

## **AVISO DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

Este aviso explica cómo \_\_\_\_\_ puede recopilar, usar y compartir su información personal. **Lea este aviso con atención.**

\_\_\_\_\_ debe recopilar cierta información sobre usted, llamada Información de Identificación Personal ("IIP"), con el fin de ayudarle a completar su solicitud de seguro médico. Solo utilizamos la IIP en la medida necesaria para ayudarle con el proceso de solicitud e inscripción.

Algunos ejemplos de IIP necesaria para las solicitudes de cobertura de salud y la inscripción incluyen su nombre, dirección, código postal y condado de residencia, fecha de nacimiento, teléfono, número de seguro social, ingresos familiares, cantidad de miembros del hogar, estado civil, raza/etnia, nombre de usuario y contraseña de Healthcare.gov, nombre de usuario y contraseña de la aplicación CommonHelp y/o cualquier información necesaria que pueda ayudarle.

### **¿Por qué recibo este aviso?**

\_\_\_\_\_ tiene la obligación de enviarle este aviso en virtud de la legislación estatal y federal. Respetamos su información personal y queremos que comprenda plenamente cómo podemos usar y compartir su información. Su decisión de proporcionar información personal es voluntaria. Debemos obtener su autorización por escrito antes de recopilar, crear, divulgar, acceder, mantener, almacenar o utilizar su IIP. Ni usted ni su representante legal o autorizado están obligados a proporcionar más información de la que decida proporcionar. Puede revocar, limitar o cambiar los consentimientos que proporcione a través de este aviso en cualquier momento.

### **¿Cómo usarán mi información?**

\_\_\_\_\_ utilizará solo la información que necesitemos para ayudarle a obtener seguro médico a través del Intercambio de Beneficios de Salud de Virginia, el Programa de Medicaid de Virginia y el programa FAMIS. \_\_\_\_\_ está legalmente autorizado a lo siguiente: proporcionarle información sobre toda la gama de opciones disponibles para usted con respecto a planes de salud calificados, planes dentales calificados, el Programa Estatal de Medicaid y FAMIS; colaborar con su solicitud de cobertura; y ayudarlo a facilitar su inscripción.

### **¿Mi información será compartida con alguien?**

\_\_\_\_\_ solo puede compartir su información personal como se describe en este aviso. Podemos compartir su información con ciertos organismos estatales o federales, el emisor de seguro médico que seleccione o los subcontratistas que nos ayudan a proporcionarle servicios. No compartimos su información personal con nadie más sin su consentimiento.

### **¿Mantendrán a salvo mi información?**

Sí. \_\_\_\_\_ está obligado por la ley a mantener a salvo su información. El Intercambio de Beneficios de Salud de Virginia ha desarrollado políticas/prácticas de privacidad y seguridad que debemos cumplir para garantizarle que protegemos su información. Para su protección, no nos envíe correos electrónicos que contengan su IIP. No podemos garantizar la seguridad de estos correos electrónicos antes de recibirlos. \_\_\_\_\_ se compromete a proteger su privacidad personal. Nuestra principal prioridad es mantener a salvo su información y usarla de manera responsable.

### **¿En virtud de qué autoridad legal se les permite recopilar mi IIP?**

Tanto las leyes estatales como federales permiten que \_\_\_\_\_ recopile IIP por los motivos antes mencionados. Los reglamentos estatales incluyen 14VAC7-10-10 y sptes. del Código Administrativo de Virginia. Las leyes y reglamentos federales incluyen la sección 1411(g) de la Ley de Protección al Paciente y Atención de Salud Asequible (42 U.S.C. §18081(g) y 45 C.F.R. §155.260).

**¿Cómo me informarán sobre los cambios a este Aviso de Privacidad?**

El Intercambio de Beneficios de Salud de Virginia puede cambiar esta Política de Privacidad periódicamente. Las versiones revisadas se publicarán en <https://www.scc.virginia.gov/pages/Details-for-Consumers> y mostrarán una fecha actualizada de entrada en vigor.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con:

Nombre del CDO: \_\_\_\_\_

Nombre del CAC individual o nombre del voluntario o miembro del personal: \_\_\_\_\_

Dirección del CDO: \_\_\_\_\_

Número de teléfono y dirección de correo electrónico del CDO: \_\_\_\_\_

Si cree que su Información de Identificación Personal estuvo o pudo haber estado comprometida de alguna manera y desea presentar una queja ante el Intercambio de Beneficios de Salud de Virginia, visite esta dirección: [https://www.scc.virginia.gov/pages/File-an-Insurance-Complaint-\(1\)](https://www.scc.virginia.gov/pages/File-an-Insurance-Complaint-(1)).

**Aval del Solicitante:**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_, incluido \_\_\_\_\_, a crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar y/o utilizar mi información personal con el fin de llevar a cabo las funciones y responsabilidades que están autorizadas por las leyes y reglamentos estatales y federales, a menos que haya limitado ese consentimiento según lo establecido en este documento.

<p>_____</p> <p>Firma del Consumidor/Representante Legal o Autorizado del Consumidor <i>Marque con un círculo una de las siguientes opciones si es el consumidor o su representante.</i></p> <p>_____</p> <p>Fecha</p> <p>_____</p> <p>Nombre en Imprenta del Consumidor</p> <p>_____</p> <p>Nombre en Imprenta del Representante Legal o Autorizado del Consumidor</p> <p>(si corresponde) Formas en que acepto que se me contacte (opcional):</p> <p><input type="checkbox"/> Por correo postal o personalmente en _____</p> <p><input type="checkbox"/> Por correo electrónico en _____</p> <p><input type="checkbox"/> Por teléfono al (____) _____ - _____ Este es un teléfono móvil: S      N</p> <p><input type="checkbox"/> Por mensaje de texto al (____) _____ - _____</p> <p>Página 2</p>
--