その他のフォーマットと言語

この文書は他の言語、大活字、点字またはご希望の形式にて無料で入手することができます。Explore Health（explorehealth@oha.oregon.gov または 855-268-3767［音声］）までお問い合わせください。すべてのリレー通話サービスをご利用いただけます。

Explore Health 代理人指定フォーム

正式な代理人を選任し、支援を受ける権利があります。

正式な代理人とは、あなたの許可を得て、Explore Health とあなたの申請について話し合い、あなたの情報を閲覧し、あなたに関する情報の受領やあなたに代わる書類への署名を含め、申請に関する事項についてあなたに代わって行動する信頼できる方です。正式な代理人を指名したい場合、このフォームに記入して提出する必要があります。正式な代理人には、弁護士を選ぶことができますが、弁護士である必要はありません。

正式な代理人は、以下のことを行うことができます。

- あなたに代わって申請書やその他のフォームに署名すること。
- 更新情報を提出すること。
- あなたに代わって更新または確認の要求に回答すること。
- Explore Health からの通知やその他の連絡文書のコピーを受け取ること。
- **変更を希望する旨をあなたが当機関に伝えるまで**、Explore Health に関するその他のすべての事項について、あなたに代わって行動すること。

除外する場合も含め、正式な代理人を変更する必要がある場合は、Explore Health カスタマー支援センター（855-268-3767［リレー通話サービスも対応可能］）までご連絡ください。

ステップ 1：主たる申請者情報

申請書 ID：_____

世帯 ID：_____

氏名（ミドルネームを含む）：_____

生年月日：_____

メールアドレス：_____

自宅の電話番号：_____

携帯電話番号：

自宅住所：

市、州、郵便番号：

ステップ 2：公認代理人に関する情報

正式な代理人を指定することにより、Explore Health からのすべての連絡をその代理人に送付するよう依頼することになります。

氏名（ミドルネームを含む）：

生年月日：

メールアドレス：

自宅の電話番号：

携帯電話番号：

自宅住所：

市、州、郵便番号：

ステップ 3：同意書および署名

（保険代理人および支援員以外[1]）

正式な代理人は、申請者のために以下のようなことができます。申請書と更新に署名して提出する、変更を報告する、通知やその他の伝達事項のコピーを受け取る。

正式な代理人は、申請者が申請または受給する Explore Health、ODHS、または OHA のプログラムに関して、申請者に代わって行動することができます（ただし、家庭内暴力サバイバー向け一時支援プログラム、および場合によっては長期介護サービスは除きます）。これは、世帯内の申請者全員に適用されます。このフォームに記載された正式な代理人は、この世帯について以前に指定された正式な代理人に代わるものとなります。

正式な代理人として選任された個人または組織は、以下のいずれかに該当するまで、正式な代理人としての地位を継続します。

- 申請者が Explore Health、ODHS、または OHA にこの許可を終了したいと申し出た。

[1] 保険代理人および支援員は、この規約を含む参加同意書に署名しています。したがって、保険代理人および支援員の署名は必要ありません。保険代理人および支援員は許可フォームに記入する必要があります。消費者アカウントで、正式な代理人として選任することはできません。

- 正式な代理人が Explore Health、ODHS、または OHA にこの許可を終了したいと申し出た。
- その個人または組織が、申請者の正式な代理人として活動することが認められなくなった。
- 正式な代理人が、申請者、または法的権限（委任状、後見など）が存在する場合に正式な代理人によって指名された新たな正式な代理人に置き換わった。

正式な代理人が Explore Health、ODHS、または OHA に誤った情報または不完全な情報を提供し、その結果過払いが発生した場合、申請者およびその他の責任を負う当事者は、受け取るべきではなかった金額を返還しなければなりません。正式な代理人が故意に情報を隠蔽したり、誤った情報を提供したりした場合も、正式な代理人は返金しなければなりません。正式な代理人は、申請書またはケースに記載されている方に関して Explore Health、ODHS、または OHA から提供された情報の機密性を維持するとともに、利益相反および情報の機密性に関するその他の関連する州法および連邦法を遵守しなければなりません。

この用紙に署名することにより、署名者は、上記に指定された事項に関して、正式な代理人に自身の代理として行動する権限を与えるものとします。

☐（日付［年月日］）まで：_____

☐ 私、主たる申請者が、代理人が私の代理人としての権限を持たなくなった旨を申し出るまで。

主たる申請者の署名：_____

署名日（年月日）：_____

氏名（活字体）：_____

正式な代理人の署名：_____

署名日（年月日）：_____

氏名（活字体）：_____

ステップ 5：記入したフォームは以下のいずれかの方法で提出してください

- あなたが正式な代理人である場合は、この申請書にその証明書類を添付してください。
- 原文書は送信しないでください。どの書類も 60 日を超えて保持されることはなく、申請者ポータルにアップロードされた後は廃棄されます。

- 記録全体のコピーを保持してください。

オンライン

この文書は、ExploreHealthOR.gov でご自分のオンラインアカウントからアップロードすると、より迅速に処理されます。

郵送先

Explore Health
PO Box 191
Salem, OR 97308

ファックス

888-705-8691

Explore Health: Oregon’s Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767（リレー通話サービスも対応可能）
ExploreHealthOR.gov