

Formulario de designación del Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes (CAC)

Qué función cumple el Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes

Usted puede elegir un Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes (CAC) para que lo ayude a presentar solicitudes, inscribirse o renovar beneficios de salud a través de ciertos programas que proveen asistencia para cubrir los costos del seguro de salud. Tales planes incluyen a MassHealth, *Children's Medical Security Plan* (CMSP, Plan de seguridad médica para niños), ConnectorCare u otros planes de salud o dentales calificados a través del Health Connector. Usted lo puede hacer completando este formulario (**el Formulario de designación del CAC**). Un CAC puede:

- proveerle información sobre opciones de cobertura médica y programas que ofrecen ayuda financiera;
- ayudarlo a completar y presentar su solicitud, formulario de revisión de elegibilidad (requisitos que deben cumplirse) u otros formularios relacionados con la elegibilidad;
- trabajar junto a usted para comprobar la información solicitada por MassHealth o el Massachusetts Health Connector;
- ayudarlo a responder a las peticiones de MassHealth o el Massachusetts Health Connector con respecto a su solicitud u otros formularios; y
- ayudarlo a notificar sobre cambios en sus ingresos, dirección u otras circunstancias.

Un CAC debe leerle o proveerle una copia de los términos de cualquier formulario de solicitud, elegibilidad, inscripción o renovación que usted deba presentar. Un CAC no puede actuar independientemente, sin tenerlo en cuenta, ni puede tomar decisiones por usted. Los CAC no son asesores fiscales y generalmente no pueden brindar consejos sobre impuestos ni servicios legales.

Su CAC utilizará la información que usted le provea únicamente para ayudarlo a presentar solicitudes, inscribirse o renovar beneficios de salud. Un CAC tiene la obligación de mantener la confidencialidad de toda la información que haya recibido sobre usted, de acuerdo con las leyes estatales y federales que correspondan. Los CAC también tienen el deber de defender sus intereses cuando lo ayuden a completar una solicitud o cuando realicen cualquiera de las otras funciones mencionadas anteriormente. Si un CAC o la organización donde éste trabaja tiene un conflicto de intereses (por ejemplo, trabaja para un plan de seguro de salud), deberá informarle a usted sobre este conflicto de intereses antes de asistirlo. Un CAC no debería intentar influenciarlo indebidamente en su elección de planes de seguro.

¿Qué es el Programa del CAC?

El Programa del CAC es un tipo de asistencia para que las personas individuales y las familias puedan conseguir ayuda para presentar solicitudes, inscribirse o renovar beneficios de salud a través de ciertos programas que ayudan a cubrir los costos del seguro de salud. Algunos ejemplos de estos programas incluyen a MassHealth, Children's Medical Security Plan (CMSP), ConnectorCare u otros planes de salud o dentales calificados a través del Health Connector. El Programa del CAC es un requisito de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) para cada Mercado de Seguros Médicos. En Massachusetts, el Programa del CAC es un programa conjunto, administrado por el Massachusetts Health Connector y MassHealth. El Programa del CAC es totalmente gratuito y voluntario. Usted no tiene que pagar por la ayuda que reciba del CAC. Usted no tiene la obligación de tener un CAC para poder solicitar o recibir beneficios.

Cómo designar un CAC

Para nombrar un CAC, complete este Formulario de designación del CAC (usted debe completar y firmar la Parte A y el CAC debe completar y firmar la Parte B) y:

- **envíe su formulario firmado por correo postal a:**
Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780; o
- **envíe su formulario firmado por fax al:**
857-323-8300.

Cómo finalizar la designación del CAC

Si usted no desea que la persona nombrada en este formulario continúe siendo su CAC, o si desea elegir a otra persona, debe notificarnos por:

- **correo postal enviando su notificación firmada a:**
Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780; o por
- **fax enviando su notificación firmada al:**
857-323-8300.

La notificación debe estar firmada y, además, deberá incluir su nombre, dirección, fecha de nacimiento, el nombre de su CAC, y mencionar que la designación ha finalizado. Una persona que anteriormente haya sido designada como el CAC también podrá finalizar la designación, comunicándose con nosotros por alguno de los medios mencionados con anterioridad.

