تنسيقات ولغات أخرى
يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر مجانًا. يمكنك التواصل مع Explore Health عبر البريد الإلكتروني explorehealth@oha.oregon.gov أو الاتصال بالهاتف على الرقم 855-268-3767 (مكالمة صوتية). نقبل جميع مكالمات الترحيل.

نموذج الممثل المعتمد في Explore Health

يحق لك اختيار ممثل معتمد لمساعدتك.

إن هذا شخص موثوق لديه إذن منك للتحدث بشأن طلبك المقدم إلى Explore Health، والاطلاع على معلوماتك، والنيابة عنك في الأمور المتعلقة بطلبك، بما في ذلك استلام معلوماتك والتوقيع على المستندات نيابة عنك. إذا كنت تريد تعيين ممثل معتمد، فيجب عليك إكمال هذا النموذج وإرساله. يمكن أن يكون ممثلك المعتمد محاميًا، ولكن ليس بالضرورة أن يكون كذلك.

سيكون بمقدور ممثلك المعتمد القيام بما يلي:

- التوقيع على طلبك والنماذج الأخرى كما لو كنت أنت بنفسك،
- إرسال التحديثات،
- الرد على طلبات التجديد أو طلبات التحقق نيابة عنك،
- استلام نسخ من الإشعارات والمراسلات الأخرى الخاصة بك من Explore Health، و
- التصرف نيابة عنك في جميع الأمور الأخرى مع Explore Health **إلى أن تبلغنا برغبتك في إجراء تغيير** .

إذا احتجت في أي وقت إلى تغيير ممثلك المعتمد، بما في ذلك إلغاء تفويضه، فيُرجى الاتصال بمركز مساعدة العملاء في Explore Health) على الرقم 855-268-3767 (تُقبل مكالمات الترحيل).

الخطوة الأولى: معلومات مقدم الطلب الأساسي

الرقم التعريفي للطلب: _____

الرقم التعريفي للأسرة: _____

الاسم (الأول، الأوسط، اسم العائلة): _____

تاريخ الميلاد (mm/dd/yyyy): _____

البريد الإلكتروني: _____

رقم هاتف المنزل: _____

رقم الهاتف المحمول: _____

عنوان المنزل: _____

المدينة والولاية والرمز البريدي: _____

الخطوة الثانية: معلومات الممثل المعتمد

بتعيين ممثل معتمد، فإنك تطلب من Explore Health إرسال جميع المراسلات إليه.

الاسم (الأول، الأوسط، اسم العائلة): _____

تاريخ الميلاد (mm/dd/yyyy): _____

البريد الإلكتروني: _____

رقم هاتف المنزل:

رقم الهاتف المحمول:

عنوان المنزل:

المدينة والولاية والرمز البريدي:

الخطوة الثالثة: الاتفاقيات والتوقيعات

(باستثناء وكلاء التأمين والمساعدين[1])

يجوز للممثل المعتمد القيام بأمور لصالح مقدم الطلب مثل: التوقيع على الطلبات وعمليات التجديد وإرسالهما، والإبلاغ عن التغييرات، واستلام نسخ من الإشعارات والمراسلات الأخرى.

يجوز للممثل المعتمد التصرف نيابة عن مقدم الطلب في برامج Explore Health، أو إدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون (ODHS)، أو هيئة صحة أوريغون (OHA) التي يتقدم للحصول عليها أو يستفيد منها (باستثناء برنامج المساعدة المؤقتة للناجين من العنف المنزلي، وفي بعض الحالات خدمات الرعاية طويلة الأجل). سينطبق هذا على جميع مقدمي الطلبات في الأسرة. يحل الممثل المعتمد المذكور في هذا النموذج محل أي ممثلين معتمدين معينين سابقًا في الأسرة.

يظل الشخص أو المؤسسة التي يتم اختيارها كممثل معتمد هي الممثل المُفوّض حتى:

- يُبلغ مقدم الطلب في الأسرة Explore Health وإدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون وهيئة صحة أوريغون برغبته في إنهاء هذا التفويض؛ أو
- يُبلغ الممثل المعتمد Explore Health وإدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون وهيئة صحة أوريغون برغبته في إنهاء هذا التفويض؛ أو
- لم يعد يُسمح للشخص أو المؤسسة بالعمل كممثل معتمد لمقدم الطلب؛ أو
- يتم استبدال الممثل المعتمد بممثل معتمد جديد يعيّنه مقدم الطلب أو الممثل المعتمد إذا كانت هناك سلطة قانونية قائمة (مثل، التوكيل الرسمي، أو الوصاية).

إذا قدّم الممثل المعتمد معلومات خاطئة أو غير كاملة إلى Explore Health، أو إدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون، أو هيئة صحة أوريغون، وأدت هذه المعلومات إلى دفع مبالغ زائدة، فسيتعين على مقدمي الطلبات وأي أطراف أخرى مسؤولة دفع المبالغ التي لم يكن ينبغي عليهم الحصول عليها. وإذا حجب الممثل المعتمد معلومات أو قدّم معلومات خاطئة عن علم، فسيتعين عليه أيضًا دفع أي مبالغ تم تكبدها بسبب هذا التصرف. يجب على الممثل المعتمد الحفاظ على سرية أي معلومات تقدمها إلى Explore Health، أو إدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون، أو هيئة صحة أوريغون بشأن أي شخص مذكور في الطلب أو ملف الحالة، بالإضافة إلى الالتزام بأي قوانين بالولاية وقوانين اتحادية أخرى ذات صلة تتعلق بتضارب المصالح وسرية المعلومات.

بالتوقيع على هذا النموذج، يفوض الموقّع أدناه ممثله المعتمد للتصرف نيابة عنه على النحو الموضح أعلاه لأي من:

☐ حتى (التاريخ بالشهر/اليوم/السنة):

☐ إلى حين إشعاري - بصفتي مقدم الطلب الأساسي - بإنهاء تفويض الممثل للقيام بأي إجراء بالنيابة عني.

توقيع مقدم الطلب الأساسي:

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة):

الاسم بخط واضح:

[1] لقد أبرم وكلاء التأمين والمساعدون بالفعل اتفاقية مشاركة تتضمن هذه الشروط والأحكام. ونتيجة لذلك، فإن توقيعهم غير مطلوب. يجب على وكلاء التأمين والمساعدين إكمال نموذج التفويض. ولا يُسمح بتعيينهم كممثلين معتمدين في حسابات العملاء.

توقيع الممثل المعتمد: _____

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة): _____

الاسم بخط واضح: _____

الخطوة الخامسة: أرسل النموذج المُكتمل بإحدى الطرق التالية

- إذا كنت ممثلاً معتمدًا مُعيّنًا بموجب القانون لشخص ما، فيُرجى إرسال دليل مع هذا الطلب.
- يُرجى عدم إرسال المستندات الأصلية. لا يُحتفظ بأي مستندات لمدة تتجاوز 60 يومًا، وسيتم إتلافها بعد تحميلها على بوابة العميل.
- احتفظ بنسخة مكتملة منها في سجلاتك.

عبر الإنترنت

للحصول على معالجة أسرع، قم بتحميل هذا المستند في حسابك عبر الإنترنت على موقع ExploreHealthOR.gov.

البريد

Explore Health
PO Box 191
Salem, OR 97308

الفاكس

888-705-8691

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767 (تقبل مكالمات الترحيل)
ExploreHealthOR.gov