Iba pang mga format at mga wika
Maaari mong makuha ang dokumentong ito nang walang bayad sa ibang mga wika, malalaking print, braille o sa format na gusto mo. Kontakin ang Explore Health sa explorehealth@oha.oregon.gov o 855-268-3767 (sa boses). Tinatanggap namin ang lahat ng relay na tawag.

ExploreHealth Unified Authorization para sa Tulong

Seksyon 1: Uri ng Awtorisadong Kasosyo sa Pagpapatala

☐ **Ahente ng Seguro**
Ang isang lisensyadong ahente ng seguro ay awtorisadong magrekomenda ng mga plano, magbigay ng gabay, at tumulong sa mga mamimili sa pag-aplay, pagpapatala, at pagpapanatili ng saklaw sa pamamagitan ng Explore Health.

☐ **Katulong/Kasosyo sa Komunidad**
Ang isang sertipikadong katulong o organisasyong katuwang sa komunidad ay awtorisadong magbigay ng walang kinikilingang tulong sa aplikasyon at pagpapatala para sa mga programa ng Oregon Health Plan (OHP), mga kwalipikadong planong pangkalusugan (QHP), at mga programang kaugnay sa pagiging abot-kaya. Maaaring hindi magrekomenda ang mga katulong ng mga plano.

Seksyon 2: Impormasyon ng Ahente ng Seguro (kung naaangkop)

Pangalan ng ahensya ng seguro: _____

May-ari ng ahensya: _____

Telepono ng may-ari: _____

Email address ng may-ari: _____

Pangalan ng pangunahing ahente ng pagsulat: _____

Numero ng Ahente sa Pambansang Prodyuser (NPN): _____

Telepono ng ahente: _____

Email address ng ahente: _____

Seksyon 3: Impormasyon ng Katulong/Katuwang sa Komunidad (kung naaangkop)

Pangalan ng organisasyong kasosyo sa komunidad: _____

Pangalan ng katulong sa aplikasyon: _____

ID ng katulong ng Oregon Health Authority (OHA): _____

Email address ng katulong: _____

Telepono ng katulong: _____

Seksyon 4: Impormasyon ng Aplikante

Pangalan ng pangunahing aplikante (*pangalan, gitnang pangalan, apilyedo*): _____

Petsa ng kapanganakan ng pangunahing aplikante: _____

Telepono ng pangunahing aplikante: _____

Email address ng pangunahing aplikante: _____

Mga pangalan at petsa ng kapanganakan ng ibang mga nasa hustong gulang sa aplikasyon: _____

Bilang ng mga miyembro ng sambahayan na 19 taong gulang at pataas: _____

Seksyon 5: Saklaw ng Awtorisasyon

Binibigyan ko ng pahintulot ang Katuwang sa Pagpapatala na nakalista sa itaas na magsilbing Katuwang sa Pagpapatala para sa aking sarili at sa buong sambahayan ko, kung naaangkop, para sa mga layunin ng pag-aplay at pagpapatala sa saklaw na iniaalok sa pamamagitan ng Explore Health, merkado ng segurong pangkalusugan ng Oregon. Sa pamamagitan ng pagsang-ayon sa kasunduang ito, pinahihintulutan ko ang nabanggit na Katuwang sa Pagpapatala na tingnan at gamitin ang kumpidensyal na impormasyong ibinigay ko sa pamamagitan ng sulat, elektronikong paraan, nang personal, o sa pamamagitan ng telepono para sa layunin lamang ng isa o higit pa sa mga sumusunod:

- Paghahanap ng umiiral na aplikasyon sa Explore Health;
- Pagkumpleto ng aplikasyon para sa pagiging kwalipikado at pagpapatala sa isang kwalipikadong planong pangkalusugan o sa ngipin ng Explore Health o iba pang programa ng gobyerno sa pagiging abot-kaya ng seguro, tulad ng Oregon Health Plan (Medicaid/Children's Health Insurance Program (CHIP)/Basic Health Program), mga kredito sa buwis sa premium, o mga pagbawas sa pagbabahagi ng gastos upang makatulong sa pagbabayad ng mga gastos sa segurong pangkalusugan;
- Pagbibigay ng patuloy na tulong sa pagpapanatili ng account at pagpapatala, kung kinakailangan; o
- Pagsagot sa mga katanungan mula sa Explore Health kaugnay sa aking aplikasyon o pagpapatala sa Explore Health.

