Andere Formate und Sprachen

Sie können dieses Dokument kostenlos in anderen Sprachen, als Großdruck, in Brailleschrift oder in einem von Ihnen bevorzugten Format erhalten. Wenden Sie sich unter explorehealth@oha.oregon.gov oder 855-268-3767 (Telefon) an Explore Health. Wir nehmen alle Anrufe über Relay-Dienste an.

Explore Health – Formular für eine bevollmächtigte Vertretung

Sie haben das Recht, eine bevollmächtigte Vertretung zu wählen, die Sie unterstützt.

Dabei handelt es sich um eine Person Ihres Vertrauens, der Sie die Erlaubnis erteilen, mit Explore Health über Ihren Antrag zu sprechen, Ihre Angaben einzusehen und in Angelegenheiten im Zusammenhang mit Ihrem Antrag in Ihrem Namen zu handeln, einschließlich des Erhalts von Informationen über Sie und der Unterzeichnung von Dokumenten in Ihrem Namen. Wenn Sie eine bevollmächtigte Vertretung benennen möchten, müssen Sie dieses Formular ausfüllen und einreichen. Ihre bevollmächtigte Vertretung kann Rechtsanwältin bzw. Rechtsanwalt sein, muss es jedoch nicht.

Ihre bevollmächtigte Vertretung kann:

- Ihren Antrag und andere Formulare in Ihrem Namen unterzeichnen,
- Aktualisierungen einreichen,
- Auf Aufforderungen zur Erneuerung oder Überprüfung in Ihrem Namen reagieren,
- Kopien Ihrer Mitteilungen und anderer Nachrichten von Explore Health erhalten und
- in allen anderen Angelegenheiten mit Explore Health in Ihrem Namen handeln, **bis Sie uns mitteilen, dass Sie eine Änderung vornehmen möchten**.

Wenn Sie Ihre bevollmächtigte Vertretung ändern müssen, einschließlich der Aufhebung Ihrer bevollmächtigten Vertretung, wenden Sie sich bitte unter 855-268-3767 an das Kundenservicezentrum von Explore Health (Anrufe über einen Relay-Dienst werden angenommen).

Schritt 1: Angaben zur primären antragstellenden Person

Antrags-ID: _____

Haushalts-ID: _____

Name (Vorname, zweiter Vorname, Nachname): _____

Geburtsdatum (MM/TT/JJJJ): _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer (Festnetz): _____

Mobiltelefonnummer: _____

Wohnadresse: _____

Stadt, Bundesstaat und Postleitzahl: _____

Schritt 2: Angaben zur bevollmächtigten Vertretung

Indem Sie eine bevollmächtigte Vertretung benennen, bitten Sie Explore Health darum, sämtliche Mitteilungen an Ihre bevollmächtigte Vertretung zu senden.

Name (Vorname, zweiter Vorname, Nachname): _____

Geburtsdatum (MM/TT/JJJJ): _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer (Festnetz): _____

Mobiltelefonnummer: _____

Wohnadresse: _____

Stadt, Bundesstaat und Postleitzahl: _____

Schritt 3: Vereinbarungen und Unterschriften

(außer von Versicherungsvertreterinnen bzw. Versicherungsvertretern und Antragsunterstützerinnen bzw. Antragsunterstützern[1])

Eine bevollmächtigte Vertretung kann für die antragstellende Person beispielsweise Anträge und Verlängerungen unterzeichnen und einreichen, Änderungen melden sowie Kopien von Mitteilungen und anderen Nachrichten erhalten.

Eine bevollmächtigte Vertretung kann im Namen der antragstellenden Person in Bezug auf Programme von Explore Health, ODHS oder OHA handeln, für die die antragstellende Person einen Antrag stellt oder die sie erhält (mit Ausnahme des Programms für vorübergehende Unterstützung für Überlebende häuslicher Gewalt und in bestimmten Fällen von Langzeitpflegeleistungen). Dies gilt für alle antragstellenden Personen im Haushalt. Die auf diesem Formular angegebene bevollmächtigte Vertretung ersetzt alle zuvor für den Haushalt benannten bevollmächtigten Vertretungen.

