privacy@cognosante.com