Другие форматы и языки
Мы готовы бесплатно предоставить вам этот документ в переводе на другие языки, в варианте для слабовидящих (крупным шрифтом или шрифтом Брайля) или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с Explore Health по адресу эл. почты exploreheal th@oha.oregon.gov или по телефону 855-268-3767 (голосовая связь). Мы работаем со всеми службами коммутируемых сообщений.

Форма уполномоченного представителя Explore Health

Вы имеете право выбрать уполномоченного представителя для оказания вам помощи.

Это доверенное лицо, которое получило ваше разрешение на обсуждение вашей заявки с Explore Health, просмотр вашей информации и представление ваших интересов по вопросам, связанным с вашей заявкой, включая получение информации о вас и подписание документов от вашего имени. Если вы хотите назначить уполномоченного представителя, вам необходимо заполнить и подать эту форму. Вашим уполномоченным представителем может быть адвокат, но это не обязательно.

Ваш уполномоченный представитель будет иметь следующие полномочия:

- подписывать вашу заявку и другие формы так, как будто это делаете вы сами;
- обновлять информацию;
- отвечать на запросы о продлении или подтверждении ваших данных от вашего имени;
- получать копии уведомлений и других сообщений от Explore Health, а также
- действовать от вашего имени по всем остальным вопросам, связанным с Explore Health, **до тех пор, пока вы не сообщите нам о своем желании внести изменения**.

Если вам когда-либо понадобится сменить уполномоченного представителя, в том числе отменить полномочия уполномоченного представителя, обратитесь в Центр поддержки клиентов Explore Health по телефону 855-268-3767 (принимаются ретрансляционные звонки).

Шаг 1. Информация об основном заявителе

Идентификационный номер заявки: _____

Идентификационный номер домохозяйства: _____

Ф. И. О. (имя, отчество, фамилия): _____

Дата рождения (мм/дд/гггг): _____

Электронная почта: _____

Номер домашнего телефона: _____

Номер мобильного телефона: _____

Домашний адрес: _____

Город, штат и почтовый индекс: _____

Шаг 2. Информация об уполномоченном представителе

Назначая уполномоченного представителя, вы просите компанию Explore Health направлять всю корреспонденцию вашему представителю.

Ф. И. О. (имя, отчество, фамилия): _____

Дата рождения (мм/дд/гггг): _____

Электронная почта: _____

Номер домашнего телефона: _____

Номер мобильного телефона: _____

Домашний адрес: _____

Город, штат и почтовый индекс: _____

Шаг 3. Соглашения и подписи

(кроме страховых агентов и ассистентов[1])

Уполномоченный представитель может выполнять от имени заявителя следующие действия: подписывать и подавать заявки и запросы на продление, сообщать об изменениях, а также получать копии уведомлений и других сообщений.

Уполномоченный представитель может действовать от имени заявителя в рамках программ Explore Health, ODHS или OHA, на участие в которых он подает заявку или которые он получает (за исключением программы временной помощи жертвам домашнего насилия [Temporary Assistance for Domestic Violence Survivors] и, в некоторых случаях, услуг по долгосрочному уходу). Это будет касаться всех заявителей, проживающих в данном домохозяйстве. Уполномоченный представитель, указанный в данной форме, заменяет всех ранее назначенных уполномоченных представителей по данному домохозяйству.

Лицо или организация, выбранные в качестве уполномоченного представителя, будут оставаться таковыми до тех пор, пока:

- заявитель из этого домохозяйства не сообщит Explore Health, ODHS или OHA о своем желании прекратить действие данного разрешения; или
- уполномоченный представитель не сообщит Explore Health, ODHS или OHA о своем желании прекратить действие данного разрешения; или
- данное лицо или организация больше не имеют права выступать в качестве уполномоченного представителя заявителя; или
- уполномоченный представитель не будет заменен новым уполномоченным представителем, назначенным заявителем, либо уполномоченным представителем, который имеет соответствующие юридические полномочия (т. е. доверенность, опекунство).

Если уполномоченный представитель предоставит Explore Health, ODHS или OHA неверную или неполную информацию, в результате чего возникнет переплата, заявители и любые другие ответственные стороны должны будут вернуть средства, которые они не имели права получать. Если уполномоченный представитель сознательно утаивает информацию или предоставляет неверные сведения, ему также придется вернуть денежные средства. Уполномоченный представитель обязан сохранять конфиденциальность любой информации, предоставленной Explore Health, ODHS или OHA в отношении лиц, указанных в заявке или деле, а также соблюдать

[1] Страховые агенты и ассистенты уже подписали соглашение об участии, в которое были включены данные условия. В связи с этим их подпись не требуется. Страховые агенты и ассистенты должны заполнить форму разрешения. Их нельзя назначать уполномоченными представителями для ведения учетных записей потребителей.

любые другие применимые законы штата и федеральное законодательство, касающиеся конфликта интересов и конфиденциальности информации.

Подписывая эту форму, нижеподписавшийся настоящим уполномочивает своего уполномоченного представителя действовать от его имени как указано выше до одного из следующих моментов**:**

☐ До (дата в формате мм/дд/гггг): _____

☐ До тех пор, пока я, основной заявитель, не укажу, что представитель больше не уполномочен действовать от моего имени.

Подпись основного заявителя: _____

Дата подписания (мм/дд/гггг): _____

Имя и фамилия печатными буквами: _____

Подпись уполномоченного представителя: _____

Дата подписания (мм/дд/гггг): _____

Имя и фамилия печатными буквами: _____

Шаг 5. Подайте заполненную форму одним из указанных ниже способов

- Если вы являетесь законно назначенным уполномоченным представителем какого-либо лица, просим приложить к данной заявке соответствующее документальное подтверждение.
- Пожалуйста, не присылайте оригиналы. Все документы хранятся не более 60 дней и уничтожаются после загрузки на портал для пользователей.
- Сохраните заполненную копию в своих документах.

Онлайн	**Почта**	**Факс**
Для ускорения обработки загрузите этот документ в свою учетную запись на сайте ExploreHealthOR.gov.	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 (принимаются ретрансляционные звонки)
ExploreHealthOR.gov