



Anexo individual de Connect for Health Colorado

Instrucciones: Si envía esta solicitud a través de Connect for Health Colorado, también complete y envíe este anexo. Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de estas hojas y adjúntelas.

Declaración de privacidad

Connect for Health Colorado (el mercado) y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica mantendrán la privacidad de su información, como lo exige la ley. Sin embargo, si elige solicitar asistencia financiera, el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica puede utilizar o compartir la información si usted o los integrantes de su familia solicitan o ya reciben asistencia médica con otro(s) programa(s). La información solo puede utilizarse con fines de tratamiento, pago, determinación de la elegibilidad y otras operaciones relativas al programa y administrativas, u otros fines permitidos por la ley. Las respuestas que proporcione en este formulario solo se utilizarán para determinar la elegibilidad para el seguro de salud o ayudar a pagar el seguro de salud. La información demográfica sobre la raza y el origen étnico no se proporcionará a las compañías de seguros. Si usted es un indígena norteamericano o nativo de Alaska, la información se compartirá con las compañías de seguros, ya que esto puede tener un efecto positivo en sus beneficios. Verificaremos sus respuestas con la información disponible en nuestras bases de datos electrónicas y en las bases electrónicas de agencias asociadas. Si la información no coincide, podríamos solicitarle comprobación.

Las compañías de seguros de salud ya no pueden negar la cobertura basándose en de su estado de salud. Si está buscando asistencia financiera, podríamos hacerle preguntas sobre sus antecedentes médicos para determinar para qué programas de asistencia es elegible. Esta información no se utiliza para determinar las tarifas de su seguro. A los integrantes de la familia que no desean seguro no se les harán preguntas sobre la ciudadanía o el estatus migratorio.

Importante: Connect for Health Colorado y el Departamento de de Políticas y Financiamiento de Atención Médica están autorizados para reunir información sobre la solicitud, incluidos números de seguro social, y confirmarán la información que pueda afectar la elegibilidad inicial o en curso para todas las personas enumeradas en su solicitud. Usted permite que Connect for Health Colorado y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica utilicen números de seguro social y otra información de su solicitud para pedir y recibir información o registros con el fin de confirmar la información proporcionada en su solicitud. Usted exime a Connect for Health Colorado y al Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de toda responsabilidad por compartir esta información con otras agencias con este fin. Por ejemplo, Connect for Health Colorado y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica pueden pedir información sobre usted a cualquiera de las siguientes agencias y también compartirla con ellas: Administración del Seguro Social; Servicio de Rentas Internas; Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos; Departamento de Seguridad Nacional; Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; Departamento de Trabajo y Empleo de Colorado; instituciones financieras (bancos, ahorros y préstamos, uniones de crédito, compañías de seguros, etc.); agencias de cumplimiento de la manutención infantil; empleadores; tribunales; y otras agencias federales o estatales. Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para el seguro de salud o ayudarlo a pagar el seguro de salud, y para brindarle el mejor servicio posible si elige presentar su solicitud.



Anexo individual de Connect for Health Colorado (continuación)

☐ **Al marcar esta casilla**, acepto que mi información se utilice y se reúna de fuentes de información para esta solicitud. Tengo el consentimiento de todas las personas que enumero en la solicitud para que se reúna su información de fuentes de información para esta solicitud.

Exención de responsabilidad compartida individual

1. ¿Tiene una exención de responsabilidad compartida individual*? ☐ **Sí** ☐ **No**
Si la respuesta es sí, número de certificado de exención: _____

Indígena norteamericano o nativo de Alaska

2. ¿Es usted o alguien de su familia miembro de una tribu reconocida por la federación?
☐ **Sí** ☐ **No** Si la respuesta es **Sí**, complete la siguiente información para cada integrante de la familia (según se aplique):

Nombre, segundo nombre, apellido y título	Nombre de la tribu y Estado
Nombre, segundo nombre, apellido y título	Nombre de la tribu y Estado
Nombre, segundo nombre, apellido y título	Nombre de la tribu y Estado
Nombre, segundo nombre, apellido y título	Nombre de la tribu y Estado

Sin número de seguro social

3. ¿Qué solicitantes no poseen número de seguro social?

