تنسيقات ولغات أخرى
يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر مجانًا. يمكنك التواصل مع Explore Health عبر البريد الإلكتروني explorehealth@oha.oregon.gov أو الاتصال بالهاتف على الرقم 855-268-3767 (مكالمة صوتية). نقبل جميع مكالمات الترحيل.

التفويض الموحد لتقديم المساعدة في Explore Health

القسم الأول: نوع شريك التسجيل المعتمد

☐ **وكيل التأمين**
يُخوَّل وكيل التأمين المرخَّص بالتوصية بالخطط، وتقديم الإرشادات، ومساعدة العملاء في تقديم الطلبات والتسجيل فيها والحفاظ على التغطية من خلال Explore Health.

☐ **المساعد/الشريك المجتمعي**
يُخوَّل المساعد المعتمد أو مؤسسة الشريك المجتمعي بتقديم مساعدة غير منحازة في تقديم الطلبات والتسجيل لبرامج خطة أوريغون الصحية (OHP)، والخطط الصحية المؤهلة (QHP)، وبرامج معقولية السعر ذات الصلة. لا يجوز للمساعدين التوصية بخطط.

القسم الثاني: معلومات وكيل التأمين (إذا كان ذلك ينطبق)

اسم وكالة التأمين: _____

مالك الوكالة: _____

هاتف المالك: _____

عنوان البريد الإلكتروني للمالك: _____

اسم وكيل الكتابة الأساسي: _____

الرقم الوطني للمنتج الخاص بالوكيل (NPN): _____

هاتف الوكيل: _____

عنوان البريد الإلكتروني للوكيل: _____

القسم الثالث: معلومات المساعد/الشريك المجتمعي (إذا كان ذلك ينطبق)

اسم مؤسسة الشريك المجتمعي: _____

اسم المساعد في تقديم الطلب: _____

هوية مساعد هيئة صحة أوريغون (OHA): _____

عنوان البريد الإلكتروني للمساعد: _____

هاتف المساعد: _____

القسم الرابع: معلومات مقدم الطلب

مقدم الطلب الأساسي والاسم *(الأول والأوسط واسم العائلة)*: _____

تاريخ ميلاد مقدم الطلب الأساسي: _____

هاتف مقدم الطلب الأساسي: _____

عنوان البريد الإلكتروني لمقدم الطلب الأساسي: _____

أسماء وتواريخ ميلاد البالغين الآخرين المذكورين في الطلب: _____

عدد أفراد الأسرة ممن تبلغ أعمارهم 19 عامًا فما فوق: _____

القسم الخامس: نطاق التفويض

أمنح إذني لشريك التسجيل المذكور أعلاه ليكون شريك التسجيل لي ولأسرتي بأكملها، إذا كان ذلك ينطبق، لأغراض تقديم الطلب والتسجيل في التغطية المقدمة من خلال Explore Health، وهو سوق التأمين الصحي في ولاية أوريغون. بالموافقة على هذه الاتفاقية، أُفوّض شريك التسجيل المذكور أعلاه للاطلاع على المعلومات السرية المقدمة مني كتابيًا، أو إلكترونيًا، أو شخصيًا، أو عبر الهاتف واستخدامها لأغراض واحد أو أكثر من الأغراض التالية فقط:

- البحث عن طلب موجود عبر Explore Health.
- إكمال طلب أهلية والتسجيل في خطة صحية أو خطة عناية بالأسنان مؤهلة من خلال Explore Health، أو غيرها من برامج حكومية أخرى للتأمين بأسعار معقولة، مثل خطة أوريغون الصحية (Medicaid/برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) /برنامج الصحة الأساسية)، أو الإعفاءات الضريبية على الأقساط، أو خفض المشاركة في التكلفة للمساعدة في دفع تكاليف التأمين الصحي.
- تقديم الدعم والمتابعة المستمرة للحساب ومساعدة التسجيل، حسب الضرورة؛ أو
- الإجابة على الاستفسارات الواردة من Explore Health بخصوص طلبي أو تسجيلي في Explore Health.

