



Jennifer Krupp, MPH, MBA, PHP, Administrator
Division of Consumer Health Services



Stacie Weeks, JD, MPH, Director
Nevada Health Authority

CONSENTIMIENTO PARA ACTUAR COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO CON EL FIN DE FACILITAR LA INSCRIPCIÓN DEL SOLICITANTE

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA CUALQUIER PERSONA QUE DESIGNE A UN REPRESENTANTE AUTORIZADO Y PARA CUALQUIER PERSONA U ORGANIZACIÓN QUE ACEPTÉ ACTUAR COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO:

- El Silver State Health Insurance Exchange (Mercado de Seguros) es responsable de operar y administrar Nevada Health Link, el mercado de seguros médicos de Nevada donde los consumidores pueden buscar y encontrar cobertura de salud médica o dental. **(NRS 695I.210)**
- Un solicitante puede designar a un representante autorizado para que actúe a su nombre para aplicar y solicitar una determinación o redeterminación de elegibilidad en Nevada Health Link.
- El representante autorizado puede actuar en nombre del solicitante en todos los asuntos relacionados con el Mercado de Seguros/Nevada Health Link. **(45 CFR 155.227(a))**

EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ACEPTA:

- Mantener, o estar legalmente obligado a mantener confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante proporcionada por el Mercado de Seguros. **(45 CFR 155.227(a)(3))**
- Ser responsable de cumplir con todas las obligaciones que conlleva la representación autorizada, en la misma medida que él o la solicitante a quien representa. **(CFR Sec 155.227(4))**
- Cumplir con las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables al Mercado de Seguros.

DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO:

Yo, el aplicante, por la presente designo y autorizo al Representante Autorizado identificado a continuación para que me asista con mi solicitud e inscripción en un Plan de Salud Calificado (QHP), un Plan Dental Calificado (QDP), un Plan Dental Independiente (SADP) y/o un plan de Medicaid de Nevada ofrecidos a través de Nevada Health Link. Al completar y firmar este formulario, permito que mi Representante Autorizado recopile la información requerida y tramite la inscripción en mi nombre, de acuerdo con la Política de Privacidad de Nevada Health Link y las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Correo electrónico: _____ Número teléfono: _____
de identificación del caso/solicitud _____
Indique el nombre y la fecha de nacimiento de otros dependientes (ej. cónyuge, hijos): _____

*Un Representante Autorizado es cualquier persona u organización elegida por el consumidor para actuar en su nombre ante Nevada Health Link y facilitar la presentación de la solicitud y la inscripción. Ejemplos de Representantes Autorizados incluyen: un miembro de la familia u otra persona de confianza como un Profesional de Inscripción Certificado. (por ejemplo, un agente de seguros con licencia o un navegador. El aviso de privacidad de Nevada Health Link puede ser encontrado en <https://www.nevadahealthlink.com/about-nevada-health-link/privacy-policy/>. Para denunciar fraudes o abusos, o para presentar una queja relacionada con la privacidad, envíe un correo electrónico a NVHLprivacy@nvha.nv.gov.



Jennifer Krupp, MPH, MBA, PHP, Administrator
Division of Consumer Health Services



Stacie Weeks, JD, MPH, Director
Nevada Health Authority

- Yo, el solicitante, por la presente designó a _____ para que actúe como un Representante Autorizado y facilite el trámite de mi solicitud, tanto en mi nombre como el de cualquier persona que este incluida en esta solicitud.
- Yo, el solicitante, entiendo que mi Representante Autorizado puede hablar sobre mi solicitud con Nevada Health Link, ver y divulgar información a Nevada Health Link, y actuar en mi nombre en asuntos relacionados con mi solicitud, incluyendo recibir información sobre la misma y firmarla en mi representación.
- Yo, el solicitante, entiendo que esta información será utilizada para determinar la elegibilidad para la inscripción en planes de salud y/o planes dentales, en Créditos Fiscales Anticipados para Primar (APTC) y/o en otros programas públicos de seguro médico, tales como Nevada Medicaid o Nevada Check-up.
- Yo, el solicitante, entiendo que las personas que están en este formulario tienen el derecho de revisar el Aviso de privacidad de Nevada Health Link antes de firmar el formulario y solicitar una copia en cualquier momento.
- Yo, el solicitante, autorizo el uso de mi número de Seguro Social por parte de mi Representante Autorizado con fines de identificación.
- Yo, el solicitante, según me leal saber y entender, avalo que la información proporcionada en este formulario es precisa y completa. Yo entiendo y acepto que cualquier omisión o declaración incorrecta realizada a sabiendas en este formulario puede invalidar la designación de mi Representante Autorizado.
- Yo, el solicitante entiendo que puedo revocar esta autorización notificando por escrito a mi Representante Autorizado de Nevada Health Link. Las acciones que mi Representante de Autorización haya realizado, no se verán afectadas si revoco la autorización.
- Yo, el solicitante entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario de autorización completado.

Con el fin de facilitar la inscripción en Nevada Health Link, y salvo que se revoque, esta autorización permite a mi Representante Autorizado facilitar la determinación de elegibilidad y la inscripción en mi nombre y en el nombre de cualquier persona que figure en esta solicitud. La autorización puede ser revocada en cualquier momento por el solicitante o por el Representante Autorizado, si este último deja de ejercer o de estar autorizado para actuar en tal capacidad. **(45 CFR 155.227(d))**

Firma del solicitante/inscrito: _____ Fecha: _____
Firma del cónyuge (si corresponde): _____ Fecha: _____
Firma del Representante Autorizado: _____ Fecha: _____
Nombre en letra de molde del Representante Autorizado, dirección, número de teléfono, y, si corresponde, número de certificación de la División de Seguros de Nevada.

Nombre del Plan: _____ Tipo de metal del plan: _____
QHP: _____ SADP: _____ Medicaid/CHIP _____

*Un Representante Autorizado es cualquier persona u organización elegida por el consumidor para actuar en su nombre ante Nevada Health Link y facilitar la presentación de la solicitud y la inscripción. Ejemplos de Representantes Autorizados incluyen: un miembro de la familia u otra persona de confianza como un Profesional de Inscripción Certificado. (por ejemplo, un agente de seguros con licencia o un navegador. El aviso de privacidad de Nevada Health Link puede ser encontrado en <https://www.nevadahealthlink.com/about-nevada-health-link/privacy-policy/>. Para denunciar fraudes o abusos, o para presentar una queja relacionada con la privacidad, envíe un correo electrónico a NVHLprivacy@nvha.nv.gov.