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 mà quý vị muốn miễn phí. Liên hệ với Explore Health theo địa chỉ explorehealth@oha.oregon.gov hoặc số 855-268-3767 (thoại). Chúng tôi chấp nhận mọi cuộc gọi tiếp âm.

Quyền và Trách nhiệm của quý vị

Thông tin trong phần này liệt kê những việc Văn phòng tiếp nhận Bảo hiểm y tế Oregon (Health Insurance Marketplace) thuộc Cơ quan Y tế Oregon (Oregon Health Authority, OHA) đồng ý thực hiện cho quý vị. Đây là "quyền" của quý vị.

Phần này cũng liệt kê những việc quý vị đồng ý thực hiện khi nộp đơn xin hoặc nhận hỗ trợ y tế. Đây là "trách nhiệm" của quý vị.

Vui lòng đọc kỹ biểu mẫu này. Quý vị có thể yêu cầu Đối tác Hỗ trợ Ghi danh của Explore Health hoặc Nhân viên Chăm sóc khách hàng giải thích biểu mẫu này cho quý vị. Hãy nêu thắc mắc nếu có điều gì quý vị không hiểu.

Quý vị đồng ý thực hiện một số việc nhất định khi quý vị (và gia đình quý vị) nhận hỗ trợ tài chính thông qua Explore Health. Quý vị có thể mất khoản hỗ trợ tài chính hoặc phải hoàn trả tiền cho chính phủ nếu nhận được khoản hỗ trợ nhiều hơn mức được hưởng. Quý vị có thể giảm thiểu nguy cơ phải hoàn trả tiền bằng cách báo cáo các thay đổi (xem bên dưới). Quý vị sẽ biết điều này khi nộp Mẫu 8965 cùng với tờ khai thuế liên bang của mình. Mọi khoản tiền phải hoàn trả sẽ được tính vào tờ khai thuế liên bang của quý vị.

Quyền của quý vị: Những điều quý vị có thể mong đợi từ Explore Health

- Explore Health sẽ đối xử với quý vị một cách tôn trọng, công bằng và lịch sự.
- Quý vị có quyền tìm hiểu về và nộp đơn đăng ký bất kỳ chương trình bảo hiểm hoặc chương trình hỗ trợ nào được cung cấp thông qua Explore Health. Chúng tôi có thể chuyển thông tin của quý vị đến các dịch vụ khác mà quý vị có thể đủ điều kiện tham gia. Quý vị có quyền từ chối việc chia sẻ thông tin này.
- Quý vị có thể yêu cầu xác nhận đối với bất kỳ biểu mẫu nào quý vị nộp cho Đối tác Hỗ trợ Ghi danh của Explore Health.
- Quý vị có thể liên hệ với chúng tôi thông qua Bảng điều khiển dành cho Người nộp đơn, chức năng trò chuyện, điện thoại, fax, thư bưu điện, tin nhắn văn bản hoặc email. Quý vị có thể yêu cầu trao đổi với người phụ trách.
- Quý vị có thể yêu cầu hỗ trợ nộp đơn, điền biểu mẫu hoặc báo cáo các thay đổi bằng ngôn ngữ quý vị ưu tiên sử dụng.
- Explore Health sẽ cung cấp thông tin bằng định dạng hoặc ngôn ngữ mà quý vị có thể hiểu được.

