기타 형식 및 언어

본 문서는 다른 언어, 큰 글자, 점자 또는 원하는 형식으로 무료로 받아볼 수 있습니다. Explore Health에 explorehealth@oha.oregon.gov 또는 855-268-3767번(음성)으로 문의해 주십시오. 저희는 청각 장애인을 위한 모든 통신중계서비스를 허용합니다.

Explore Health 대리인 지정 양식(Explore Health Authorized Representative Form)

귀하는 귀하를 도와줄 공인 대리인을 선택할 권리가 있습니다.

이 사람은 귀하의 허락을 받아 Explore Health와 귀하의 신청서에 대해 논의하고, 귀하의 정보를 확인하며, 귀하에 대한 정보를 수신하고 귀하를 대신하여 서류에 서명하는 등 신청과 관련된 문제에 대해 귀하를 대신하여 행동하는 신뢰할 수 있는 사람입니다. 공인 대리인을 임명하고자 하는 경우, 이 양식을 반드시 작성하여 제출해야 합니다. 공인 대리인은 변호사일 수도 있지만, 반드시 변호사여야 하는 것은 아닙니다.

귀하의 공인 대리인은 다음과 같은 일을 할 수 있습니다.

- 귀하를 대신하여 신청서 및 기타 양식에 서명
- 업데이트(변경 사항) 제출
- 귀하를 대신하여 갱신 또는 검증 요청에 응답
- Explore Health가 발송하는 통지서 및 기타 연락 문의의 사본 수신
- **귀하가 변경을 원한다고 당사에 알릴 때까지** Explore Health와 관련된 기타 모든 문제에 대해 귀하를 대신하여 행동

공인 대리인을 해임(제외)하는 것을 포함하여 공인 대리인을 변경해야 하는 경우 언제든지 Explore Health 고객 지원 센터 855-268-3767로 문의해 주십시오(청각 장애인을 위한 통신중계서비스 이용 환영).

1단계: 주 신청인 정보

신청 ID: _____

가구 ID: _____

성명(이름, 중간 이름, 성):

생년월일(mm/dd/yyyy):

이메일:

집 전화번호:

휴대전화 번호:

집 주소:

도시, 주, 우편번호:

2단계: 공인 대리인 정보

공인 대리인을 지정함으로써, 귀하는 Explore Health가 모든 연락 사항을 귀하의 대리인에게 발송할 것을 요청하게 됩니다.

성명(이름, 중간 이름, 성):

생년월일(mm/dd/yyyy):

이메일:

집 전화번호:

휴대전화 번호:

집 주소:

도시, 주, 우편번호:

3단계: 동의 및 서명

(보험 대리인 및 지원 인력 제외[1])

공인 대리인은 신청인을 대신하여 신청서 및 갱신 서류 서명 및 제출, 변경 사항 보고, 통지서 및 기타 연락 사본 수신 등을 처리할 수 있습니다.

공인 대리인은 신청인이 신청하거나 혜택을 받는 Explore Health, 오리건주 인적서비스국(ODHS) 또는 오리건주 보건국(OHA) 프로그램에 대해 신청인을 대신하여 행동할 수 있습니다(가정 폭력

[1] 보험 대리인 및 지원 인력은 이러한 조건 및 규정이 포함된 참여 협약서를 이미 체결했습니다. 따라서 이들의 서명은 필요하지 않습니다. 보험 대리인 및 지원 인력은 위임 양식을 작성해야 합니다. 이들은 소비자 계정에 공인 대리인으로의 할당이 허용되지 않습니다.

생존자를 위한 임시 지원 프로그램 및 일부 장기 요양 서비스의 경우는 제외). 이는 가구 내 모든 신청인에게 적용됩니다. 본 양식에 기재된 공인 대리인은 이전에 가구를 위해 지정된 모든 공인 대리인을 대체합니다.

공인 대리인으로 선택된 개인 또는 조직은 다음 상황 중 하나가 발생할 때까지 공인 대리인의 자격을 유지합니다.

- 가구 내 신청인이 Explore Health, ODHS 또는 OHA에 이 승인을 종료하고 싶다고 알리거나, 또는
- 공인 대리인이 Explore Health, ODHS 또는 OHA에 이 승인을 종료하고 싶다고 알리거나, 또는
- 해당 개인 또는 조직이 더 이상 신청인의 공인 대리인으로 행동하도록 허용되지 않거나, 또는
- 신청인이 새로 지정한 공인 대리인이나 법적 권한(예: 위임장, 후견인 지정)이 있는 경우 공인 대리인에 의해 기존 공인 대리인이 교체된 경우.

공인 대리인이 Explore Health, ODHS 또는 OHA에 잘못되었거나 불완전한 정보를 제공하여 초과 지급이 발생한 경우, 신청인 및 기타 책임 당사자는 받지 말았어야 할 금액을 상환해야 합니다. 공인 대리인이 고의로 정보를 숨기거나 잘못된 정보를 제공한 경우, 공인 대리인 역시 이를 상환해야 합니다. 공인 대리인은 신청서 또는 사례에 기재된 누구에 대해서든 Explore Health, ODHS 또는 OHA가 제공한 모든 정보의 기밀을 유지해야 하며, 이해 상충 및 정보 기밀 유지와 관련된 기타 모든 관련 주 및 연방 법률을 준수해야 합니다.

본 양식에 서명함으로써, 아래 서명자는 귀하의 공인 대리인이 위에 명시된 대로 다음 기간 중 하나 동안 귀하를 대신하여 행동할 수 있는 권한을 부여합니다.

☐ 다음 날짜까지
(mm/dd/yyyy): _____

☐ 본 주 신청인이 대리인이 더 이상 본인을 대신할 권한이 없음을 표시할 때까지.

주 신청인 서명: _____
서명일(mm/dd/yyyy): _____
정자체 성명: _____

공인 대리인의 서명: _____
서명일(mm/dd/yyyy): _____

정자체 성명: _____

5단계: 작성 완료된 양식 제출 방법(다음 중 택일)

- 귀하가 누군가를 위해 법적으로 임명된 공인 대리인인 경우, 본 신청서와 함께 증빙 서류를 제출해 주십시오.
- 원본을 보내지 마십시오. 서류는 60일 이상 보관되지 않으며, 소비자 포털에 업로드된 후에는 파기됩니다.
- 기록 보관을 위해 작성 완료된 사본을 보관하십시오.

온라인

더 빠른 처리를 위해 ExploreHealthOR.gov의 귀하의 온라인 계정에 이 서류를 업로드해 주십시오.

우편:

Explore Health
PO Box 191
Salem, OR 97308

팩스:

888-705-8691

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (청각 장애인을 위한 통신중계서비스 이용 환영)
ExploreHealthOR.gov