

AVISO DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

En este aviso se explica cómo _____ puede recopilar, usar y compartir su información personal. **Lea este aviso con atención.**

_____ debe recopilar determinada información sobre usted, denominada Información personal identificable ("PII"), para poder ayudarlo a completar su solicitud de un seguro de salud. Solo usamos la PII en la medida necesaria para ayudarlo con el proceso de solicitud e inscripción.

Algunos ejemplos de la PII requerida para la solicitud e inscripción en una cobertura médica incluyen su nombre, domicilio, código postal y condado de residencia, fecha de nacimiento, teléfono, número de Seguro Social, ingreso familiar, 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 para ayudarlo.

¿Por qué recibí este aviso?

_____ tiene la obligación de enviarle este aviso conforme a la ley estatal y federal aplicable. Respetamos su información personal y queremos que entienda completamente cómo podemos usarla y compartirla. Su decisión de proporcionar la información personal es voluntaria. Tenemos la obligación de obtener una autorización por escrito antes de recopilar, crear, divulgar, acceder, mantener, guardar o usar su PII. Ni usted ni su representante legal o autorizado están obligados a proporcionar más información que la que elijan brindar. Puede revocar, limitar o cambiar los consentimientos que dé a través de este aviso en cualquier momento.

¿De qué manera usarán mi información?

_____ usará solo la información que necesite para ayudarlo a obtener el seguro de salud a través de Virginia Health Benefit Exchange, el programa de Virginia Medicaid y el programa de Acceso Familiar a la Garantía de Seguro de Salud (FAMIS). [Nombre de CDO] está autorizado por ley a proporcionar su información sobre la gama completa de opciones disponibles para usted con respecto a planes de salud calificados, planes dentales calificados, el programa estatal de Medicaid y FAMIS, a ayudarlo a solicitar cobertura y a ayudarlo a facilitar su inscripción.

¿Mi información se compartirá con otras personas?

_____ solo puede compartir su información personal según lo descrito en este aviso. Podemos compartir su información con determinados organismos federales y estatales, el emisor del seguro de salud que elija o los subcontratistas que nos ayudan a brindarle servicios. No compartiremos su información personal con ninguna otra persona sin su consentimiento.

¿Protegerán mi información?

Sí, _____ está obligado por ley a proteger su información. Virginia Health Benefit Exchange ha desarrollado políticas/prácticas de privacidad y seguridad que debemos seguir para garantizar la protección de su información. Para su protección, no nos envíe correos electrónicos que contengan su PII. No podemos garantizar la seguridad de estos correos antes de que nos lleguen. _____ se compromete a proteger su privacidad personal.

Mantener protegida la información y usarla con responsabilidad es una prioridad principal.

¿Amparados en qué autoridad legal tienen permitido recopilar mi PII?

Tanto las leyes federales como las estatales permiten a _____ recopilar la PII por los motivos que se mencionan arriba. Las reglamentaciones estatales incluyen 14VAC7-10-10 y *lo siguiente* del Código Administrativo de Virginia. Las leyes y reglamentaciones 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 acerca de los cambios en este Aviso de privacidad?

Virginia Health Benefit Exchange puede cambiar esta política de privacidad de vez en cuando. Las versiones corregidas se publicarán en <https://www.scc.virginia.gov/pages/Details-for-Consumers> e indicarán una fecha de entrada en vigor actualizada.

Para cualquier pregunta o inquietud, contáctese con:

Nombre de CDO: _____

Nombre individual de CAC o nombre de voluntario/personal: _____

Dirección de CDO: _____

Número de teléfono y dirección de correo electrónico de CDO: _____

Si cree que su información personal identificable se ha vulnerado o pudo haberse vulnerado de cualquier manera y quisiera presentar una queja ante Virginia Health Benefit Exchange, ingrese aquí:

[https://www.scc.virginia.gov/pages/File-an-Insurance-Complaint-\(1\)](https://www.scc.virginia.gov/pages/File-an-Insurance-Complaint-(1)).

Aprobación del solicitante:

Yo, _____, doy mi permiso a _____, incluido _____, para crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, guardar y/o usar mi información personal a los fines de desempeñar las funciones y responsabilidades que están autorizadas por las leyes y reglamentaciones federales y estatales, a menos que haya limitado dicho consentimiento según lo establecido en este documento.

Firma del consumidor/representante legal o autorizado del consumidor
Encierre en un círculo una de estas si usted es el consumidor o el representante del consumidor.

Fecha

Nombre en letra de imprenta del consumidor

Nombre en letra de imprenta del representante legal o autorizado del consumidor (si corresponde)

Medios de contacto que autorizo (opcional):

Por correo postal o en persona en _____

Por correo electrónico en _____

Por teléfono al (____) _____ - _____ Este es un teléfono inalámbrico: Sí _____ No _____

Por mensaje de texto al (____) _____ - _____