Designación del Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes

Parte A: Designación

(Debe ser completada por el solicitante o afiliado; por favor use letra de imprenta, excepto la firma)

Solicitante o afiliado:

Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____ Apellido(s): _____

Fecha de nacimiento: _____

ID del afiliado de MassHealth o ID del suscriptor del Health Connector (si corresponde*): _____

** **Por favor, observe:** Si usted no tiene un número de identificación (ID) de afiliado de MassHealth o de suscriptor del Health Connector, por favor use su número de seguro social, si lo tiene. Si usted no tiene un número de seguro social, por favor brinde uno de los siguientes, si lo tiene:*

ID de referencia (Núm. de ID de elegibilidad tomado de la solicitud en línea del afiliado): _____

Correo electrónico (si usted ya solicitó en línea, por teléfono o en persona y dio un correo electrónico): _____

Declaro que he elegido a la siguiente persona para que sea mi Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes (CAC), que comprendo las responsabilidades y obligaciones que tendrá esta persona (según lo explicado previamente en este formulario), y que al firmar este **Formulario de Designación del Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes** yo autorizo a esta persona para que en mi nombre realice las funciones descritas en el primer párrafo de este formulario.

Por la presente autorizo a la persona nombrada a continuación a recibir información confidencial sobre mí con relación a mi solicitud, inscripción o renovación de beneficios de salud.

Certifico además bajo pena de perjurio, que la información provista por mí a la persona nombrada a continuación relacionada con la solicitud, elegibilidad e inscripción, es verdadera y está completa a mi leal saber y entender. Comprendo que la información sobre mí, provista a la persona nombrada, será utilizada para presentar solicitudes, inscribirme o renovar mis beneficios de salud. También comprendo que dicha información puede ser compartida y/o utilizada por otras organizaciones, incluidos el Health Connector y MassHealth, para decidir si reúno los requisitos para recibir los beneficios de salud. Quienes reciban esta información, incluida la persona nombrada a continuación, el Health Connector y MassHealth, mantendrán la confidencialidad de esta información, de acuerdo con las leyes que correspondan. Entiendo que el CAC no es un asesor fiscal y que generalmente no puede brindar consejos sobre impuestos ni servicios legales.

Esta designación finalizará cuando yo la cancele (según fue explicado anteriormente en este formulario). Cuando yo cancele la presente designación, MassHealth y el Health Connector no podrán recobrar ninguna información respecto a mi solicitud, inscripción o renovación de beneficios de salud que hayan compartido con la persona nombrada a continuación antes de la fecha de dicha cancelación de la designación.

Nombre del CAC: _____

Número de certificado del CAC: _____ Número de teléfono del CAC: _____

Correo electrónico del CAC: _____

Número de ID de la Organización del CAC: _____

Nombre de la Organización del CAC: _____

Dirección postal del CAC: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma del solicitante o afiliado: _____

Fecha: _____

Parte B: Aceptación

(Debe ser completada por el Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes; por favor use letra de imprenta, excepto la firma)

Certifico que en todo momento:

- transcribiré con exactitud la información provista por el solicitante o afiliado nombrado anteriormente, durante los procesos de solicitud, elegibilidad, inscripción y renovación de beneficios, y
- cumpliré con las responsabilidades comprendidas dentro del alcance de mi autorización (según lo descrito en el primer párrafo de este formulario) a menos que mi designación como Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes de esta persona sea revocada prematuramente.

No presentaré ninguna solicitud, formularios o pruebas de información en nombre de dicho solicitante o afiliado, ni informaré sobre cambios en sus circunstancias, a menos que sea autorizado por el mencionado solicitante o afiliado.

Comprendo que mis obligaciones y responsabilidades como Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes de esta persona incluyen, entre otras, comunicar cualquier conflicto de intereses, defender los intereses del solicitante o afiliado y mantener la confidencialidad de la información que reciba sobre el solicitante o afiliado (según lo explicado anteriormente en este formulario).

Nombre del Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes: _____

Firma del Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes: _____

Fecha: _____