Die als bevollmächtigte Vertretung ausgewählte Person oder Organisation bleibt bevollmächtigte Vertretung, bis:

- eine antragstellende Person im Haushalt Explore Health, ODHS oder OHA mitteilt, dass sie diese Genehmigung beenden möchte, oder

[1] Versicherungsvertreterinnen bsw. Versicherungsvertreter und Antragsunterstützerinnen bzw. Antragsunterstützer haben bereits eine Teilnahmevereinbarung unterzeichnet, die diese Bestimmungen und Bedingungen enthält. Daher ist ihre Unterschrift nicht erforderlich. Versicherungsvertreterinnen bzw. Versicherungsvertreter und Antragsunterstützerinnen bzw. Antragsunterstützer sollten das Formular für die Bevollmächtigung ausfüllen. Sie dürfen nicht als bevollmächtigte Vertretung in Verbraucherkonten eingetragen werden.

- die bevollmächtigte Vertretung Explore Health, ODHS oder OHA mitteilt, dass sie diese Genehmigung beenden möchte, oder
- die Person oder Organisation nicht mehr berechtigt ist, als bevollmächtigte Vertretung der antragstellenden Person zu handeln, oder
- die bevollmächtigte Vertretung durch eine neue bevollmächtigte Vertretung ersetzt wird, die von der antragstellenden Person oder einer bevollmächtigten Vertretung bestellt wurde, sofern eine entsprechende rechtliche Befugnis besteht (z. B. Vollmacht oder Vormundschaft).

Erteilt die bevollmächtigte Vertretung Explore Health, ODHS oder OHA falsche oder unvollständige Angaben und führen diese Angaben zu einer Überzahlung, müssen die antragstellenden Personen und alle anderen zahlungspflichtigen Personen die Beträge zurückzahlen, auf die sie keinen Anspruch hatten. Wenn die bevollmächtigte Vertretung wissentlich Informationen zurückhält oder falsche Angaben macht, muss auch die bevollmächtigte Vertretung diese Beträge zurückzahlen. Die bevollmächtigte Vertretung muss die Vertraulichkeit aller von Explore Health, ODHS oder OHA bereitgestellten Informationen über alle im Antrag oder Fall aufgeführten Personen wahren und alle anderen einschlägigen bundesstaatlichen und bundesrechtlichen Vorschriften zu Interessenkonflikten und zur Vertraulichkeit von Informationen einhalten.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars bevollmächtigt die unterzeichnende Person hiermit ihre bevollmächtigte Vertretung, wie oben angegeben in ihrem Namen zu handeln, entweder:

☐ bis zum (Datum im Format MM/TT/JJJJ): _____

☐ bis ich, die primäre antragstellende Person, angebe, dass die Vertretung nicht mehr berechtigt ist, in meinem Namen zu handeln.

Unterschrift der primären antragstellenden Person: _____

Datum der Unterschrift (MM/TT/JJJJ): _____

Name in Druckbuchstaben: _____

Unterschrift der bevollmächtigten Vertretung: _____

Datum der Unterschrift (MM/TT/JJJJ): _____

Name in Druckbuchstaben: _____

Schritt 5: Reichen Sie das ausgefüllte Formular auf eine der folgenden Arten ein

- Wenn Sie gesetzlich zur bevollmächtigten Vertretung für eine andere Person bestellt wurden, reichen Sie bitte zusammen mit diesem Antrag einen entsprechenden Nachweis ein.
- Bitte senden Sie keine Originale. Dokumente werden nicht länger als 60 Tage aufbewahrt und nach dem Hochladen in das Verbraucherportal vernichtet.
- Bewahren Sie eine ausgefüllte Kopie für Ihre Unterlagen auf.

Online	Post	Fax
Für eine schnellere Bearbeitung laden Sie dieses Dokument in Ihrem Online-Konto unter ExploreHealthOR.gov hoch.	Explore Health PO Box 191 Salem, OR 97308	888-705-8691

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (Anrufe über einen Relay-Dienst werden angenommen)

OREGON HEALTH AUTHORITY