Nombre, segundo nombre, apellido y título
¿Por qué? ☐ NSS en proceso ☐ Enfermedad ☐ Religión ☐ Recién nacido(a) ☐ No ciudadano legalmente presente
Nombre, segundo nombre, apellido y título
¿Por qué? ☐ NSS en proceso ☐ Enfermedad ☐ Religión ☐ Recién nacido(a) ☐ No ciudadano legalmente presente
Nombre, segundo nombre, apellido y título
¿Por qué? ☐ NSS en proceso ☐ Enfermedad ☐ Religión ☐ Recién nacido(a) ☐ No ciudadano legalmente presente
Nombre, segundo nombre, apellido y título
¿Por qué? ☐ NSS en proceso ☐ Enfermedad ☐ Religión ☐ Recién nacido(a) ☐ No ciudadano legalmente presente
Nombre, segundo nombre, apellido y título

Anexo individual de Connect for Health Colorado (continuación)

Cónyuge en un domicilio distinto

4. ¿El cónyuge nombrado dentro de la solicitud principal vive físicamente con usted en el mismo domicilio físico?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es no, complete la siguiente información:

5. Nombre legal del cónyuge (nombre, segundo nombre, apellido y título)

6. Domicilio

7. Departamento o número de suite

8. Ciudad

9. Estado

10. Código postal

Asistencia para completar esta solicitud y anexo

Puede elegir un representante autorizado.

A esta persona de confianza se le dará permiso para hablar sobre esta solicitud y anexo con Connect for Health Colorado, consultar su información y actuar en su nombre en temas relacionados con esta solicitud, incluso obtener información sobre su solicitud y firmar la solicitud en su nombre. Esta persona se denomina "representante autorizado" y asume responsabilidad legal por la información provista en esta solicitud. Si alguna vez necesita cambiar a su representante autorizado, comuníquese con Connect for Health Colorado.

11. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido y título)

12. Domicilio

13. Departamento o número de suite

14. Ciudad

15. Estado

16. Código postal

17. Número telefónico

() - Extensión _____

Tipo de teléfono:

☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo

18. Dirección de correo electrónico

19. Nombre de la compañía/organización (si aplica)

20. Número de identificación de la compañía/organización (si aplica)

Al firmar, usted autoriza a esta persona a firmar su solicitud, obtener información oficial sobre la misma y actuar en su nombre en todas las cuestiones futuras relacionadas con esta agencia.

21. Su firma

22. Fecha (mm/dd/aaaa)



Anexo individual de Connect for Health Colorado (continuación)

Para consejeros de solicitudes certificados, asistentes de cobertura de salud y agentes independientes únicamente.

Complete esta sección si usted es un consejero de solicitudes certificado, guía de cobertura de salud o agente y está completando esta solicitud.

23. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)

24. Seleccione uno:

☐ consejero ☐ asistente de cobertura de salud ☐ agente

25. Nombre, segundo nombre, apellido y título

26. Número de identificación (identificación del asistente o número de licencia del estado, si aplica)

☐ Yo, el/la **representante autorizado**, deseo enviar prueba de un motivo legal por el cual la PERSONA 1 no se puede representar a sí misma. (Por favor, proporcione una copia de uno los siguientes documentos con esta solicitud al enviarla: poder notarial, orden judicial que establezca una tutoría legal u otro documento legal que establezca de manera explícita que puede actuar legalmente en nombre del cliente.)

