Andere Formate und Sprachen
Sie können dieses Dokument kostenlos in anderen Sprachen, als Großdruck, in Brailleschrift oder in einem von Ihnen bevorzugten Format erhalten. Wenden Sie sich unter explorehealth@oha.oregon.gov oder 855-268-3767 (Telefon) an Explore Health. Wir nehmen alle Anrufe über Relay-Dienste an.

Explore Health – Einheitliche Vollmacht zur Unterstützung

Abschnitt 1: Art der bevollmächtigten Anmeldungspartnerin bzw. des bevollmächtigten Anmeldungspartners

☐ **Versicherungsvertreter/in**
Eine zugelassene Versicherungsvertreterin bzw. ein zugelassener Versicherungsvertreter ist berechtigt, Versicherungspläne zu empfehlen, Beratung und Unterstützung zu leisten sowie Verbraucherinnen und Verbraucher bei der Beantragung, Anmeldung und Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung über Explore Health zu unterstützen.

☐ **Antragsunterstützer/in bzw. Community-Partner**
Eine zertifizierte Antragsunterstützerin bzw. ein zertifizierter Antragsunterstützer oder eine Community-Partnerorganisation ist berechtigt, unparteiische Unterstützung bei der Antragstellung und Anmeldung für Programme des Oregon Health Plan (OHP), qualifizierte Krankenversicherungspläne (QHPs) und damit verbundene Programme zur Kostenentlastung zu leisten. Antragsunterstützer/innen dürfen keine Versicherungspläne empfehlen.

Abschnitt 2: Angaben zur Versicherungsvertreterin bzw. zum Versicherungsvertreter (falls zutreffend)

Name der Versicherungsagentur: _____

Inhaberin/Inhaber der Agentur: _____

Telefonnummer der Inhaberin/des Inhabers: _____

E-Mail-Adresse der Inhaberin/des Inhabers: _____

Name der hauptverantwortlichen Versicherungsvertreterin/des hauptverantwortlichen Versicherungsvertreters: _____

Nationale Vermittlernummer (NPN) der Versicherungsvertreterin/des Versicherungsvertreters: _____

Telefonnummer der Versicherungsvertreterin/des Versicherungsvertreters: _____

E-Mail-Adresse der Versicherungsvertreterin/des Versicherungsvertreters: _____

Abschnitt 3: Angaben zur Antragsunterstützerin bzw. zum Antragsunterstützer oder Community-Partnerin bzw. Community-Partner (falls zutreffend)

Name der Community-Partnerorganisation: _____

Name der Antragsunterstützerin/des Antragsunterstützers: _____

ID der Antragsunterstützerin/des Antragsunterstützers bei der Oregon Health Authority (OHA): _____

E-Mail-Adresse der Antragsunterstützerin/des Antragsunterstützers: _____

Telefonnummer der Antragsunterstützerin/des Antragsunterstützers: _____

Abschnitt 4: Angaben zur antragstellenden Person

Name (Vorname, zweiter Vorname, Nachname) der primären antragstellenden Person: _____

Geburtsdatum der primären antragstellenden Person: _____

Telefonnummer der primären antragstellenden Person: _____

E-Mail-Adresse der primären antragstellenden Person: _____

Namen und Geburtsdaten der anderen Erwachsenen im Antrag: _____

Anzahl der Haushaltsmitglieder ab 19 Jahren: _____

Abschnitt 5: Umfang der Vollmacht

Ich erteile der oben genannten Anmeldungspartnerin bzw. dem oben genannten Anmeldungspartner die Erlaubnis, mich und gegebenenfalls meinen gesamten Haushalt bei der Beantragung und Anmeldung für eine über Explore Health, Oregons Marketplace für Krankenversicherungen, angebotene Krankenversicherung zu vertreten. Mit meiner Zustimmung zu dieser Vereinbarung bevollmächtige ich die oben genannte Anmeldungspartnerin bzw. den oben genannten Anmeldungspartner, die von mir schriftlich, elektronisch, persönlich oder telefonisch bereitgestellten vertraulichen Informationen einzusehen und zu verwenden, und zwar ausschließlich für einen oder mehrere der folgenden Zwecke:

- Suche nach einem bestehenden Antrag bei Explore Health
- Ausfüllen eines Antrags auf Anspruchsberechtigung und Anmeldung für einen qualifizierten Kranken- oder Zahnversicherungsplan von Explore Health oder für andere staatliche Programme zur Kostenentlastung bei Versicherungen, wie den Oregon Health Plan (Medicaid/Children’s Health Insurance Program (CHIP)/Basic Health Program),

Steuergutschriften für Krankenversicherungsbeiträge oder Kostenbeteiligungsreduzierungen zur Unterstützung bei der Finanzierung der Krankenversicherungskosten
- Laufende Pflege des Kontos und Unterstützung bei der Anmeldung, soweit erforderlich, oder
- Beantwortung von Anfragen von Explore Health zu meinem Antrag oder meiner Anmeldung bei Explore Health.

