その他のフォーマットと言語
この文書は他の言語、大活字、点字またはご希望の形式にて無料で入手することができます。Explore Health（explore.health@oha.oregon.gov または 855-268-3767［音声］）までお問い合わせください。すべてのリレー通話サービスをご利用いただけます。

Explore Health 統合的支援の許可

セクション 1：認められる登録パートナーの種類

☐ **保険代理人**

認可を受けた保険代理店は、Explore Health を通じて、保険プランの推奨、ガイダンスの提供、および消費者が保険に申請、加入、および維持するための支援を行う権限を有しています。

☐ **支援員／コミュニティパートナー**

認定支援員またはコミュニティパートナー組織には、Oregon Health Plan（OHP）のプログラム、適格医療保険プラン（QHP）、および関連する費用負担軽減プログラムについて、中立的な立場から申請および加入の支援を提供する権限が与えられます。支援員はプランを推奨することはできません。

セクション 2：保険代理人に関する情報（該当する場合）

保険代理店の名前：_____

代理店所有者：_____

所有者の電話：_____

所有者のメールアドレス：_____

主な保険代理店の名前：_____

全国保険募集人番号（NPN）：_____

代理人の電話：_____

代理人のメールアドレス：_____

セクション 3：支援員／地域パートナーに関する情報（該当する場合）

地域パートナー組織名：

申請支援員の名前：

オレゴン州保健局（OHA）支援員 ID：

支援員のメールアドレス：

支援員の電話番号：

セクション 4：申請者の情報

主たる申請者の氏名（*ミドルネームを含む*）：

主たる申請者の生年月日：

主たる申請者の電話番号：

主たる申請者のメールアドレス：

申請書に記載されているその他の成人の氏名および生年月日：

19 歳以上の世帯員の数：

セクション 5：認定の範囲

上記の登録パートナーが、私自身および私の世帯全体の登録パートナーとしての役割を果たすことに同意します。該当する場合は、オレゴン州の医療保険マーケットプレイスである Explore Health が提供する保険への加入申請の目的において、この役割を果たすことも含まれます。本契約に同意することにより、私は上記の登録パートナーに対し、私が書面、電子的手段、対面、または電話で提供した機密情報を、以下のいずれか 1 つ以上の目的のためにのみ閲覧および使用することを許可します。

- 既存の Explore Health 申請の検索
- 加入資格のある Explore Health の医療保険または歯科保険プラン、もしくは Oregon Health Plan（Medicaid／Children’s Health Insurance Program（CHIP）／Basic Health Program）、保険料税額控除、または医療保険料の支払いを支援するための費用共同負担プログラムなど、その他の政府の医療負担軽減プログラムへの加入資格確認および加入のための申請書に必事項を記入すること。
- 必要に応じて継続的なアカウントの維持と加入の支援を提供すること、または

- Explore Health への申請または加入に関して、Explore Health からの問い合わせに答えること。

OHP 支援（支援員のみ）

私は、オレゴン州保健局（OHA）、Oregon Department of Human Services（ODHS）、および Explore Health に対し、以下の情報を私の地域パートナー組織およびアシスターと共有することを許可します。

- 私の申請
- 加入の詳細
- 加入状況
- 保険プランの給付金
- 保護対象健康情報（PHI）

私の承認がない限り、加入支援パートナーは、私または世帯員の移民資格について尋ねたり、私の申請に関する情報を共有したりすることはできないことを理解しています。

支援員／コミュニティパートナーは、連携医療組織（CCO）またはいかなる医療保険プランも推奨することはできないことを理解しています。

これらの組織は私の情報を保護する義務があり、追加の許可なしに精神衛生、HIV/エイズ、薬物またはアルコール治療、もしくは遺伝子検査に関する情報を共有してはならないことを理解しています。

セクション 6：プライバシーおよびセキュリティ

加入支援パートナーは、以下を遵守しなければならないことを理解しています。

- 私の個人識別情報（PII）または個人健康情報（PHI）を、承認された支援の目的に**のみ**使用すること。
- 私の情報を不正アクセス、使用、または開示から保護すること。
- 最低限必要な情報のみを収集、使用、開示すること。
- 私の情報の安全な保管と伝送を維持すること。
- Explore Health、OHA、および ODHS が義務付けるすべてのプライバシー規則に従うこと。

申請を完了するために必要な情報を超えて、追加の個人情報を加入支援パートナーと共有する必要はないことを理解しています。

セクション 7：申請書の責任

私は以下を理解しています。

- 申請書に、真実かつ正確な情報を記載しなければならない。
- 求められたときに、欠落している、または不正確な情報の通知に回答しなければならない。
- 私が使用する、または希望する言語で支援を受けたり、支援サービスの紹介を受けたりすることができる。

セクション 8：同意の撤回または終了

許可を取り消すことは、すでに共有された情報には適用されません。私の許可は、私が OHA/ODHS および Explore Health に対し、この登録パートナーとの連携を希望しない旨を通知するか、または私が別の登録パートナーに支援を要請するまで有効です。

私の登録パートナーが保険代理店である場合：

代理人、代理店、または上記の代理店所有者に連絡することで、いつでも同意を撤回または修正できます。申請者ダッシュボードにログインして同意を撤回するか、Explore Health（855-268-3767［リレー通話サービスも対応可能］、受付時間：月曜日～金曜日 8:00～17:00）に連絡することもできます。太平洋標準時（PST）

私の登録パートナーが支援員／地域パートナーである場合：

申請者ダッシュボードにログインするか、Explore Health（855-268-3767［リレー通話サービスも対応可能］、受付時間：月曜日～金曜日 8:00～17:00）に連絡して同意を撤回することもできます。太平洋標準時（PST） 支援員／地域パートナーからの同意を撤回したい場合は、800-699-9075（電話リレーサービスも対応可能）に電話または Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov にメールすることで OHA/ODHS にも通知する必要があります。

セクション 9：署名

主たる申請者の署名：_____

署名日（年月日）：_____

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767（リレー通話サービスも対応可能）
ExploreHealthOR.gov