Các định dạng và ngôn ngữ khác
Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng các ngôn ngữ khác, bản in chữ lớn, chữ nổi braille hoặc định dạng quý vị muốn hoàn toàn miễn phí. Liên lạc với Explore Health theo địa chỉ explorehealth@oha.oregon.gov hoặc 855-268-3767 (thoại). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.

Ủy quyền Thống nhất của Explore Health về việc Hỗ trợ

Phần 1: Loại đối tác ghi danh được ủy quyền

☐**Đại lý bảo hiểm**
Đại lý bảo hiểm có giấy phép được ủy quyền đề xuất các chương trình, cung cấp hướng dẫn và hỗ trợ người tiêu dùng nộp đơn, ghi danh và duy trì bảo hiểm thông qua Explore Health.

☐**Người hỗ trợ/Đối tác cộng đồng**
Người hỗ trợ được chứng nhận hoặc tổ chức đối tác cộng đồng được ủy quyền cung cấp hỗ trợ khách quan về việc nộp đơn và ghi danh vào các chương trình Oregon Health Plan (OHP), các chương trình bảo hiểm sức khỏe đủ điều kiện (QHP) và các chương trình hỗ trợ khả năng chi trả liên quan. Người hỗ trợ không được đề xuất các chương trình.

Phần 2: Thông tin đại lý bảo hiểm (nếu áp dụng)

Tên đại lý bảo hiểm: _____

Chủ sở hữu đại lý: _____

Điện thoại của chủ sở hữu: _____

Địa chỉ thư điện tử của chủ sở hữu: _____

Tên đại lý phụ trách chính: _____

Mã định danh quốc gia của Đại lý bảo hiểm (NPN): _____

Điện thoại của đại lý: _____

Địa chỉ thư điện tử của đại lý: _____

Phần 3: Thông tin Người hỗ trợ/Đối tác cộng đồng (nếu áp dụng)

Tên tổ chức đối tác cộng đồng: _____

Tên người hỗ trợ nộp đơn: _____

ID người hỗ trợ của Cơ quan Y tế Oregon (OHA): _____

Địa chỉ thư điện tử của người hỗ trợ: _____

Điện thoại của người hỗ trợ: _____

Phần 4: Thông tin Người nộp đơn

Người nộp đơn chính và họ tên (*tên, tên đệm, họ*): _____

Ngày sinh của người nộp đơn chính: _____

Điện thoại của người nộp đơn chính: _____

Địa chỉ thư điện tử của người nộp đơn chính: _____

Tên và ngày sinh của những người lớn khác trong đơn: _____

Số thành viên hộ gia đình từ 19 tuổi trở lên: _____

Phần 5: Phạm vi ủy quyền

Tôi cho phép Đối tác ghi danh được liệt kê ở trên làm Đối tác ghi danh cho tôi và toàn bộ hộ gia đình của tôi, nếu áp dụng, nhằm mục đích nộp đơn và ghi danh vào bảo hiểm được cung cấp thông qua Explore Health, thị trường bảo hiểm y tế của Oregon. Bằng việc đồng ý với thỏa thuận này, tôi ủy quyền cho Đối tác ghi danh nêu trên xem và sử dụng thông tin bảo mật do tôi cung cấp bằng văn bản, qua phương thức điện tử, trực tiếp hoặc qua điện thoại chỉ cho một hoặc nhiều mục đích sau:

- Tìm kiếm đơn Explore Health hiện có;
- Hoàn thành đơn để xác định tính đủ điều kiện và ghi danh vào chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc nha khoa đủ điều kiện của Explore Health hoặc các chương trình hỗ trợ khả năng chi trả bảo hiểm khác của chính phủ, chẳng hạn như Oregon Health Plan (Medicaid/Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Trẻ em (CHIP)/Chương trình Sức khỏe Cơ bản), tín dụng thuế phí bảo hiểm hoặc mức giảm chia sẻ chi phí để giúp thanh toán chi phí bảo hiểm y tế;
- Cung cấp dịch vụ duy trì tài khoản và hỗ trợ ghi danh liên tục, khi cần; hoặc
- Trả lời các câu hỏi từ Explore Health liên quan đến đơn Explore Health hoặc việc ghi danh của tôi.

