

Consent form for In-Person Assistance with Account Establishment

Applicant's name: _____ MHC ID # _____

Name of Consumer Assistance Worker: _____

I am interested in initiating the process of applying for health coverage through Maryland Health Connection.

I have requested assistance with this process from the Consumer Assistance Worker named above.

I understand that the enrollment process involves the creation of an on-line account with Maryland Health Connection.

I understand that, if the Consumer Assistance Worker named above assists me in establishing an account, he or she may ask me to provide a password and other information to make my account secure. In this case, I will be given the information needed to access my account in the future, including to change the password. The person assisting me will *not* keep my password and other account security information.

I hereby consent to the person named above providing assistance to me in establishing an account with Maryland Health Connection.

Applicant's signature

Date

Consent form for In-Person Assistance with Account Establishment (Spanish)

Nombre del Solicitante: _____
Identificación MHC _____

Nombre del Empleado de Asistencia al Consumidor:

Yo estoy interesado (a) en iniciar el proceso de solicitud de cobertura médica a través de la conexión de Maryland sobre la salud. (Maryland Health Connection).

He pedido asistencia con este proceso al Empleado de Asistencia al Consumidor nombrado arriba.

Yo entiendo que el proceso de inscripción envuelve la creación de una cuenta en línea (online) con el Maryland Health Connection.

Yo entiendo que, si el Empleado de Asistencia al Consumidor nombrado arriba me asiste a establecer una cuenta, el o ella podría pedirme que provea una contraseña (password) u otra información para asegurar mi cuenta. En este caso, estaré dando información necesaria para entrar a mi cuenta en el futuro incluyendo cambiar la contraseña. La persona que me asista no mantendrá mi contraseña u otra información de seguridad de la cuenta.

Con la firma de este documento le doy consentimiento a la persona nombrada arriba a proveerme asistencia en establecer una cuenta con el Maryland Health Connection.

Firma del Solicitante

Fecha