Tulong sa OHP (Mga Katulong lamang)

Pinahihintulutan ko ang Oregon Health Authority (OHA), Oregon Department of Human Services (ODHS), at Explore Health na ibahagi ang sumusunod na impormasyon sa aking katuwang na organisasyon at katulong sa komunidad:

- Aking aplikasyon
- Mga detalye ng pagpapatala
- Katayuan ng pagpapatala

- Mga benepisyo ng plano
- Protektadong impormasyon ng kalusugan (PHI)

Nauunawaan ko na maaaring hindi magtanong ang aking Katuwang sa pagpapatala tungkol sa aking katayuan sa imigrasyon o sa mga miyembro ng aking sambahayan o magbahagi ng anumang impormasyon tungkol sa aking aplikasyon maliban kung pinahintulutan ko.

Nauunawaan ko na ang mga katulong/katuwang sa komunidad ay maaaring hindi magrekomenda ng isang nakakoordinang organisasyon ng pangangalaga (CCO) o anumang plano sa segurong pangkalusugan.

Nauunawaan ko na dapat protektahan ng mga organisasyong ito ang aking impormasyon at hindi maaaring magbahagi ng impormasyon tungkol sa kalusugang pangkaisipan, HIV/AIDS, paggamot sa droga o alkohol, o mga pagsusuri sa henetiko nang walang karagdagang pahintulot.

Seksyon 6: Pagkapribado at Seguridad

Nauunawaan ko na ang Katuwang sa Pagpapatala ay dapat na:

- Gamitin **lamang** ang aking personal na nakikilalang impormasyon (PII) o personal na impormasyon sa kalusugan (PHI) para sa mga layunin ng awtorisadong tulong;
- Protektahan ang aking impormasyon mula sa hindi awtorisadong pag-access, paggamit, o pagsisiwalat;
- Mangolekta, gumamit, at magbunyag lamang ng pinakamababang kinakailangang impormasyon;
- Panatilihin ang ligtas na pag-iimbak at paghahatid ng aking impormasyon;
- Sundin ang lahat ng tuntunin sa pagkapribado na hinihiling ng Explore Health, OHA, at ODHS.

Nauunawaan ko na hindi ko kailangang magbahagi ng karagdagang personal na impormasyon sa aking Katuwang sa Pagpapatala nang higit sa kinakailangan para makumpleto ang aking aplikasyon.

Seksyon 7: Mga Responsibilidad ng Aplikante

Nauunawaan ko na:

- Kailangan kong magbigay ng totoo at wastong impormasyon sa aking aplikasyon.
- Kailangan kong tumugon sa mga abiso ng nawawala o maling impormasyon kapag tinanong.
- Maaari akong makatanggap ng tulong o mga referral sa tulong sa wikang aking sinasalita o mas gusto.

Seksyon 8: Pagpapawalang-bisa o Pagwawakas ng Pahintulot

Ang pagkansela ng awtorisasyon ay hindi nalalapat sa impormasyong naibahagi na. Ang aking pahintulot ay mananatiling may bisa hanggang sa ipaalam ko sa OHA/ODHS at Explore Health na hindi ko na nais makipagtulungan sa Katuwang sa Pagpapatala na ito o hanggang sa humingi ako ng tulong mula sa ibang Katuwang sa Pagpapatala.

Kung ang aking Katuwang sa Pagpapatala ay isang Ahente ng Seguro:

Maaari kong bawiin o baguhin ang aking pahintulot anumang oras sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa ahente, ahensya, o may-ari ng ahensya na nakalista sa itaas. Maaari rin akong mag-log in sa aking Dashboard na Aplikante at bawiin ang pahintulot o makipag-ugnayan sa Explore Health sa

pamamagitan ng pagtawag sa 855-268-3767 (tinatanggap ang mga tawag sa relay) Lunes hanggang Biyernes 8 am hanggang 5 pm PST.

Kung ang aking Katuwang sa Pagpapatala ay isang Katulong/Katuwang sa Komunidad:

Maaari kong bawiin ang aking pahintulot sa pamamagitan ng pag-log in sa aking Dashboard na Aplikante o sa pakikipag-ugnayan sa Explore Health sa pamamagitan ng pagtawag sa 855-268-3767 (tinatanggap ang mga tawag sa relay) Lunes hanggang Biyernes 8 a.m. hanggang 5 p.m. PST. Kailangan ko ring ipaalam sa OHA/ODHS kung nais kong bawiin ang pahintulot mula sa aking katulong/katuwang sa komunidad sa pamamagitan ng pagtawag sa 800-699-9075 (tinatanggap ang mga relay call) o sa pamamagitan ng pag-email sa Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.

Seksyon 9: Lagda

Lagda ng Pangunahing Aplikante: _____

Petsa ng Paglagda (mm/dd/yyyy): _____

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767 (Tinatanggap ang mga relay na tawag)
ExploreHealthOR.gov

OREGON HEALTH AUTHORITY

EXPLORE HEALTH