Unterstützung beim OHP (nur für Antragsunterstützer/innen)

Ich ermächtige die Oregon Health Authority (OHA), das Oregon Department of Human Services (ODHS) und Explore Health, die folgenden Informationen an meine Community-Partnerorganisation und meine Antragsunterstützerin bzw. meinen Antragsunterstützer weiterzugeben:

- Meinen Antrag
- Anmeldedaten
- Anmeldestatus
- Leistungen des Versicherungsplans
- Geschützte Gesundheitsinformationen (PHI)

Mir ist bekannt, dass meine Anmeldungspartnerin bzw. mein Anmeldungspartner weder nach meinem Aufenthaltsstatus noch nach den Mitgliedern meines Haushalts fragen noch Informationen über meinen Antrag weitergeben darf, sofern ich dies nicht genehmigt habe.

Mir ist bekannt, dass Antragsunterstützerinnen bzw. Antragsunterstützer und Community-Partnerinnen bzw. Community-Partner weder eine Organisation für koordinierte Versorgung (Coordinated Care Organization, CCO) noch einen Krankenversicherungsplan empfehlen dürfen.

Mir ist bekannt, dass diese Organisationen meine Informationen schützen müssen und Informationen über psychische Gesundheit, HIV/AIDS, die Behandlung von Drogen- oder Alkoholabhängigkeit oder Gentests nicht ohne zusätzliche Genehmigung weitergeben dürfen.

Abschnitt 6: Datenschutz und Sicherheit

Mir ist bekannt, dass die Anmeldungspartnerin bzw. der Anmeldungspartner:

- meine personenbezogenen Daten (personally identifiable information, PII) oder geschützten Gesundheitsinformationen (personal health information, PHI) **nur** für genehmigte Zwecke der Unterstützung verwenden darf,
- meine Informationen vor unbefugtem Zugriff, unbefugter Verwendung oder unbefugter Weitergabe schützen muss,
- nur die unbedingt erforderlichen Informationen erheben, verwenden und weitergeben darf,
- meine Informationen sicher speichern und übertragen muss,
- alle von Explore Health, OHA und ODHS vorgeschriebenen Datenschutzbestimmungen befolgen muss.

Mir ist bekannt, dass ich meiner Anmeldungspartnerin bzw. meinem Anmeldungspartner keine zusätzlichen personenbezogenen Daten mitteilen muss, die über die für die Bearbeitung meines Antrags erforderlichen Daten hinausgehen.

Abschnitt 7: Verantwortlichkeiten der antragstellenden Person

Mir ist bekannt, dass:

- ich in meinem Antrag wahrheitsgemäße und richtige Angaben machen muss,

- ich auf Mitteilungen über fehlende oder falsche Angaben reagieren muss, wenn ich dazu aufgefordert werde,
- ich Unterstützung oder Hinweise auf Unterstützungsangebote in einer Sprache erhalten kann, die ich spreche oder bevorzuge.

Abschnitt 8: Widerruf oder Beendigung der Einwilligung

Der Widerruf der Vollmacht gilt nicht für Informationen, die bereits weitergegeben wurden. Meine Vollmacht bleibt gültig, bis ich OHA/ODHS und Explore Health mitteile, dass ich nicht mehr mit dieser Anmeldungspartnerin bzw. diesem Anmeldungspartner zusammenarbeiten möchte, oder bis ich die Unterstützung einer anderen Anmeldungspartnerin bzw. eines anderen Anmeldungspartners in Anspruch nehme.

Wenn meine Anmeldungspartnerin bzw. mein Anmeldungspartner eine Versicherungsvertreterin bzw. ein Versicherungsvertreter ist:

Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen oder ändern, indem ich mich an die oben genannte Vertreterin bzw. den oben genannten Vertreter, die Agentur oder die Inhaberin bzw. den Inhaber der Agentur wende. Ich kann mich auch bei meinem Antrags-Dashboard anmelden und die Einwilligung widerrufen oder Explore Health montags bis freitags von 8:00 bis 17:00 Uhr PST telefonisch unter 855-268-3767 kontaktieren (Anrufe über einen Relay-Dienst werden angenommen).

Wenn meine Anmeldungspartnerin bzw. mein Anmeldungspartner eine Antragsunterstützerin bzw. ein Antragsunterstützer oder eine Community-Partnerin bzw. ein Community-Partner ist:

Ich kann meine Vollmacht widerrufen, indem ich mich bei meinem Antrags-Dashboard anmelde oder Explore Health montags bis freitags von 8:00 bis 17:00 Uhr PST telefonisch unter 855-268-3767 kontaktiere (Anrufe über einen Relay-Dienst werden angenommen). Ich muss OHA/ODHS außerdem benachrichtigen, wenn ich meine Einwilligung gegenüber meiner Antragsunterstützerin bzw. meinem Antragsunterstützer oder meiner Community-Partnerin bzw. meinem Community-Partner widerrufen möchte, indem ich unter 800-699-9075 anrufe (Anrufe über einen Relay-Dienst werden angenommen) oder eine E-Mail an Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov sende.

Abschnitt 9: Unterschrift

Unterschrift der primären antragstellenden Person: _____

Datum der Unterschrift (MM/TT/JJJJ): _____

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (Anrufe über einen Relay-Dienst werden angenommen)
ExploreHealthOR.gov