其他格式及語言

您可以免費獲取本文件其他語言、大字體、盲文或您首選格式的版本。如欲聯絡 Explore Health，可發送電郵至 explorehealth@oha.oregon.gov 或致電 855-268-3767 (語音) 。我們接受所有轉駁電話。

Explore Health 授權代表表格

您有權選擇授權代表協助您。

這是您信任並獲您授權的人士，可代表您與 Explore Health 討論您的申請、查閱您的資料，並就申請相關事宜代您行事，包括接收您的資訊和代您簽署文件。如您想委任授權代表，必須填寫和提交此表格。授權代表可以是律師，但非必須。

您的授權代表將可：

- 代您簽署申請表及其他文件；
- 提交更新資料；
- 代您回應續期或核實要求；
- 接收來自 Explore Health 的通知及其他通訊副本；及
- 在所有其他事宜上代您與 Explore Health 行事，**直至您告知我們您希望作出更改為止**。

如果需要更改授權代表（包括撤銷授權代表），請致電 855-268-3767（接聽轉駁來電）以聯絡 Explore Health 客戶服務中心。

第 1 步：主要申請者資料

申請者 ID：_____

家庭 ID：_____

姓名（名字、中間名、姓氏）：_____

出生日期（月月/日日/年年年年）：_____

電郵：_____

家居電話號碼：_____

手提電話號碼。_____

住宅地址：_____

城市、州和郵政編碼：_____

第 2 步：授權代表資料

透過指定授權代表，即要求 Explore Health 將所有通訊發送給您的代表。

姓名（名字、中間名、姓氏）：

出生日期（月月/日日/年年年年）：

電郵：

家居電話號碼：

手提電話號碼。

住宅地址：

城市、州和郵政編碼：

第 3 步：協議及簽署

（保險代理及助理員除外[1]）

授權代表可為申請者執行以下事項：簽署和提交申請和續期、申報變更，以及接收通知及其他通訊的副本。

授權代表可代表申請者就其申請或領取的 Explore Health、ODHS 或 OHA 計劃行事（家暴倖存者臨時援助計劃及若干情況下的長期護理服務除外）。此將適用於家庭中的所有申請者。本表格上列出的授權代表將取代任何先前為家庭指定的授權代表。

被選為授權代表的個人或組織將一直擔任授權代表，直至：

- 家庭中的申請者通知 Explore Health、ODHS 或 OHA 希望終止此授權；或
- 授權代表告知 Explore Health、ODHS 或 OHA，其想終止此項審批；或
- 該個人或組織不再獲許擔任申請者的授權代表；或
- 授權代表被申請者或授權代表（如有法律權限，即授權書、監護權）指定的新授權代表取代。

如果授權代表向 Explore Health、ODHS 或 OHA 提供錯誤或不完整的資料，並且這些資料導致多付款，則申請者和任何其他責任方必須償還他們不應收到的款項。如果授權代表故意隱瞞或提供錯誤資料，該授權代表也必須償還。授權代表必須對 Explore Health、ODHS 或 OHA 提供的有關申請表或個案中所列任何人的資料保密，並遵守有關利益衝突和資料保密的任何其他相關州和聯邦法律。

透過簽署本表格，簽署人茲此授權其授權代表按上述規定代其行事：

[1]保險代理及助理員已簽署載有此等條款及細則的參與協議。因此，保險代理及助理員不用簽署。保險代理及助理員應填寫授權表格，不得被指定為消費者帳戶的授權代表。

☐直至（日期 月月/日日/年年年年）：_____

☐直至我（主要申請者）表明該代表不再獲授權代我行事。

主要申請者簽署：_____

簽署日期（月月/日日/年年年年）：_____

正楷姓名：_____

授權代表簽署：_____

簽署日期（月月/日日/年年年年）：_____

正楷姓名：_____

第 5 步：透過以下方式之一提交填妥的表格

- 如您是某人的合法指定授權代表，請隨本申請表提交證明。
- 請勿發送正本。所有文件保存期不超過 60 天，並會在上載至消費者系統後銷毀。
- 請保留已填妥的副本以作記錄。

網上	**郵件**	**傳真**
為了加快處理，請在 ExploreHealthOR.gov 的網上帳戶中上載此文件。	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（接聽轉駁來電）
ExploreHealthOR.gov