Các định dạng và ngôn ngữ khác
Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng các ngôn ngữ khác, bản in chữ lớn, chữ nổi braille hoặc định dạng quý vị muốn hoàn toàn miễn phí. Liên lạc với Explore Health theo địa chỉ explorehealth@oha.oregon.gov hoặc 855-268-3767 (thoại). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.

Mẫu chỉ định người đại diện được ủy quyền - Explore Health

Quý vị có quyền chọn một người đại diện được ủy quyền để giúp quý vị.

Đây là người mà quý vị tin tưởng và cho phép trao đổi về đơn của quý vị với Explore Health, xem thông tin của quý vị và thay mặt quý vị giải quyết các vấn đề liên quan đến đơn của quý vị, bao gồm nhận thông tin về quý vị và ký tài liệu thay mặt quý vị. Nếu quý vị muốn chỉ định một người đại diện được ủy quyền, quý vị phải điền và nộp mẫu này. Người đại diện được ủy quyền của quý vị có thể là luật sư nhưng không bắt buộc phải là luật sư.

Người đại diện được ủy quyền của quý vị sẽ có thể:

- Thay mặt quý vị ký đơn và các mẫu khác,
- Gửi thông tin cập nhật,
- Thay mặt quý vị phản hồi các yêu cầu gia hạn hoặc xác minh,
- Nhận bản sao các thông báo và thư từ khác từ Explore Health, và
- Thay mặt quý vị giải quyết tất cả các vấn đề khác với Explore Health **cho đến khi quý vị cho chúng tôi biết quý vị muốn thay đổi**.

Nếu quý vị cần thay đổi người đại diện được ủy quyền, bao gồm bãi nhiệm người đại diện được ủy quyền của quý vị, vui lòng liên lạc với Trung tâm Hỗ trợ Khách hàng Explore Health theo số 855-268-3767 (chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp).

Bước 1: Thông tin người nộp đơn chính

ID Đơn đăng ký: _____

ID Hộ gia đình: _____

Họ tên (Tên, Tên đệm, Họ): _____

Ngày sinh (tháng/ngày/năm): _____

Thư điện tử: _____

Số điện thoại nhà: _____

Số điện thoại di động: _____

Địa chỉ nhà riêng: _____

Thành phố, Tiểu bang và Mã ZIP: _____

Bước 2: Thông tin người đại diện được ủy quyền

Bằng việc chỉ định một người đại diện được ủy quyền, quý vị đang yêu cầu Explore Health gửi tất cả thư từ cho người đại diện của quý vị.

Họ tên (Tên, Tên đệm, Họ): _____

Ngày sinh (tháng/ngày/năm): _____

Thư điện tử: _____

Số điện thoại nhà: _____

Số điện thoại di động: _____

Địa chỉ nhà riêng: _____

Thành phố, Tiểu bang và Mã ZIP: _____

Bước 3: Thỏa thuận và chữ ký

(ngoại trừ đại lý bảo hiểm và người hỗ trợ[1])

Người đại diện được ủy quyền có thể thực hiện những việc như sau cho người nộp đơn: ký và nộp đơn và đơn gia hạn, báo cáo các thay đổi và nhận bản sao các thông báo và thư từ khác.

Người đại diện được ủy quyền có thể thay mặt người nộp đơn đối với các chương trình của Explore Health, ODHS hoặc OHA mà họ nộp đơn xin hoặc nhận (ngoại trừ chương trình Hỗ trợ Tạm thời dành cho Người sống sót sau Bạo lực Gia đình và, trong một số trường hợp, các dịch vụ chăm sóc dài hạn). Điều này sẽ áp dụng cho tất cả người nộp đơn trong hộ gia đình. Người đại diện được ủy quyền có tên trên mẫu này sẽ thay thế bất kỳ người đại diện được ủy quyền nào đã được chỉ định trước đây cho hộ gia đình.

Người hoặc tổ chức được chọn làm người đại diện được ủy quyền sẽ tiếp tục là người đại diện được ủy quyền cho đến khi:

- Một người nộp đơn trong hộ gia đình thông báo cho Explore Health, ODHS hoặc OHA rằng họ muốn chấm dứt ủy quyền này; hoặc

[1] Đại lý bảo hiểm và người hỗ trợ đã ký Thỏa thuận Tham gia bao gồm các điều khoản và điều kiện này. Do đó, không yêu cầu chữ ký của họ. Đại lý bảo hiểm và người hỗ trợ phải điền Mẫu ủy quyền. Họ không thể được chỉ định làm người đại diện được ủy quyền trên tài khoản của người tiêu dùng.

- Người đại diện được ủy quyền thông báo cho Explore Health, ODHS hoặc OHA rằng họ muốn chấm dứt ủy quyền này; hoặc
- Người hoặc tổ chức không còn được phép làm người đại diện được ủy quyền của người nộp đơn; hoặc
- Người đại diện được ủy quyền được thay thế bằng một người đại diện được ủy quyền mới do người nộp đơn hoặc một người đại diện được ủy quyền chỉ định nếu có thẩm quyền pháp lý (tức là Giấy ủy quyền, Quyền giám hộ).

Nếu người đại diện được ủy quyền cung cấp thông tin sai hoặc không đầy đủ cho Explore Health, ODHS hoặc OHA và thông tin đó dẫn đến khoản thanh toán vượt mức, người nộp đơn và bất kỳ bên nào khác có trách nhiệm đều sẽ phải hoàn trả những gì họ lẽ ra không được nhận. Nếu người đại diện được ủy quyền cố ý che giấu hoặc cung cấp thông tin sai, người đại diện được ủy quyền cũng sẽ phải hoàn trả khoản đó. Người đại diện được ủy quyền phải giữ bí mật mọi thông tin do Explore Health, ODHS hoặc OHA cung cấp liên quan đến bất kỳ ai được liệt kê trong đơn hoặc hồ sơ, đồng thời tuân thủ mọi luật liên quan khác của tiểu bang và liên bang về xung đột lợi ích và bảo mật thông tin.

Bằng việc ký mẫu này, người ký tên dưới đây trao quyền cho người đại diện được ủy quyền của mình thay mặt họ hành động như quy định ở trên cho một trong hai trường hợp**:**

☐ Cho đến (ngày theo định dạng tháng/ngày/năm): _____

☐ Cho đến khi tôi, người nộp đơn chính, cho biết rằng người đại diện không còn được ủy quyền thay mặt tôi.

Chữ ký của Người nộp đơn chính: _____

Ngày ký (tháng/ngày/năm): _____

Tên viết chữ in hoa: _____

Chữ ký của người đại diện được ủy quyền: _____

Ngày ký (tháng/ngày/năm): _____

Tên viết chữ in hoa: _____

Bước 5: Gửi mẫu đã điền đầy đủ của quý vị theo một trong những cách sau

- Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền được chỉ định hợp pháp cho một người nào đó, vui lòng nộp bằng chứng cùng với đơn này.
- Vui lòng không gửi bản gốc. Không tài liệu nào được lưu giữ quá 60 ngày và tài liệu sẽ bị hủy sau khi được tải lên cổng thông tin người tiêu dùng.

- Giữ một bản sao đã điền đầy đủ để lưu hồ sơ.

Trực tuyến	Qua đường bưu điện	Fax
Để được xử lý nhanh hơn, hãy tải tài liệu này lên tài khoản trực tuyến của quý vị tại 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 (Chấp nhận cuộc gọi chuyển tiếp)
ExploreHealthOR.gov