Términos y condiciones

1. Comprendo que puedo solicitar una copia de esta Solicitud. Acepto que una copia fotográfica de esta Solicitud será tan válida como la original. La firma de una copia legible será tan legítima y válida como la de la original.
2. Este documento, o la información contenida en él, se incorporará al contrato cuando se apruebe y se emita la cobertura. Comprendo que cualquier declaración falsa intencional sobre la que se base la aseguradora puede utilizarse para rechazar un reclamo. Comprendo, además, que este contrato puede quedar sin efecto si dentro de los primeros 24 meses posteriores a la fecha de la póliza o el certificado se determina que yo o un integrante de la familia declaramos intencionalmente información falsa en la solicitud.
3. Sé que tengo **30 días calendario** para informar cualquier cambio en los datos indicados en esta solicitud a Connect for Health Colorado si estoy inscrito(a) en un plan de salud calificado.
4. Conforme a la ley federal, se prohíbe la discriminación sobre la base de la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, la orientación sexual, la identidad de género o la discapacidad. Puedo presentar un reclamo por discriminación en hhs.gov/ocr/office/file.
5. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o demandante con el fin de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o demandante respecto de un acuerdo o indemnización pagadera de lo recaudado por el seguro deberá informarse a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.
6. He aceptado enviar esta solicitud para mí y/o mi familia. Al firmar esta solicitud, certifico que he revisado esta solicitud; que comprendo y acepto las declaraciones de la sección Términos y condiciones; y que bajo pena de falso testimonio, certifico que la información que he proporcionado es verdadera. Esto significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que pueden aplicarse penas si proporciono información que no es verdadera. Las penas pueden incluir prisión, multas, rechazo del seguro e indemnización por daños en un fuero civil.



Anexo individual de Connect for Health Colorado (continuación)

Términos y condiciones (continuación)

Mi derecho de apelación:

Si considero que Connect for Health Colorado ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa comunicar a alguien de Connect for Health Colorado que considero que la acción es incorrecta y solicitar una revisión imparcial de la misma. Sé que puedo averiguar cómo apelar poniéndome en contacto con el mercado al 1-855-PLANS-4-YOU o visitando nuestro sitio de Internet en ConnectforHealthCO.com. Me explicarán mi elegibilidad y otra información importante.

Firme este anexo. El titular principal de la póliza debe firmar este anexo. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre que haya proporcionado la información necesaria en la sección de Asistencia para completar esta solicitud y anexo.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

Envío de solicitud y anexo completos por correo postal

Connect for Health Colorado
Individual Applications
P.O. Box 35033
Colorado Springs, CO 80935

ConnectforHealthCO.com
1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)

Nota: Si necesita ayuda en un idioma distinto del español, comuníquese con el representante de atención al cliente e indique el idioma que necesita.

En Español: Llame gratis a nuestro centro de servicio gratis para ayuda o para obtener una copia de este formulario en español, al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)

TTY/TDD: 1-855-346-3432

- * Exención de responsabilidad compartida individual: Puede estar exento del requerimiento federal de tener cobertura de salud si se aplica alguno de los siguientes: es residente legal de los Estados Unidos con ingresos muy bajos, pero no califica para Medicaid; es parte de una religión que se opone a la aceptación de beneficios que otorga una póliza de seguro de salud; es miembro de una tribu de indígenas norteamericanos o nativos de Alaska que cumple con los requisitos para recibir servicios a través de un proveedor de salud indígena (como el Servicio de Salud Indígena [IHS], un programa de salud tribal o programas urbanos de salud para indígenas); o califica para una exención por adversidad debido a ingresos muy bajos. Si califica para una exención, puede optar por no tener seguro de salud (y no necesita completar esta solicitud) o comprar un plan de salud con deductible alto a través del mercado una vez que tenga la exención. Para averiguar cómo solicitar la exención, comuníquese con uno de los siguientes: el gobierno federal en healthcare.gov, 1-800-318-2596, o TTY al 1-855-889-4325 O puede comunicarse con Connect for Health Colorado comenzando una conversación en línea en ConnectforHealthCO.com utilizando el botón 'Obtener asistencia' o llamando al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749).

