ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM

Consentimiento Para Un Assistor

ID de la solicitud:	Nombre de CPAO:
Nombre completo del Assistor:	

El Estado de Arizona requiere su consentimiento antes de que una Organización de Asistentes de Socios Comunitarios (CPAO, por sus siglas en inglés) continúe ayudándole con su solicitud de programas de asistencia pública a través de Health-e-Arizona Plus (HEAplus). Para los fines de este documento, el término “CPAO” incluye al asistente individual, su organización y cualquiera de sus empleados, voluntarios o contratistas.

1. Otorgamiento de su consentimiento:

Al otorgar su consentimiento, usted autoriza a la Organización de Asistentes de Socios Comunitarios (CPAO) a acceder, revisar y utilizar la información privada y personal contenida en su solicitud de Health-e-Arizona Plus (HEAplus) para todas las personas incluidas en la solicitud. Esta autorización permite que la CPAO visualice una amplia gama de información necesaria para ayudarle a completar, enviar y administrar su solicitud. Dicha información puede incluir, entre otros:

- Datos obtenidos de los sistemas de verificación federales y estatales, incluidos detalles relacionados con ciudadanía o estatus migratorio, comprobantes de residencia en Arizona, información de ingresos y registros de empleo.
- Avisos oficiales, cartas y correspondencia emitidos por el Estado de Arizona relacionados con sus beneficios, el estado de su solicitud o acciones requeridas.
- Determinaciones y decisiones de elegibilidad realizadas por el Estado respecto a su solicitud de Asistencia Médica, Asistencia Nutricional o Asistencia en Efectivo.

El Estado de Arizona exige que todas las CPAO mantengan estricta confidencialidad y usen la información únicamente con el propósito de ayudarle con su solicitud. El Estado puede revocar el acceso de una CPAO a HEAplus si se violan los requisitos de confidencialidad. Sin embargo, el Estado está obligado a informarle que la información compartida con la CPAO puede no estar protegida por las normas federales de privacidad de información de salud contenidas en 45 C.F.R. Parte 164.

2. Negación de su consentimiento:

Si decide no otorgar su consentimiento, o si en cualquier momento decide revocar un consentimiento otorgado previamente, esta decisión no afectará su elegibilidad para ningún programa de asistencia pública, incluidos Asistencia Médica (AHCCCS), Asistencia Nutricional (SNAP) o Asistencia en Efectivo (TANF). Su derecho a solicitar, ser evaluado y recibir estos beneficios permanece completamente protegido, independientemente de si decide recibir ayuda de una CPAO.

Negar o revocar el consentimiento simplemente significa que la CPAO ya no podrá ver ni acceder a ninguna información de su solicitud en HEAplus. Aún podrá completar todos los pasos requeridos de

manera independiente utilizando cualquiera de los métodos de solicitud respaldados por el Estado. Estas opciones incluyen:
Puede completar su solicitud sin asistencia de las siguientes maneras:

- Solicitar en línea a través de su propia cuenta de HEAplus visitando **https://www.healthearizonaplus.gov.**
- Presentar una solicitud en papel en cualquier oficina de DES/FAA.

Duración de su consentimiento:
Su consentimiento permanecerá vigente por un año a partir de la fecha en que firme este formulario, después de lo cual expirará automáticamente sin que se requiera ninguna acción adicional de su parte. Si en cualquier momento antes de que finalice el período de un año decide que ya no desea permitir que la CPAO tenga acceso a su información, puede revocar su consentimiento comunicándose con el Centro de Atención al Cliente de HEAplus al 1-855-432-7587. Una vez revocado, la CPAO ya no tendrá acceso a la información de su solicitud.

Por favor seleccione una opción a continuación:
☐ Yo, (Nombre en letra de molde) _____, **DOY** mi consentimiento para que el Estado de Arizona divulgue la información personal de mi hogar a la CPAO mencionada anteriormente con el propósito de ayudar con mi solicitud de beneficios**.**

☐ Yo, (Nombre en letra de molde) _____, **NO DOY** mi consentimiento para que el Estado de Arizona divulgue la información personal de mi hogar a la CPAO mencionada anteriormente. Prefiero completar mi solicitud sin asistencia.

Firma del solicitante:	**Fecha de la firma:**

Autorización de consentimiento verbal: *(para asistencia telefónica o remota)*
Si la asistencia se brinda por teléfono o cuando no se puede obtener de inmediato una firma por escrito, el Asistente debe solicitar permiso verbal antes de acceder a su información en HEAplus. El consentimiento verbal autoriza al Asistente a ayudarle solo durante la interacción actual. Posteriormente, será necesario obtener el consentimiento por escrito para continuar recibiendo asistencia.

Durante la interacción, el Asistente debe preguntar:
¿Tengo su consentimiento verbal para ayudarle a solicitar beneficios estatales utilizando Health-e-Arizona Plus (HEAplus)? ☐ Si ☐ No

Declaración de certificación del Asistente:

Yo, (Nombre completo del Asistente) _____, por la presente certifico que (Nombre completo del solicitante) _____ ha otorgado su consentimiento para que el Estado de Arizona divulgue la información personal de su hogar a mí y a la CPAO identificada anteriormente, con el único propósito de ayudarle con su solicitud de beneficios públicos.

Reconozco y entiendo que todos los consentimientos —ya sean escritos o verbales— están sujetos a revisión y auditoría por parte del Estado de Arizona y/o AHCCCS, y que cualquier incumplimiento de los requisitos aplicables de confidencialidad, seguridad o del programa puede resultar en acciones correctivas, que incluyen, entre otras, la suspensión o cancelación de mi acceso al sistema HEAplus y de cualquier acuerdo de participación asociado con la CPAO.

Firma del Assistor:	**Fecha de la firma:**