其他格式和语言

您可免费获取使用其他语言、大号字体、盲文或您首选格式编写的本文件。请发送电子邮件至 exploreheal th@oha.oregon.gov 或拨打 855-268-3767（语音电话）联系 Explore Health。我们接受所有中继电话。

Explore Health 统一协助授权书

第 1 部分：获授权的参保合作伙伴类型

☐ **保险代理人**

持照保险代理人获授权推荐保险计划、提供指导，并协助消费者通过 Explore Health 申请、参加和维持医疗保险。

☐ **协助人员/社区合作伙伴**

经认证的协助人员或社区合作伙伴组织获授权为俄勒冈州健康计划 (OHP)、合格医疗保险计划 (QHP) 及相关费用援助计划提供公正客观的申请和参保协助。协助人员不得推荐保险计划。

第 2 部分：保险代理人信息（如适用）

保险代理机构名称：_____

保险代理机构负责人：_____

负责人电话：_____

负责人电子邮箱地址：_____

主要承保代理人姓名：_____

代理人全国保险从业者编号 (NPN)：_____

代理人电话：_____

代理人电子邮箱地址：_____

第 3 部分：协助人员/社区合作伙伴信息（如适用）

社区合作伙伴组织名称：_____

申请协助人员姓名：_____

俄勒冈州卫生局 (OHA) 协助人员 ID：_____

协助人员电子邮箱地址：_____

协助人员电话：

第 4 部分：申请人信息

主要申请人姓名（*名*、*中间名*、*姓*）：

主要申请人出生日期：

主要申请人电话：

主要申请人电子邮箱地址：

申请表中其他成年人的姓名和出生日期：

年满 19 岁的家庭成员人数：

第 5 部分：授权范围

我授权上述参保合作伙伴担任我本人以及（如适用）我整个家庭的参保合作伙伴，以协助申请和参加俄勒冈州医疗保险市场 Explore Health 提供的医疗保险。同意本协议即表示，我授权上述参保合作伙伴查看和使用我通过书面、电子方式、当面或电话提供的保密信息，但仅限用于以下一项或多项目的：

- 查找现有的 Explore Health 申请；
- 填写申请，以确定是否符合 Explore Health 合格医疗或牙科保险计划或其他政府保险费用援助计划的资格并办理参保，例如俄勒冈州健康计划（Medicaid/儿童健康保险计划 (CHIP)/基本健康计划）、保费税收抵免或费用分摊减免，以帮助支付医疗保险费用；
- 根据需要，持续提供账户维护和参保协助；或
- 回复 Explore Health 就我的 Explore Health 申请或参保事宜提出的询问。

OHP 协助（仅限协助人员）

我授权俄勒冈州卫生局 (OHA)、俄勒冈州公众服务部 (ODHS) 和 Explore Health 与我的社区合作伙伴组织及协助人员共享以下信息：

- 我的申请信息
- 参保详细信息
- 参保状态
- 保险计划福利
- 受保护的健康信息 (PHI)

我了解，未经我的授权，我的参保合作伙伴不得询问我或我家庭成员的移民身份，也不得共享有关我申请的任何信息。

我了解，协助人员/社区合作伙伴不得推荐任何协调医疗组织 (CCO) 或医疗保险计划。

我了解，这些组织必须保护我的信息，未经额外授权，不得共享有关心理健康、HIV/AIDS、药物或酒精治疗或基因检测的信息。

第 6 部分：隐私和安全

我了解，参保合作伙伴必须：

- **仅**将我的个人身份信息 (PII) 或个人健康信息 (PHI) 用于经授权的协助目的；
- 保护我的信息，防止未经授权的访问、使用或披露；
- 仅收集、使用和披露最低限度的必要信息；
- 确保我的信息得到安全存储和传输；
- 遵守 Explore Health、OHA 和 ODHS 要求的所有隐私规定。

我了解，除完成申请所需的信息外，我无需向参保合作伙伴提供额外的个人信息。

第 7 部分：申请人的责任

我了解：

- 我必须在申请表中提供真实、准确的信息。
- 如果收到有关信息缺失或不正确的通知，我必须按要求作出回应。
- 我可以使用自己会说或偏好的语言获得帮助，或获得相关协助服务的转介。

第 8 部分：撤销或终止授权

撤销授权不影响在此之前已经共享的信息。我的授权将持续有效，直至我通知 OHA/ODHS 和 Explore Health，我不再希望与该参保合作伙伴合作，或者我向另一参保合作伙伴寻求协助。

如果我的参保合作伙伴是保险代理人：

我可以随时联系上述代理人、代理机构或代理机构负责人，撤销或修改我的授权。我也可以登录“申请人控制面板”撤销授权，或于周一至周五太平洋标准时间 (PST) 上午 8 点至下午 5 点致电 855-268-3767 联系 Explore Health（欢迎使用中继服务来电）。

如果我的参保合作伙伴是协助人员/社区合作伙伴：

我可以登录“申请人控制面板”撤销授权，或于周一至周五太平洋标准时间 (PST) 上午 8 点至下午 5 点致电 855-268-3767 联系 Explore Health（欢迎使用中继服务来电）。如果我希望撤销对协助人员/社

区合作伙伴的授权，我还必须通知 OHA/ODHS，可致电 800-699-9075（欢迎使用中继服务来电）或发送电子邮件至 Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov。

第 9 部分：签名

主要申请人签名：_____

签署日期（月/日/年）：_____

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767（欢迎使用中继服务来电）
ExploreHealthOR.gov