기타 형식 및 언어

본 문서는 다른 언어, 큰 글자, 점자 또는 원하는 형식으로 무료로 받아볼 수 있습니다. Explore Health 에 explore.health@oha.oregon.gov 또는 855-268-3767 번(음성)으로 문의해 주십시오. 저희는 청각 장애인을 위한 모든 통신중계서비스를 허용합니다.

Explore Health 통합 지원 위임 양식(Explore Health Unified Authorization to Assist)

섹션 1: 승인된 등록 파트너 유형

☐ **보험 대리인**

면허를 소지한 보험 대리인은 플랜을 추천하고, 지침을 제공하며, 소비자가 Explore Health 를 통해 건강보험을 신청, 가입 및 유지하도록 지원할 권한이 있습니다.

☐ **지원 인력/지역사회 파트너**

인증된 지원 인력 또는 지역사회 파트너 조직은 오리건주 건강보험(OHP) 프로그램, 적격 건강보험 플랜(QHP) 및 관련 재정 지원 프로그램에 대해 편견 없는 신청 및 가입 지원을 제공할 권한이 있습니다. 지원 인력은 보험을 추천할 수 없습니다.

섹션 2: 보험 대리인 정보(해당하는 경우)

보험 대리점 이름: _____

대리점 대표(소유주): _____

대표 전화번호: _____

대표 이메일 주소: _____

담당 보험 대리인 이름: _____

대리인 전국 보험 판매자 번호 (NPN): _____

대리인 전화: _____

대리인 이메일 주소: _____

섹션 3: 지원 인력/지역사회 파트너 정보(해당하는 경우)

지역사회 파트너 조직 이름: _____

신청 지원 인력 이름: _____

오리건주 보건 당국(OHA) 지원 인력 ID: _____

지원 인력 이메일 주소: _____

지원 인력 전화: _____

섹션 4: 신청인 정보

주 신청인 및 이름(*이름, 중간 이름, 성*): _____

주 신청인 생년월일: _____

주 신청인 전화: _____

주 신청인 이메일 주소: _____

신청서에 포함된 다른 성인의 이름 및 생년월일: _____

19 세 이상 가구 구성원 수: _____

섹션 5: 승인 범위

본인은 위에 기재된 등록 파트너가 오리건주 건강보험 거래소인 Explore Health 를 통해 제공되는 건강보험의 신청 및 가입을 목적으로, 본인 및 (해당하는 경우) 본인의 전체 가구를 위한 등록 파트너로 활동하는 것을 허락합니다. 본 계약에 동의함으로써, 본인은 상기 등록 파트너가 다음 중 하나 이상의 목적만을 위해 서면, 전자적 방식, 대면 또는 전화로 본인이 제공한 기밀 정보를 열람하고 사용하는 것을 승인합니다.

- 기존 Explore Health 신청서 검색
- Explore Health 적격 건강보험 또는 치과 보험 플랜, 또는 오리건주 건강보험(메디케이드/아동 건강보험 프로그램(CHIP)/기본 건강 프로그램), 건강보험 비용 납부에 도움을 주기 위한 보험료 세액 공제 또는 본인 부담금 축소와 같은 기타 정부 보험 비용 부담 적정성 프로그램의 자격 및 가입을 위한 신청서 작성
- 필요에 따라 지속적인 계정 유지 및 가입 지원 제공
- 본인의 Explore Health 신청 또는 가입과 관련한 Explore Health 의 문의에 응답

OHP 지원(지원 인력 전용)

본인은 오리건주 보건국(OHA), 오리건주 인적서비스국(ODHS) 및 Explore Health 가 본인의 지역사회 파트너 조직 및 지원 인력과 다음 정보를 공유하는 것을 승인합니다.

- 본인의 신청서
- 가입 세부정보
- 가입 상태
- 플랜 혜택
- 보호되는 건강 정보 (PHI)

본인은 본인이 승인하지 않는 한, 본인의 등록 파트너가 본인의 이민 신분이나 가구 구성원에 대해 묻거나 신청서에 대한 어떠한 정보도 공유할 수 없음을 이해합니다.

본인은 지원 인력/지역사회 파트너가 통합 의료 기관(CCO)이나 특정 건강보험 플랜을 추천할 수 없음을 이해합니다.

본인은 이러한 조직이 본인의 정보를 보호해야 하며, 추가적인 승인 없이 정신 건강, HIV/AIDS, 약물 또는 알코올 치료, 유전자 검사에 대한 정보를 공유할 수 없음을 이해합니다.

섹션 6: 개인정보 보호 및 보안

본인은 등록 파트너가 다음 사항을 준수해야 함을 이해합니다.

- **오직** 승인된 지원 목적으로만 본인의 개인식별정보(PII) 또는 개인 건강 정보(PHI)를 사용할 것
- 무단 접근, 사용 또는 공개로부터 본인의 정보를 보호할 것
- 최소한의 필요한 정보만 수집, 사용 및 공개할 것
- 본인 정보의 안전한 보관 및 전송을 유지할 것
- Explore Health, OHA 및 ODHS 에서 요구하는 모든 개인정보 보호 규정을 따를 것

본인은 신청서 작성에 필요한 것 외에 추가적인 개인 정보를 등록 파트너와 공유할 필요가 없음을 이해합니다.

섹션 7: 신청인의 책임

본인은 다음 사항을 이해합니다.

- 본인은 신청서에 진실하고 정확한 정보를 제공해야 합니다.
- 요청을 받은 경우, 누락되었거나 잘못된 정보에 대한 통지에 응답해야 합니다.

- 본인이 구사하거나 선호하는 언어로 지원을 받거나 지원 기관을 안내받을 수 있습니다.

섹션 8: 승인 철회 또는 종료

승인 취소는 이미 공유된 정보에는 적용되지 않습니다. 본인의 승인은 본인이 더 이상 이 등록 파트너와 협력하고 싶지 않음을 OHA/ODHS 및 Explore Health 에 통지하거나 다른 등록 파트너에게 지원을 요청할 때까지 유효합니다.

본인의 등록 파트너가 보험 대리인인 경우:

본인은 위에 기재된 대리인, 대리점 또는 대리점 대표에게 연락하여 언제든지 본인의 동의를 철회하거나 수정할 수 있습니다. 또한 본인의 신청자 대시보드(Applicant Dashboard)에 로그인하여 동의를 철회하거나, 월요일부터 금요일 오전 8 시부터 오후 5 시 (태평양 표준시) 사이에 Explore Health 855-268-3767 로 전화하여 철회할 수도 있습니다(청각 장애인을 위한 통신중계서비스 이용 환영).

본인의 등록 파트너가 지원 인력 / 지역사회 파트너인 경우:

본인은 본인의 신청자 대시보드에 로그인하거나 월요일부터 금요일 오전 8 시부터 오후 5 시((태평양 표준시) 사이에 Explore Health 855-268-3767 로 전화하여 승인을 철회할 수 있습니다(청각 장애인을 위한 통신중계서비스 이용 환영). 지원 인력 / 지역사회 파트너에 대한 동의를 철회하려는 경우, 800-699-9075 로 전화하거나(청각 장애인을 위한 통신중계서비스 이용 환영) Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov 로 이메일을 보내 OHA/ODHS 에도 통지해야 합니다.

섹션 9: 서명

주 신청인 서명: _____

서명일(mm/dd/yyyy): _____

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191Salem, OR 97308855-268-3767(청각 장애인을 위한 통신중계서비스 이용 환영)ExploreHealthOR.gov