その他の形式と言語

この文書は、他の言語、大活字版、点字、またはお好みの形式で無料で入手できます。Explore Health へのお問い合わせは、exploreheath@oha.oregon.gov または 855-268-3767（音声通話）までご連絡ください。電話リレーサービスによる通話もすべて受け付けています。

あなたの権利と責任

このセクションには、オレゴン州保健局（OHA）傘下の機関であるオレゴン州健康保険マーケットプレイスが、皆様のためにどのような対応を行うことを約束しているかが記載されています。これがあなたの「権利」です。

また、医療支援を申請したり受けたりする際に、あなたが行うことに同意している内容も示しています。これがあなたの「責任」です。

このフォームをよくお読みください。このフォームについてご不明な点がある場合は、Explore Health の加入支援パートナーまたはカスタマーサービスまでお気軽にお問い合わせください。ご不明な点がございましたら、お気軽にご質問ください。

あなた（とご家族）は、Explore Health を通じて経済的支援を受ける際、特定の事項を遵守することに同意していただきます。受けるべき額を超える経済的支援を受けた場合、支援を受けられなくなったり、政府に返還する必要が生じたりすることがあります。変更内容を報告することで（下記参照）、債務を負うリスクを最小限に抑えることができます。連邦所得税申告書にフォーム 8965 を添付して提出すれば、そのことがわかります。返済すべき金額は、あなたの連邦所得税申告書に加算されます。

あなたの権利:Explore Health から期待できること

- Explore Health は、あなたを尊重し、公正かつ丁寧に扱います。
- あなたは、Explore Health を通じて利用可能なすべての保険やプログラムについて問い合わせたり、申請したりする権利があります。私たちは、あなたが利用資格がある可能性のある他のサービスに、あなたの情報を送信することがあります。この情報共有を拒否することもできます。
- Explore Health 加入支援パートナーに提出したフォームの受領確認を求めることができます。
- 申請者ダッシュボード、チャット、電話、ファックス、郵便、テキストメッセージ、またはメールを通じて私たちに連絡できます。担当者と話したいと申し出ることができます。
- 申請、フォームの記入、または変更の報告を希望する場合は、お好みの言語で支援を求めることができます。
- Explore Health は、あなたが理解できる形式または言語で情報を提供します。

- Explore Health は、障害がある場合にあなたのニーズに応えるために最善を尽くします。Explore Health は、障害のあるアメリカ人法およびリハビリテーション法第 504 条に従います。
- あなたの世帯アカウントにある、あなたに関する記載内容の閲覧を求めることができます。
- あなたが Explore Health に提供する情報は、秘密として取り扱われます。当社の**プライバシーポリシー**は ExploreHealthOR.gov/Privacy でオンラインでご覧いただけます。また、**不正、浪費、および乱用**に関する方針は ExploreHealthOR.gov/FWA でオンラインでご覧いただけます。
- Explore Health が下した決定に異議がある場合は、異議申し立てを行うことができます。これには以下が含まれます：
  - 経済的支援の対象外であること
  - 受けられる経済的支援の金額
  - 特別加入期間の対象外であること
  - 健康保険または歯科保険に加入できないこと
  - Explore Health プランの終了
  - 保険適用開始日
  - 健康保険や貯蓄に影響を及ぼす生活状況の変化（例：収入、世帯人数、または保険加入状況の変化など）を理由とした、保険適用再開の拒否
  - 保険適用範囲や貯蓄に影響を与える生活状況の変化に基づく適格性の判断
  - 資格決定または通知の遅延
  - 上記に記載されていないその他の Explore Health の資格決定
- Explore Health 加入支援パートナーまたはカスタマーサービス担当者が、異議申立てフォームの記入をお手伝いできます。
- Explore Health 加入資格通知の日付から 90 日以内に異議を申し立てる必要があります（市民権および移民問題の場合は 95 日）。

あなたの責任：次に行うこと

Explore Health を通じて保険への加入を申請する場合、次のことを行う必要があります：

- Explore Health に対して真実で正確かつ完全な情報を提供する必要があります。
- 連邦および州のデータベースで照合できない場合は、報告内容の特定事項を確認するための証明を提供する必要があります。
- Explore Health に変更を報告してください（下記参照）。
- 必要な場合は、医療保険および／または歯科保険のプランを有効に保つため、毎月の保険料を支払う必要があります。保険料の支払いは、保険会社に直接行う必要があります。
- 雇用主を通じた保険、オレゴン州ヘルスプラン（OHP）、メディケア、または VA 医療保険など、他の医療保険に加入する資格を得た場合は、Explore Health を通じた保険の終了を申請してください。

変更の報告

経済的支援の対象と認められた場合、ご自身や同一世帯に登録されている他の者に影響を及ぼす特定の変更については、必ず報告しなければなりません。必要な変更を報告しない場合、過剰な経済的支援を受ける可能性があります。受け取った保険料税額控除の一部または全部を返還する責任を負う場合があります。

経済的支援が承認されると、加入資格通知に変更報告についての詳細が記載されています。受給資格のある額を超えて前払い型保険料税額控除を受け取らないようにするため、変更があった場合は 30 日以内に届け出てください。また、ExploreHealthOR.gov をご覧いただくか、申請者用ダッシュボードにログインして情報を確認することもできます。

変更を報告すると、Explore Health システムは確認書類を提供する必要があるかどうかを通知します。変更が加入している保険に影響する場合、Explore Health から通知があります。変更を報告する必要があるかどうか不明な場合は、Explore Health 加入支援パートナーまたはカスタマーサービス担当者にお尋ねください。

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767（電話リレーサービスを利用した通話も受け付けています）
ExploreHealthOR.gov