مساعدة خطة أوريغون الصحية (للمساعدين فقط)

أفوّض هيئة صحة أوريغون (OHA)، وإدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون (ODHS)، وExplore Health بمشاركة المعلومات التالية مع مؤسسة شريكي المجتمعي ومساعدي:

- طلبي
- تفاصيل التسجيل
- حالة التسجيل
- مزايا الخطة
- المعلومات الصحية المحمية (PHI)

أفهم أنه لا يجوز لشريك التسجيل لدي الاستفسار عن حالة الهجرة الخاصة بي أو بأفراد أسرتي، أو مشاركة أي معلومات عن طلبي ما لم يكن مخولاً مني بذلك.

أفهم أنه لا يجوز للمساعدين/الشركاء المجتمعيين التوصية بمنظمة رعاية منسقة (CCO) أو بأي خطة تأمين صحي.

أفهم أنه يجب على هذه المنظمات حماية معلوماتي ولا يجوز لها مشاركة معلومات عن الصحة النفسية أو فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) أو علاج تعاطي الكحول أو المخدرات أو الاختبارات الجينية بدون تفويض إضافي.

القسم السادس: الخصوصية والأمان:

أفهم أنه يجب على شريك التسجيل الالتزام بما يلي:

- استخدام معلومات تعريفي الشخصية (PII) أو معلوماتي الصحية الشخصية (PHI) **فقط** للأغراض المفوّضة الخاصة بالمساعدة؛
- حماية معلوماتي من الوصول إليها أو استخدامها أو الإفصاح عنها غير المصرح به؛
- جمع المعلومات واستخدامها والإفصاح عنها بالحد الأدنى الضروري فقط؛
- الحفاظ على تخزين معلوماتي ونقلها بصورة آمنة؛
- اتباع جميع قواعد الخصوصية المطلوبة من Explore Health، وهيئة صحة أوريغون، وإدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون.

أفهم أنه لا يجب عليّ مشاركة معلومات شخصية إضافية مع شريك التسجيل لديّ تجاوزًا لما هو مطلوب لإكمال طلبي.

القسم السابع: مسؤوليات مقدم الطلب

أفهم أنه:

- يجب عليّ تقديم معلومات صحيحة ودقيقة في طلبي.
- يجب عليّ الرد على الإشعارات المتعلقة بالمعلومات المفقودة أو غير الصحيحة عند الطلب.
- يجوز لي الحصول على المساعدة أو الإحالات للمساعدة بلغة أتكلمها أو أفضّلها.

القسم الثامن: إلغاء أو إنهاء الموافقة

لا يسري إلغاء التفويض على المعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل. يستمر تفويضي ساريًا حتى أبلغ هيئة صحة أوريغون/إدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون، وExplore Health بأنني لم أعد أرحب في العمل مع شريك التسجيل هذا، أو حتى أطلب المساعدة من شريك تسجيل آخر.

إذا كان شريك التسجيل لدي وكيل تأمين:

يجوز لي إلغاء موافقتي أو تعديلها في أي وقت عن طريق الاتصال بالوكيل أو الوكالة أو مالك الوكالة المذكورين أعلاه. كما يجوز لي تسجيل الدخول إلى Applicant Dashboard (لوحة معلومات مقدم الطلب)، وإلغاء الموافقة أو التواصل مع Explore Health على الرقم 855-268-3767 (تُقبل مكالمات الترحيل) من يوم الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً بتوقيت منطقة المحيط الهادئ.

إذا كان شريك التسجيل لدي مساعدًا/شريكًا مجتمعيًا:

يجوز لي إلغاء تفويضي عن طريق تسجيل الدخول إلى Applicant Dashboard (لوحة معلومات مقدم الطلب)، أو التواصل مع Explore Health على الرقم 855-268-3767 (تُقبل مكالمات الترحيل) من يوم الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً بتوقيت منطقة المحيط الهادئ. يجب عليّ أيضًا إخطار هيئة صحة أوريغون/إدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون إذا كنت أرغب في إلغاء الموافقة الممنوحة للمساعد/الشريك المجتمعي عن طريق الاتصال بالرقم 800-699-9075 (تُقبل مكالمات الترحيل) أو عن طريق البريد الإلكتروني Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.

القسم التاسع: التوقيع

توقيع مقدم الطلب الأساسي: _____

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة): _____

OREGON HEALTH AUTHORITY
EXPLORE HEALTH
Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767 (تقبل مكالمات الترحيل)
ExploreHealthOR.gov