

## Consentimiento de privacidad para New York State of Health

**IMPORTANTE:** Como parte del proceso de solicitud, puede que necesitemos obtener su información confidencial de fuentes de datos, incluidos el Social Security, el Department of Homeland Security, el Department of Corrections and Community Supervision y otras bases de datos estatales que el Departamento de Salud determine necesarias para la verificación de la elegibilidad. Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para la cobertura y para brindarle el mejor servicio posible. También podemos verificar su información en el futuro para asegurarnos de que su información esté actualizada.

- 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.