

Solicitud para asistencia financiera - Consentimiento de privacidad

Entiendo que el Mercado de Salud del Estado de Nueva York (el Mercado) conservará la privacidad de mi información, según lo exige la ley. Mis respuestas en este formulario solo se usarán para decidir si estoy calificado para la cobertura médica o para recibir ayuda para pagar la cobertura.

Entiendo que el Mercado no hará pregunta alguna sobre mis antecedentes médicos.

Entiendo que si estoy calificado para recibir los beneficios de Medicaid, se me ofrecerá un plan de salud centrado en mis necesidades médicas, y si selecciono este plan, el Titular de la Cuenta podrá ver la selección del plan.

A los integrantes del grupo familiar que no quieran la cobertura no se les harán preguntas sobre ciudadanía o situación migratoria.

IMPORTANTE: Como parte del proceso de solicitud, puede que necesitemos obtener su información confidencial de fuentes de datos, incluidos el Internal Revenue Service (IRS), Social Security, el Department of Homeland Security, el New York State Department of Labor, la información de inscripción en el New York State Health Insurance Plan que se encuentra en el Department of Civil Service, el Department of Corrections and Community Supervision y otras bases de datos estatales que el Department of Health determine necesarias para la verificación de la elegibilidad o de una agencia de informes crediticias. También podríamos obtener cierta información de empleo provista al New York State Department of Taxation and Finance por empleadores con respecto a los datos de nuevos empleados e informes de salarios. Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para la cobertura, para ayudar a pagar la cobertura si lo desea y para brindarle el mejor servicio posible. También podemos verificar su información en el futuro para asegurarnos de que su información esté actualizada.

- Autorizo al New York State Department of Labor (DOL) a que divulgue al Mercado cualquier información confidencial que tenga el DOL para fines de Unemployment Insurance necesarios para que el Mercado establezca o verifique la elegibilidad para los programas de accesibilidad económica de seguro. Comprendo que esta información incluye las solicitudes de prestaciones de seguro para desempleados.
- Comprendo que el Mercado utilizará fuentes de datos, incluidos un servicio de informes de créditos del consumidor o el New York State Department of Motor Vehicles, para verificar mi identidad.
- Comprendo que si cualquier parte de la información que brindo no coincide, el Mercado puede solicitar que envíe comprobantes.
- Acepto que mi información se utilice y obtenga a partir de las fuentes de datos detalladas anteriormente para esta solicitud. Tengo el consentimiento de todas las personas detalladas en esta solicitud para que se obtenga y utilice su información a partir de las fuentes de datos, y comprendo que la única información que obtendrá y utilizará el New York State Department of Taxation and Finance es la información de

empleo provista por empleadores con respecto a los datos de nuevos empleados e informes de salarios.