

Consentimiento de Asistencia



Utilice este formulario para informarnos sobre su representante autorizado y/o agente o socio de la comunidad. Usted y su representante autorizado y/o agente o socio de la comunidad deben firmar este formulario para asegurar la terminación de su solicitud y la inscripción.

Información del Representante Autorizado

Usted puede elegir un representante autorizado para actuar en su nombre para solicitar e inscribirse en un seguro de salud. Esta persona será capaz de hablar con Cover Oregon y/o la Autoridad de Salud de Oregon sobre su solicitud y la cobertura de salud. **Su representante autorizado podrá reportar cambios y firmar su solicitud**, por lo que debe elegir una persona de confianza que conozca su situación.

Si desea elegir un representante autorizado, proporcione la siguiente información acerca de su representante autorizado:

Nombre del representante autorizado (*nombre y apellido*):

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Correo electrónico:

Información del Agente o Socio de la Comunidad

Un agente certificado o socio de la comunidad pueden ayudarle a llenar su solicitud e inscripción. **Ellos no pueden firmar su solicitud**. Si usted está trabajando con un agente o socio de la comunidad, por favor proporcione la siguiente información acerca de su agente o socio de la comunidad:

Nombre del agente o socio de la comunidad
(*nombre, segundo nombre, apellido, sufijo*):

Número del agente o socio de la comunidad:

Nombre de la organización:

Firmas

Solicitante

Al firmar abajo permito:

- Al representante autorizado firmar mi solicitud, obtener información oficial sobre esta solicitud y actuar para mí en todos los asuntos futuros con Cover Oregon.
- Al agente o socio de la comunidad ayudarme con mi solicitud y el proceso de inscripción.

Nombre:

Firma:

Fecha:

Agente o socio de la comunidad

Firma:

Fecha:

Representante autorizado

Entiendo que soy responsable por la devolución de un pago en exceso si deliberadamente oculto información o proporciono información incorrecta o incompleta.

Firma:

Fecha:

Este consentimiento es válido hasta que el solicitante se ponga en contacto con Cover Oregon para hacer cambios.