



Autorización Para la Divulgación de Información Personal

Este formulario autoriza a Covered California a compartir su información personal con las entidades especificadas en esta solicitud. Para presentar esta solicitud, por favor complete todos los elementos necesarios y envíe por correo el formulario completado y todos los documentos pertinentes a la siguiente dirección:

Privacy Officer
 1601 Exposition Blvd.
 Sacramento, CA 95815

Información al Consumidor <i>(Como se indica en su cuenta de Covered California)</i>		
Apellido:	Nombre:	Inicial de Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Caso o Cuenta de Covered California:		Fecha de Nacimiento:
Número de Teléfono:	Dirección de Correo Electrónico:	

Verificación de Dirección <i>(Por favor adjunte una copia de uno de los siguientes con su nombre y dirección actual.)</i>		
Licencia de Conducir de California	Factura de Utilidad	Otra
Verificación de Identidad <i>(Por favor adjunte una copia de uno de los siguientes. Si no incluye ningún documento de identificación, su firma debe ser notariada.)</i>		
Licencia de Conducir de California	Tarjeta de Identificación del Estado de California	
Tarjeta de Identificación Federal	Notario	
Fecha de Notaría:	NO OFICIAL SI NO TIENE SELLO DEL NOTARIO PÚBLICO	
Notariado por:		
Número de Notario Público:		

Autorización para la Divulgación de Información Personal

Yo, _____, autorizo a Covered California, a compartir la siguiente información con la siguiente persona o entidad identificada:

Nombre de la persona o entidad:

Dirección:

Ciudad/Estado:

Código Postal:

Número de teléfono durante el día:

Fax/Correo Electrónico:

Propósito por la cual comparte los datos:

Designación del Representante

Yo también deseo designar a la persona identificado arriba a ejercer como mi representante personal.

Yo entiendo que al firmar esta autorización:

- Que si la casilla de arriba está marcada, la persona que ha sido designada para acceder a mi información personal ejercerá como mi representante en todos los asuntos pertinentes a mi cuenta de Covered California.
- Si yo he autorizado a la persona designada arriba a ejercer como mi representante, yo también entiendo y estoy de acuerdo con que la persona listada arriba tendrá la autoridad para tomar decisiones relacionadas a mi cuenta de Covered California que podrían potencialmente afectar mi cobertura de cuidado de salud.
- Yo autorizo el uso y la divulgación de mi información personal según se describe arriba para el propósito listado.
- Yo tengo el derecho de retirar el permiso para divulgar mi información. Si yo firmo esta autorización para usar y divulgar información, yo puedo anular la autorización en cualquier momento y Covered California cumplirá con mi solicitud dentro de un tiempo razonable. La anulación tiene que hacerse por escrito y no tendrá impacto sobre la información que ya haya sido usada o divulgada.
- Yo tengo derecho a recibir copia de esta autorización.
- Yo estoy firmando esta autorización de forma voluntaria.

Firma

Entiendo que Covered California pudiese no poder cumplir con mi solicitud pero aun así me dará una respuesta.

Declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verídica y correcta.

Firma:

Fecha:

La información solicitada en este formulario es requerida por California Health Benefit Exchange, Oficina de Privacidad, a fin de procesar su solicitud. La información que proporcione en este formulario se requiere para procesar su solicitud y será utilizada por la Oficina de Privacidad para ese propósito. No proporcionar esta información puede resultar en la denegación de su solicitud. Referencias legales que autorizan la recopilación o el mantenimiento de la información proporcionada en este formulario incluye Secciones 1798.22, 1798.25, 1798.27 y 1798.35 del Código Civil de California y la Sección 155.260 (a) del Código de Regulaciones Federales. *California Health Benefit Exchange, Privacy Office, 1601 Exposition Blvd, Sacramento, CA 95815 (800) 889-3871.*