Інші формати та мови
Ви можете безкоштовно отримати цей документ іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або в іншому зручному для вас форматі. Зверніться до Explore Health за адресою explorehealth@oha.oregon.gov або 855-268-3767 (голосовий зв'язок). Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

Форма уповноваженого представника Explore Health

Ви маєте право обрати уповноваженого представника, який допомагатиме Вам.

Це довірена особа, якій Ви надали дозвіл вести переговори з Explore Health щодо Вашої заявки, переглядати Вашу інформацію та діяти від Вашого імені з питань, пов'язаних із Вашою заявкою, зокрема отримувати інформацію про Вас і підписувати документи від Вашого імені. Якщо Ви хочете призначити уповноваженого представника, Ви повинні заповнити та подати цю форму. Вашим уповноваженим представником може бути адвокат, але це не обов'язково.

Ваш уповноважений представник матиме право:

- підписувати Вашу заявку та інші форми від Вашого імені;
- подавати оновлену інформацію;
- відповідати від Вашого імені на запити щодо поновлення або підтвердження інформації;
- отримувати копії повідомлень та інших повідомлень від Explore Health, та
- діяти від Вашого імені з усіх інших питань, пов'язаних із Explore Health, **доки Ви не повідомите нас про бажання внести зміни.**

Якщо Вам коли-небудь потрібно буде змінити свого уповноваженого представника, зокрема відкликати повноваження уповноваженого представника, зверніться до Центру допомоги клієнтам Explore Health за телефоном 855-268-3767 (дзвінки через службу ретрансляції приймаються).

Крок 1: Інформація про основного заявника

Ідентифікатор заявки: _____

Ідентифікатор домогосподарства: _____

П. І. Б. (прізвище, ім'я, по батькові): _____

Дата народження (мм/дд/рррр): _____

Ел. пошта: _____

Домашній номер телефону: _____

Мобільний номер телефону: _____

Домашня адреса: _____

Місто, штат, поштовий індекс: _____

Крок 2: Інформація про уповноваженого представника

Призначаючи уповноваженого представника, Ви просите Explore Health надсилати всі повідомлення Вашому представнику.

П. І. Б. (прізвище, ім’я, по батькові): _____

Дата народження (мм/дд/рррр): _____

Ел. пошта: _____

Домашній номер телефону: _____

Мобільний номер телефону: _____

Домашня адреса: _____

Місто, штат, поштовий індекс: _____

Крок 3: Угоди та підписи

(крім страхових агентів та помічників[1]**)**

Уповноважений представник може виконувати від імені заявника, зокрема, такі дії: підписувати та подавати заявки й документи на поновлення, повідомляти про зміни, а також отримувати копії повідомлень та інших інформаційних матеріалів.

Уповноважений представник може діяти від імені заявника щодо програм Explore Health, ODHS або OHA, на які заявник подає заявку або які отримує (за винятком програми тимчасової допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства, а в деяких випадках - послуг довгострокового догляду). Це поширюється на всіх

[1] Страхові агенти та помічники вже уклали Угоду про участь, яка містить ці положення та умови. Тому їхній підпис не потрібен. Страхові агенти та консультанти повинні заповнити Форму уповноваження. Їх не можна призначати уповноваженими представниками в облікових записах споживачів.

заявників у домогосподарстві. Уповноважений представник, зазначений у цій формі, замінить усіх раніше призначених уповноважених представників для цього домогосподарства.

Особа або організація, обрана уповноваженим представником, залишається ним до тих пір, поки:

- заявник у домогосподарстві не повідомить Explore Health, ODHS або OHA про те, що він хоче припинити дію цього дозволу; або
- уповноважений представник повідомляє Explore Health, ODHS або OHA, що він хоче припинити дію цього дозволу; або
- особа або організація більше не має права діяти як уповноважений представник заявника, або
- уповноваженого представника замінює новий уповноважений представник, призначений заявником, або уповноважений представник, якщо є законні повноваження (наприклад, довіреність, опікунство).

Якщо уповноважений представник надає неправильну або неповну інформацію Explore Health, ODHS або OHA, і ця інформація призводить до переплати, заявники та будь-які інші відповідальні особи повинні будуть повернути кошти, які вони не повинні були отримати. Якщо уповноважений представник свідомо приховує або надає недостовірну інформацію, він також повинен буде відшкодувати збитки. Уповноважений представник повинен зберігати конфіденційність будь-якої інформації, наданої Explore Health, ODHS або OHA щодо будь-якої особи, зазначеної в заяві або справі, а також дотримуватися будь-яких інших відповідних законів штату та федеральних законів, що стосуються конфлікту інтересів та конфіденційності інформації.

Підписуючи цю форму, нижчепідписаний уповноважує свого уповноваженого представника діяти від його імені, як зазначено вище, протягом:

☐ До (дата в мм/дд/рррр): _____

☐ Доки я, основний заявник, не вкажу, що представник більше не уповноважений діяти від мого імені.

Підпис основного заявника: _____

Дата підписання (мм/дд/рррр): _____

П. І. Б. друкованими літерами: _____

Підпис уповноваженого представника: _____

Дата підписання (мм/дд/рррр): _____

П. І. Б. друкованими літерами: _____

Крок 5: Надішліть заповнену форму одним із наведених нижче способів

- Якщо Ви є законним уповноваженим представником когось, будь ласка, надайте підтверджуючі документи разом із цією заявкою.
- Будь ласка, не надсилайте оригінали документів. Документи зберігаються не більше 60 днів і будуть знищені після завантаження до порталу заявника.
- Зберігайте заповнену копію для своїх записів.

Он лайн	**Поштова адреса**	**Факс**
Для швидшої обробки завантажте цей документ у свій онлайн-акаунт на сайті 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 (дзвінки через службу ретрансляції приймаються)
ExploreHealthOR.gov