Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, Sr./Sra. , solicito ayuda para enrolarme en un seguro de salud por medio del mercado de seguros médicos. He brindado información necesaria para ser elegible al crédito fiscal que otorga el mercado de seguros médicos y asi obtener beneficios de una prima reducida. Certifico que he recibido y entendido la asesoría brindada por:

Agentes y/o Entidades: NPN:

Por este medio doy mi permiso a los agentes y entidades especificadas anteriormente para actuar como agente o corredor de seguros de salud para mí y para toda mi familia, si corresponde. Al dar mi consentimiento a este acuerdo, autorizo a ver y utilizar la información confidencial proporcionada por mí por escrito, electrónicamente o por teléfono solo para los fines de uno o más de los siguientes:

1. Búsqueda y/o creación de una aplicación en el Mercado de Seguros;
2. Completar una solicitud de elegibilidad e inscripción en un Plan de Salud Calificado del Mercado u otros programas gubernamentales de asequibilidad de seguros, como Medicaid y CHIP o créditos fiscales anticipados para ayudar a pagar las primas del Mercado;
3. Brindar mantenimiento continuo de la cuenta y asistencia para la inscripción, según sea necesario; o
4. Responder a consultas del Mercado con respecto a mi solicitud del Mercado.

Entiendo que mi consentimiento permanece vigente hasta que lo revoque, y puedo revocar o modificar mi consentimiento en cualquier momento poniéndome en contacto con los agentes y entidades autorizados para recibir un reconocimiento de que el consentimiento ha sido rescindido.

Así mismo, comprendo que en caso de surgir cambios en los datos suministrados a continuación y/u otros deberé informarlo inmediatamente para actualizar mi aplicación.

Estatus marital:

Ingreso proyectado anual familiar:

Cantidad de personas en su declaración de impuestos 2023:

Personas con cobertura médica:

Confirmo NO tengo otro seguro médico, así como también que no tengo oferta en mi trabajo de cobertura médica y/o fue rechazado de acuerdo a los parámetros establecidos en el departamento de salud.

Firmo este consentimiento bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si intencionalmente proporciono información falsa.

Nombre y ApellidoFirmaFecha de la Firma

Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I, Mr. /Ms. , am requesting help enrolling in health insurance through the Health Insurance Marketplace. I have provided information necessary to be eligible for the tax credit granted by the Health Insurance Market and thus obtain benefits of a reduced premium. I certify that I have received and understand the advice provided by:

Agents and/or Entities:

NPN:

I hereby give my permission to the agents and entities specified above to act as health insurance agent or broker for me and my entire household, if applicable. By consenting to this agreement, I authorize you to view and use the confidential information provided by me in writing, electronically, or by telephone only for the purposes of one or more of the following:

1. Search and/or creation of an application in the Insurance Market;
2. Complete an application for eligibility and enrollment in a Marketplace Qualified Health Plan or other government insurance affordability programs, such as Medicaid and CHIP or advance tax credits to help pay Marketplace premiums;
3. Provide ongoing account maintenance and enrollment assistance, as needed; either
4. Respond to Marketplace inquiries regarding my Marketplace application.

I understand that my consent remains in effect until I revoke it, and I may revoke or modify my consent at any time by contacting the authorized agents and entities to receive acknowledgment that consent has been rescinded.

Likewise, I understand that in case of changes in the data provided below and/or others; I must inform them immediately to update my application.

Marital status:

Projected Annual Family Income:

Number of people on your 2023 tax return:

People with medical coverage:

I confirm that I have NO other medical insurance, as well as that I have no offer in my job of medical coverage and/or it was rejected according to the parameters established in the health department.

I am signing this consent under penalty of perjury, which means that I have provided true answers to all questions to the best of my knowledge. I know that I may be subject to penalties under federal law if I intentionally provide false information.

Full Name Siganture Date of Signature