Інші формати та мови
Ви можете безкоштовно отримати цей документ іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, який вам подобається. Зв'яжіться з Explore Health за адресою explorehealth@oha.oregon.gov або за номером 855-268-3767 (voice). Ми приймаємо всі ретрансляційні виклики.

Ваші права та обов'язки

У цьому розділі наведено перелік послуг, які Oregon Health Insurance Marketplace (Маркетплейс страхових послуг Управління охорони здоров'я штату Орегон), підрозділ Управління охорони здоров'я штату Орегон (Oregon Health Authority, OHA), погоджується вам надати. Це — ваші «права».

Тут також зазначено, на що ви погоджуєтеся, коли подаєте заявку на отримання медичної допомоги або отримуєте її. Це — ваші «обов'язки».

Будь ласка, прочитайте цю форму уважно. Ви можете попросити партнера Explore Health з питань реєстрації або представника служби підтримки клієнтів Explore Health роз'яснити вам цю форму. Якщо щось вам не зрозуміло, ставте запитання.

Ви погоджуєтеся дотримуватися певних вимог, коли ви (та ваша сім'я) отримуєте фінансову допомогу через Explore Health. Ви можете втратити право на фінансову допомогу або будете змушені повернути державі надлишкові кошти, якщо отримаєте більше, ніж вам належить. Ви можете мінімізувати ризик виникнення заборгованості, повідомляючи про зміни (див. нижче). Ви дізнаєтеся про це, коли подасте форму 8965 разом із федеральною податковою декларацією. Будь-які суми, що підлягають поверненню, будуть включені до вашої федеральної податкової декларації.

Ваші права: Чого можна очікувати від Explore Health

- Explore Health ставитиметься до вас із повагою — справедливо й ввічливо.
- Ви маєте право дізнатися про будь-яке страхове покриття або програму, доступні через Explore Health, а також подати заявку на їх отримання. Ми можемо передавати ваші дані іншим службам, на послуги яких ви можете мати право.
  Ви маєте можливість відмовитися від такого обміну інформацією.
- Ви можете попросити підтвердження щодо будь-якої форми, яку ви подаєте до партнера Explore Health з питань реєстрації.
- Ви можете зв'язатися з нами через особистий кабінет заявника, у чаті, по телефону, факсом, поштою, SMS-повідомленням або електронною поштою. Ви можете попросити поговорити з відповідальною особою.
- Ви можете звернутися за допомогою щодо подання заявки, заповнення форм або повідомлення про зміни на мові, яка вам зручна.
- Explore Health надасть вам інформацію у форматі або мовою, які вам зрозумілі.
- Explore Health докладе всіх зусиль, щоб задовольнити ваші потреби, якщо ви маєте інвалідність. Explore Health дотримується Закону про американців з інвалідністю (Americans with Disabilities Act) та Розділу 504 Закону про реабілітацію (Rehabilitation Act).

- Ви можете попросити надати вам виписки, що стосуються вас, в обліковому записі вашого домогосподарства.
- Інформація, яку ви надаєте Explore Health, залишається конфіденційною. Ви можете переглянути онлайн нашу **Політику конфіденційності** онлайн за адресою ExploreHealthOR.gov/Privacy і нашу **Політику щодо шахрайства, марнотратства та зловживань** за адресою ExploreHealthOR.gov/FWA.
- Ви можете подати апеляцію, якщо не згодні з рішенням, прийнятим Explore Health, зокрема з таких питань:
  - відсутність права на отримання фінансової допомоги
  - на який обсяг фінансової допомоги ви можете розраховувати
  - відсутність права на спеціальний період реєстрації
  - відсутність права на участь у плані медичного або стоматологічного страхування
  - завершення дії плану Explore Health
  - дата початку дії страхового покриття
  - відмова у поновленні страхового покриття у зв'язку зі змінами в житті, що впливають на медичне страхування або заощадження (наприклад, зміна доходу, кількості членів домогосподарства або статусу страхового покриття)
  - рішення щодо права на участь у зв'язку зі змінами в житті, що впливають на страхове покриття або заощадження
  - несвоєчасність прийняття рішення щодо права на участь або надсилання відповідного повідомлення
  - Будь-яке інше рішення щодо права на участь в Explore Health, яке не зазначено вище
- Партнер Explore Health з питань реєстрації або представник служби підтримки клієнтів Explore Health може допомогти вам заповнити форму апеляції.
- У вас є 90 днів з дати отримання повідомлення про право на участь в Explore Health, щоб подати апеляцію (95 днів — у випадках, пов'язаних із громадянством та імміграцією).

Ваші обов'язки: Що вам потрібно зробити

Якщо ви подаєте заявку на отримання страхового покриття через Explore Health, ви повинні:

- Надати Explore Health правдиву, правильну та повну інформацію.
- Надати докази для підтвердження певних відомостей, про які ви повідомляєте, якщо їх неможливо перевірити за допомогою федеральних баз даних або баз даних штату.
- Повідомити про зміни в Explore Health (див. нижче).
- У разі необхідності сплатіть щомісячний страховий внесок, щоб зберегти чинність вашого плану (ваших планів) медичного та/або стоматологічного страхування. Страхові внески слід сплачувати безпосередньо вашій страховій компанії.
- Попросити припинити дію вашого страхового покриття через Explore Health, якщо ви отримаєте право на інше медичне страхування, зокрема страхове покриття через роботодавця, План охорони здоров'я штату (Орегон Oregon Health Plan, OHP), Medicare або медичне страхування для ветеранів (VA).

Повідомлення про зміни

Якщо буде визначено, що ви маєте право на фінансову допомогу, ви повинні повідомляти про певні зміни, які стосуються вас та інших осіб, що зареєстровані у вашому домогосподарстві. Якщо ви не повідомите про зміни відповідно до вимог, ви можете

отримати надто велику фінансову допомогу. Ви можете бути зобов'язані повернути частину або всю суму податкового кредиту на страхові внески, яку ви отримали.

Якщо вам схвалено надання фінансової допомоги, у повідомленні про право на отримання допомоги, ви знайдете додаткову інформацію про те, як повідомляти про зміни. Вам слід повідомити про зміни протягом 30 днів, щоб уникнути отримання більшого розміру авансових податкових кредитів на сплату страхових внесків, ніж той, на який ви маєте право. Ви також можете знайти інформацію на вебсайті ExploreHealthOR.gov, або увійшовши у свій особистий кабінет заявника.

Коли ви повідомите про зміни, система Explore Health сповістить вас, чи потрібно надати підтверджувальні документи. Якщо зміни стосуються страхового покриття, в яком ви зареєстровані, Explore Health повідомить вас про це. Якщо ви не впевнені, чи потрібно повідомляти про зміну, ви можете запитати партнера Explore Health з питань реєстрації або представника служби підтримки клієнтів Explore Health.

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (ретрансляційні виклики вітаються)
ExploreHealthOR.gov