- Explore Health sẽ nỗ lực hết sức để đáp ứng nhu cầu của quý vị nếu quý vị là người khuyết tật. Explore Health tuân thủ Đạo luật Người Mỹ Khuyết tật (Americans with Disabilities Act) và Mục 504 của Đạo luật Phục hồi (Section 504 of the Rehabilitation Act).
- Quý vị có thể yêu cầu xem các bản kê khai liên quan đến mình trong tài khoản hộ gia đình của quý vị.
- Thông tin quý vị cung cấp cho Explore Health được giữ bí mật. Quý vị có thể xem **Chính sách Quyền riêng tư (Privacy Policy)** của chúng tôi trực tuyến tại ExploreHealthOR.gov/Privacy và **Chính sách về Gian lận, Lãng phí và Lạm dụng (Fraud, Waste, and Abuse Policy)** của chúng tôi trực tuyến tại ExploreHealthOR.gov/FWA.
- Quý vị có thể nộp đơn kháng nghị nếu không đồng ý với quyết định của Explore Health, bao gồm các quyết định về:
  - Không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính
  - Mức hỗ trợ tài chính mà quý vị đủ điều kiện được nhận
  - Không đủ điều kiện hưởng Thời gian Ghi danh Đặc biệt
  - Không đủ điều kiện ghi danh vào chương trình bảo hiểm y tế hoặc nha khoa
  - Chấm dứt chương trình bảo hiểm y tế của Explore Health
  - Ngày bắt đầu bảo hiểm
  - Từ chối khôi phục bảo hiểm do cuộc sống có thay đổi ảnh hưởng đến bảo hiểm y tế hoặc khoản tiết kiệm chi phí (ví dụ: thay đổi về thu nhập, quy mô hộ gia đình hoặc tình trạng bảo hiểm)
  - Các quyết định về điều kiện đủ tiêu chuẩn do cuộc sống có thay đổi ảnh hưởng đến bảo hiểm hoặc khoản tiết kiệm chi phí
  - Chậm trễ trong việc xác định điều kiện đủ tiêu chuẩn hoặc gửi thông báo
  - Bất kỳ quyết định nào khác của Explore Health về điều kiện đủ tiêu chuẩn không được liệt kê ở trên
- Đối tác Hỗ trợ Ghi danh của Explore Health hoặc Nhân viên Chăm sóc khách hàng có thể giúp quý vị điền đơn kháng nghị.
- Quý vị có 90 ngày kể từ ngày ghi trên Thông báo về Điều kiện Đủ tiêu chuẩn của Explore Health để nộp đơn kháng nghị (95 ngày đối với các vấn đề về quốc tịch và nhập cư).

Trách nhiệm của quý vị: Những việc quý vị phải thực hiện

Nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký bảo hiểm thông qua Explore Health, quý vị phải:

- Cung cấp cho Explore Health thông tin trung thực, chính xác và đầy đủ.
- Cung cấp giấy tờ chứng minh để xác minh một số thông tin quý vị khai báo nếu không thể xác minh những thông tin đó thông qua các cơ sở dữ liệu liên bang và tiểu bang.
- Báo cáo các thay đổi cho Explore Health (xem bên dưới).
- Nếu được yêu cầu, thanh toán phí bảo hiểm hằng tháng để duy trì hiệu lực của chương trình bảo hiểm y tế và/hoặc nha khoa của quý vị. Thanh toán phí bảo hiểm trực tiếp cho công ty bảo hiểm của quý vị.
- Yêu cầu chấm dứt bảo hiểm thông qua Explore Health nếu quý vị đủ điều kiện tham gia một chương trình bảo hiểm y tế khác, bao gồm bảo hiểm thông qua chủ lao động, Chương trình Y tế Oregon (Oregon Health Plan, OHP), Medicare hoặc chương trình bảo hiểm y tế của VA.

Báo cáo các thay đổi

Nếu quý vị được xác định là đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, quý vị phải báo cáo một số thay đổi ảnh hưởng đến quý vị và những người khác đang tham gia bảo hiểm trong hộ gia đình của quý vị. Nếu quý vị không báo cáo các thay đổi theo yêu cầu, quý vị có thể nhận được khoản hỗ trợ tài chính vượt quá mức được hưởng. Quý vị có thể phải hoàn trả một phần hoặc toàn bộ khoản tín thuế phí bảo hiểm mà quý vị đã nhận.

Khi được chấp thuận nhận hỗ trợ tài chính, quý vị sẽ được cung cấp thêm thông tin về việc báo cáo các thay đổi trong Thông báo về Điều kiện Đủ tiêu chuẩn. Quý vị nên báo cáo các thay đổi trong vòng 30 ngày để tránh nhận khoản tín thuế phí bảo hiểm tạm ứng vượt quá mức quý vị đủ điều kiện được hưởng. Quý vị cũng có thể tìm thông tin tại ExploreHealthOR.gov hoặc đăng nhập vào Bảng điều khiển dành cho Người nộp đơn.

Khi quý vị báo cáo một thay đổi, hệ thống Explore Health sẽ thông báo cho quý vị biết liệu quý vị có cần cung cấp giấy tờ xác minh hay không. Nếu thay đổi đó ảnh hưởng đến chương trình bảo hiểm mà quý vị đang tham gia, Explore Health sẽ thông báo cho quý vị. Nếu quý vị không chắc mình có cần báo cáo một thay đổi hay không, quý vị có thể hỏi Đối tác Hỗ trợ Ghi danh của Explore Health hoặc Nhân viên Chăm sóc khách hàng.

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