



# Apéndice B

## Autorización y formulario de consentimiento para agentes y kynectors

### Los navegadores y consejeros certificados para realizar solicitudes (también llamados kynectors):

- Son personas que han sido capacitadas y certificadas por kynect health coverage;
- Están preparadas para ayudarlo a presentar una solicitud e inscribirse en un plan de salud con ayuda con las primas y descuentos extra o Medicaid/Programa de Seguro Médico para los Niños (KCHIP); y
- Deben proporcionar información justa, imparcial y precisa

### Agentes:

- Son profesionales con capacitación en seguros que pueden ayudarlo a inscribirse en un plan de seguro de salud.
- Deben contar con una licencia otorgada por el estado y estar registrados en kynect health coverage para vender planes de salud.

Al firmar debajo, doy permiso para que el kynector o agente de seguros y el personal que se indica más adelante me ayuden con mi solicitud de kynect health coverage.

### Por favor complete, firme y escriba la fecha en el formulario:

Número de caso, si lo sabe: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: M / F

N.º Seguro Social: \_\_\_\_\_ Nombre del cliente en letra de molde: \_\_\_\_\_

Nombre del representante autorizado en letra de molde (si corresponde): \_\_\_\_\_

### Estas son las formas en que acepto ser contactado:

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  Teléfono N.º 2: \_\_\_\_\_ ¿Mensajes de texto? Sí / No

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del cliente o representante autorizado*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

### Información del kynector o agente

Organización: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de identificación del agente (solo para uso del agente): \_\_\_\_\_

# Divulgación del kynector:

Términos que se deben conocer:

A la información personal identificable se le llama "PII". Incluye nombre, fecha de nacimiento, número de teléfono, número de Seguro Social, dirección de correo electrónico, dirección del hogar, estatus de inmigración, ingreso e información del hogar.

Entre los planes de salud que me ofrecen se incluyen Planes de Salud Calificados (QHP), Medicaid y el Programa de Seguro Médico para los Niños de Kentucky (KCHIP).

Entre los roles y responsabilidades del kynector se **incluyen**:

1. Mantener el conocimiento y la experiencia sobre la elegibilidad y el proceso de inscripción.
2. Informarme sobre la gama completa de opciones de cobertura de salud disponibles para mí y proporcionarme información justa, precisa e imparcial.
3. Proporcionar servicios que respondan a mis necesidades culturales y de idioma.
4. Realizar adaptaciones en caso de que las necesite, si tengo discapacidades.
5. Ayudarme a seleccionar una cobertura de salud.
6. Ayudarme con las quejas e inquietudes sobre mi cobertura de salud o elegibilidad y proporcionarme referencias en caso de ser necesario.
7. Completar todas las capacitaciones requeridas por los Centros para Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) y kynect health coverage.
8. Informarme sobre conflictos de interés.
9. Mantener mi información personal identificable de forma privada y segura.
10. Cumplir con todos los requisitos estatales y locales al brindarme los servicios.
11. Actuar a favor de mis intereses.

Los kynectors **no**:

1. Me discriminarán en base a mi raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género ni orientación sexual.
2. Serán parte de la industria comercial de seguros ni recibirán pagos de ningún emisor de seguros de salud ni de seguros por pérdidas excesivas en relación con el Mercado Central de Seguros de Salud.
3. Me ofrecerán artículos de promoción u obsequios por un valor mayor a \$15, no me contactarán puerta a puerta a menos que yo lo autorice, ni me contactarán mediante programas automatizados, por ejemplo llamadas automáticas.
4. Me cobrarán ninguna tarifa.
5. Elegirán un Plan de Salud Calificado (QHP) por mí.

Los agentes:

1. Pueden trabajar para una única compañía de seguro de salud o representar a varias compañías. No pagaré ningún adicional si me inscribo con un agente.
2. Deben proteger mi información personal identificable.
3. No pueden cobrarme una tarifa por realizar una solicitud en kynect health coverage. Los agentes con frecuencia reciben pagos ("comisiones") de las compañías de seguros por vender planes. Algunos de ellos no venden planes de compañías que no representan.

Al firmar el formulario de consentimiento del Apéndice B doy permiso para que el kynector o agente y otras personas que forman parte de su organización accedan y utilicen mi información personal identificable para proporcionarme servicios. Esta persona probablemente me contactará para hacer un seguimiento de mi solicitud. El kynector o agente puede necesitar crear, recoger, divulgar, acceder, mantener, guardar y/o usar parte de mi información personal identificable para proporcionar esta asistencia. Puedo revocar en cualquier momento los permisos que he otorgado.

Si tengo preguntas sobre esta información, kynectors o agentes, puedo visitar [KHBE.ky.gov](http://KHBE.ky.gov) o enviar un correo electrónico a [KHBE.Questions@ky.gov](mailto:KHBE.Questions@ky.gov).