Інші формати та мови
Ви можете безкоштовно отримати цей документ іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або в іншому зручному для вас форматі. Зверніться до Explore Health за адресою explorehealth@oha.oregon.gov або 855-268-3767 (голосовий зв'язок). Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

Єдина форма Explore Health для надання повноважень на допомогу

Розділ 1: Тип уповноваженого партнера з питань реєстрації

☐ **Страховий агент**
Ліцензований страховий агент уповноважений рекомендувати плани, надавати консультації та допомагати споживачам із поданням заяв, реєстрацією та підтриманням страхового покриття через Explore Health.

☐ **Помічник/громадський партнер**
Сертифікований помічник або організація - громадський партнер уповноважені надавати неупереджену допомогу з поданням заяв і реєстрацією в програмах Oregon Health Plan (OHP), кваліфікованих планах медичного страхування (QHP) та відповідних програмах, що забезпечують доступність медичного страхування. Консультанти не мають права рекомендувати плани.

Розділ 2: Інформація про страхового агента (за потреби)

Назва страхового агентства: _____

Власник агентства: _____

Телефон власника: _____

Адреса електронної пошти власника: _____

Ім'я основного страхового агента: _____

Національний номер виробника агента (NPN): _____

Телефон агента: _____

Адреса електронної пошти агента: _____

Розділ 3: Інформація про помічника/громадського партнера (за потреби)

Назва організації громадського партнера: _____

Ім'я помічника з подання заявки: _____

Ідентифікатор помічника Управління охорони здоров’я штату Орегон (OHA): _____

Адреса електронної пошти помічника: _____

Телефон помічника: _____

Розділ 4: Інформація про заявника

П.І.Б. основного заявника *(ім'я, по батькові, прізвище)*: _____

Дата народження основного заявника: _____

Телефон основного заявника: _____

Адреса електронної пошти основного заявника: _____

Імена та дати народження інших дорослих, зазначених у заявці: _____

Кількість членів домогосподарства віком від 19 років: _____

Розділ 5: Обсяг повноважень

Я надаю дозвіл зазначеному вище Партнеру з питань реєстрації діяти як Партнер з питань реєстрації для мене та, за необхідності, усіх членів мого домогосподарства з метою подання заяви та реєстрації для отримання страхового покриття, яке пропонується через Explore Health - ринок медичного страхування штату Орегон. Надаючи згоду на цю угоду, я уповноважую зазначеного вище Партнера з питань реєстрації переглядати та використовувати конфіденційну інформацію, надану мною в письмовій або електронній формі, особисто чи телефоном, виключно для однієї або кількох із наведених нижче цілей:

- пошуку наявної заяви в Explore Health;
- заповнення заяви для визначення права на участь та реєстрації у відповідному медичному або стоматологічному плані Explore Health чи в інших державних програмах, що забезпечують доступність медичного страхування, таких як Oregon Health Plan (Medicaid/Програма медичного страхування дітей (CHIP)/Базова програма медичного страхування), податкові пільги на сплату страхових внесків або зменшення витрат на медичне обслуговування для допомоги в оплаті витрат на медичне страхування;
- надання, за необхідності, постійної допомоги з обслуговування облікового запису та питань, пов’язаних із реєстрацією; або
- надання відповідей на запити Explore Health щодо моєї заявки або реєстрації в Explore Health.

Допомога в рамках програми OHP (тільки для помічників)

Я уповноважую Управління охорони здоров’я штату Орегон (OHA), Департамент соціальних служб штату Орегон (ODHS) та Explore Health надавати наступну інформацію моїй партнерській організації та помічнику:

- Моя заявка
- Інформація про реєстрацію

- Статус реєстрації
- Переваги плану
- Захищена медична інформація (PHI)

Я розумію, що мій Партнер з питань реєстрації не має права запитувати про мій імміграційний статус або імміграційний статус членів мого домогосподарства, а також не має права передавати будь-яку інформацію про мою заявку, якщо я не надав(-ла) на це відповідного дозволу.

Я розумію, що помічники/громадські партнери не мають права рекомендувати організацію з координації медичної допомоги (CCO) або будь-який план медичного страхування.

Я розумію, що ці організації зобов'язані захищати мою інформацію та не можуть передавати інформацію про психічне здоров'я, ВІЛ/СНІД, лікування від наркотичної або алкогольної залежності чи генетичні аналізи без додаткового дозволу.

Розділ 6: Конфіденційність та безпека

Я розумію, що Партнер з питань реєстрації повинен:

- використовувати мою персональну інформацію, що дає змогу мене ідентифікувати (PII), або мою захищену медичну інформацію (PHI) **лише** для цілей надання дозволеної допомоги;
- захищати мою інформацію від несанкціонованого доступу, використання або розголошення;
- збирати, використовувати та розголошувати лише мінімально необхідний обсяг інформації;
- забезпечувати безпечне зберігання та передачу моєї інформації;
- дотримуватися всіх правил щодо конфіденційності, встановлених Explore Health, OHA та ODHS.

Я розумію, що не зобов'язаний(-а) надавати Партнеру з питань реєстрації додаткову персональну інформацію, крім тієї, яка необхідна для заповнення моєї заявки.

Розділ 7: Обов'язки заявника

Я розумію, що:

- я повинен(-на) надавати у своїй заявці правдиву та достовірну інформацію;
- я повинен(-на) відповідати на повідомлення щодо відсутньої або неправильної інформації, якщо мене про це просять;
- я можу отримати допомогу або направлення до відповідних служб допомоги мовою, якою я розмовляю або якій віддаю перевагу.

Розділ 8: Відкликання або припинення згоди

Скасування дозволу не поширюється на інформацію, яка вже була передана. Мій дозвіл залишається чинним доти, доки я не повідомлю OHA/ODHS та Explore Health, що більше не бажаю співпрацювати з цим Партнером з питань реєстрації, або доки я не звернуся по допомогу до іншого Партнера з питань реєстрації.

Якщо моїм Партнером з питань реєстрації є страховий агент:

Я можу в будь-який час відкликати або змінити свою згоду, звернувшись до агента, агентства або власника агентства, зазначеного вище. Я також можу увійти до свого облікового запису заявника (Applicant Dashboard) та відкликати згоду або зв'язатися з Explore Health за телефоном 855-268-3767 (дзвінки через службу ретрансляції приймаються) з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 17:00 за тихоокеанським стандартним часом (PST).

Якщо моїм Партнером з питань реєстрації є помічник/громадський партнер:

Я можу відкликати свій дозвіл, увійшовши до свого облікового запису заявника (Applicant Dashboard) або зв'язавшись з Explore Health за телефоном 855-268-3767 (дзвінки через службу ретрансляції приймаються) з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 17:00 за тихоокеанським стандартним часом (PST). Я також повинен(-нна) повідомити OHA/ODHS, якщо я хочу відкликати згоду мого помічника/громадського партнера, зателефонувавши за номером 800-699-9075 (дзвінки через службу ретрансляції приймаються) або надіславши електронного листа на адресу Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.

Розділ 9: Підпис

Підпис основного заявника: _____

Дата підписання (мм/дд/рррр): _____

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767 (дзвінки через службу ретрансляції приймаються)
ExploreHealthOR.gov

OREGON HEALTH AUTHORITY

EXPLORE HEALTH