



COLORADO

Department of Health Care
Policy & Financing

1570 Grant Street
Denver, CO 80203

Acuse de Recibo de Consentimiento Verbal

En respuesta a la pandemia de COVID-19, los individuos y/o entidades están autorizados a ayudar a los solicitantes de Asistencia Médica, luego de recibir el consentimiento verbal correspondiente. **La autorización de consentimiento verbal expirará a más tardar al final de la Emergencia de Salud Pública debida a la pandemia de COVID-19.** Este formulario se utiliza para documentar la asignación del consentimiento verbal de un solicitante a un individuo y/o entidad. Este consentimiento verbal se limita a completar y presentar una solicitud de Asistencia Médica. Este formulario debe ser utilizado por personas y entidades como Condados, Instituciones de Asistencia Médica (MA), sitios de Presunción de Elegibilidad (PE) y sitios de Asistencia a Solicitudes Certificadas (CAAS), también conocidos como asistentes de solicitudes.

Nombre del Solicitante: _____

Dirección: _____ Apartamento Número: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Teléfono: _____

Fecha de la Autorización Verbal: _____

Este formulario debe ser presentado junto con la Solicitud de Asistencia Médica. **Este formulario es necesario para completar el proceso de solicitud en nombre del solicitante.**

- Si solicita en línea en [Colorado.gov/PEAK](https://colorado.gov/PEAK), cargue y envíe este formulario de consentimiento verbal junto con la solicitud.
- Si presenta una solicitud en papel en un sitio de Asistencia Médica Certificada, debe acompañar este formulario de consentimiento junto con dicha solicitud.
- Los Asistentes de Solicitud deben completar la **Hoja de Trabajo “A” Sección “B”**, esto nos dice quién está ayudando a completar la solicitud en papel. Los asistentes que utilicen la solicitud en línea deberán completar la sección en PEAK para indicar que han ayudado a completar la solicitud.

La firma del asistente, en este formulario, certifica lo siguiente:

(Los asistentes o trabajadores sociales deben leer e informar al solicitante lo siguiente)

- Usted (el solicitante) ha sido informado y entiende mi función (el asistente) y mis



- responsabilidades como asistente de la solicitud.
- Usted (el solicitante) me ha concedido permiso para crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar y/o utilizar información personal con el fin de llevar a cabo las funciones y responsabilidades de un asistente de solicitud, tal como lo autorizan los estatutos y reglamentos federales y estatales.
 - Usted (el solicitante) entiende y me concede (el asistente) la autoridad limitada necesaria para completar, firmar y actuar en virtud de esta solicitud de Asistencia Médica. *Se requiere un consentimiento y autorización adicional por escrito para mi nombramiento como su representante autorizado limitado (del solicitante).*
 - Usted (el solicitante) entiende que este consentimiento verbal da su autorización a (nombre de su organización) para entregarme información (el solicitante) y a mi organización.
 - Usted (el solicitante) entiende que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento.
 - Usted (el solicitante) recibirá una copia de este formulario de consentimiento.

Su firma (escrita a máquina o a mano) certifica, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada en este formulario y en la solicitud correspondiente es verdadera y exacta según su leal saber y entender. Puede verse sujeto a sanciones en virtud de la ley federal en caso de proporcionar información falsa o no consistente.

Su nombre: _____

Nombre de la Organización: _____

Firma del Asistente: _____ Fecha: _____