Hỗ trợ OHP (chỉ dành cho Người hỗ trợ)

Tôi ủy quyền cho Cơ quan Y tế Oregon (OHA), Sở Dịch vụ Nhân sinh Oregon (ODHS) và Explore Health chia sẻ các thông tin sau với tổ chức đối tác cộng đồng và người hỗ trợ của tôi:

- Đơn của tôi
- Chi tiết ghi danh
- Tình trạng ghi danh
- Quyền lợi chương trình
- Thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI)

Tôi hiểu rằng Đối tác Ghi danh của tôi không được hỏi về tình trạng nhập cư của tôi hoặc của các thành viên trong hộ gia đình của tôi hoặc chia sẻ bất kỳ thông tin nào về đơn của tôi trừ khi được tôi ủy quyền.

Tôi hiểu rằng người hỗ trợ/đối tác cộng đồng không được đề xuất một tổ chức chăm sóc phối hợp (CCO) hoặc bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe nào.

Tôi hiểu rằng các tổ chức này phải bảo vệ thông tin của tôi và không được chia sẻ thông tin về sức khỏe tâm thần, HIV/AIDS, điều trị liên quan đến ma túy hoặc rượu, hoặc xét nghiệm di truyền nếu không có ủy quyền bổ sung.

Phần 6: Quyền riêng tư và Bảo mật

Tôi hiểu Đối tác ghi danh phải:

- Sử dụng thông tin định danh cá nhân (PII) hoặc thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của tôi **chỉ** cho các mục đích hỗ trợ được ủy quyền;
- Bảo vệ thông tin của tôi khỏi việc truy cập, sử dụng hoặc tiết lộ trái phép;
- Chỉ thu thập, sử dụng và tiết lộ thông tin tối thiểu cần thiết;
- Duy trì việc lưu trữ và truyền thông tin của tôi một cách an toàn;
- Tuân thủ tất cả các quy định về quyền riêng tư theo yêu cầu của Explore Health, OHA và ODHS.

Tôi hiểu rằng tôi không phải chia sẻ thêm thông tin cá nhân với Đối tác ghi danh ngoài những thông tin cần thiết để hoàn thành đơn của tôi.

Phần 7: Trách nhiệm của Người nộp đơn

Tôi hiểu rằng:

- Tôi phải cung cấp thông tin trung thực và chính xác trong đơn của mình.
- Tôi phải phản hồi các thông báo về thông tin bị thiếu hoặc không chính xác khi được yêu cầu.
- Tôi có thể nhận trợ giúp hoặc được giới thiệu đến nơi hỗ trợ bằng ngôn ngữ tôi nói hoặc ưu tiên sử dụng.

Phần 8: Thu hồi hoặc chấm dứt sự chấp thuận

Việc hủy ủy quyền không áp dụng cho thông tin đã được chia sẻ. Ủy quyền của tôi vẫn có hiệu lực cho đến khi tôi thông báo cho OHA/ODHS và Explore Health rằng tôi không còn muốn làm việc với Đối tác ghi danh nàyhoặc cho đến khi tôi yêu cầu hỗ trợ từ một Đối tác ghi danh khác.

Nếu Đối tác ghi danh của tôi là Đại lý bảo hiểm:

Tôi có thể thu hồi hoặc sửa đổi chấp thuận của mình bất kỳ lúc nào bằng cách liên lạc với đại lý là cá nhân, đại lý là tổ chức, hoặc chủ sở hữu đại lý được liệt kê ở trên. Tôi cũng có thể đăng nhập vào Bảng tổng quan cho Người nộp đơn của mình và thu hồi sự chấp thuận hoặc liên lạc với Explore Health bằng cách gọi855-268-3767 (chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp) từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. PST.

Nếu Đối tác Ghi danh của tôi là Người Hỗ trợ/Đối tác Cộng đồng:

Tôi có thể thu hồi ủy quyền của mình bằng cách đăng nhập vào Bảng tổng quan cho Người nộp đơn hoặc liên lạc với Explore Health bằng cách gọi đến855-268-3767 (chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp) từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. PST. Tôi cũng phải thông báo cho OHA/ODHS nếu muốn thu hồi chấp thuận của mình đối với người hỗ trợ/đối tác cộng đồng của mình bằng cách gọi đến 800-699-9075 (chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp) hoặc gửi thư điện tử đến Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.

Phần 9: Chữ ký

Chữ ký của Người nộp đơn chính: _____

Ngày ký (tháng/ngày/năm): _____

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767 (Chấp nhận cuộc gọi chuyển tiếp)
ExploreHealthOR.gov