

Reconocimiento del consentimiento verbal recibido

En respuesta al COVID-19, las personas/entidades están autorizadas a brindar asistencia a los solicitantes de Asistencia Médica al recibir el consentimiento verbal. **El uso aprobado del formulario del reconocimiento del consentimiento verbal recibido vencerá el 31 de diciembre del 2024.** Este formulario se utiliza para documentar la cesión de consentimiento verbal por parte de un solicitante a un individuo/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 asistentes de solicitudes, navegadores y Asesores de Solicitudes Certificados (CAC, por sus siglas en inglés).

Nombre del solicitante:

Dirección:

Número de departamento:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de teléfono:

Fecha de autorización verbal:

Este formulario debe presentarse junto con la solicitud de Asistencia Médica. **Este formulario es necesario para completar el proceso de solicitud.**

- Si presenta la solicitud en línea en www.commonhelp.virginia.gov, cargue y envíe este formulario de consentimiento con la solicitud.
 - o En la sección de comentarios de la solicitud CommonHelp, ingrese "Esta solicitud se presenta con el consentimiento verbal del solicitante".
 - o Los asistentes de solicitudes aún deben completar las secciones correspondientes dentro de CommonHelp.
- Si llama al centro de llamadas de Cobre Virginia al 1-855-242-8282 (TDD: 1-888-221-1590), el representante del centro de llamadas le brindará instrucciones para enviar este formulario de consentimiento y documentará "Esta solicitud se envía con el consentimiento verbal y las instrucciones para completar el formulario de reconocimiento del consentimiento verbal."
- Si envía una solicitud en papel a su Departamento de Servicios Sociales local, envíe este formulario de consentimiento junto con la solicitud en papel. Los asistentes de solicitud aún deben completar el Apéndice C.

Su firma en este formulario certifica lo siguiente:

- El solicitante ha sido informado y comprende su función y responsabilidades como asistente de solicitud.
- El solicitante le ha otorgado permiso para crear, recopilar, divulgar, acceder, mantener, almacenar y/o utilizar información personal para llevar a cabo las funciones y responsabilidades de un asistente de solicitud según lo autorizado por los estatutos y regulaciones federales y estatales.
- El solicitante entiende que esto le otorga la autoridad limitada para completar, firmar y actuar en la solicitud de Asistencia Médica. Se requiere consentimiento y autorización adicionales por escrito para el nombramiento como representante autorizado del solicitante.
- El solicitante entiende que este consentimiento verbal autoriza al Departamento de Servicios Sociales y/o al Departamento de Servicios de Asistencia Médica a divulgar información a usted y a su organización.
- El solicitante entiende que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento.
- El solicitante ha recibido una copia de este formulario de consentimiento.

Su firma certifica, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada en este formulario y en la solicitud asociada es verdadera y precisa a su leal saber y entender. Puede estar sujeto a sanciones según la ley federal si proporciona información falsa.

Su nombre:

Nombre de la organización:

Dirección de la organización

Número de suite:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de teléfono:

Firma:

Fecha: