



الملحق ب نموذج التفويض والموافقة للوكلاء ومعاوني

المرشدون ومستشارو الطلبات المعتمدون (يُطلق عليهم أيضًا اسم معاوني kynect) هم:

- الأفراد الذين تم تدريبهم واعتمادهم من قبل شركة Kynect لتغطية التأمين الصحي؛
- مؤهلون لمساعدتك في التقديم والتسجيل في خطة صحية مع مساعدة متميزة وتوفير إضافي أو برنامج Medicaid/التأمين الصحي للأطفال في كنتاكي (KCHIP)؛ و
- وجودهم ضروري لتقديم معلومات عادلة ومحايدة ودقيقة

الوكلاء:

- هم متخصصون في التأمين مُدربون يمكنهم مساعدتك في التسجيل في خطة التأمين الصحي.
- يجب أن يكونوا معتمدين من قبل الولاية ومسجلين بواسطة التغطية بالتأمين الصحي من kynect لبيع الخطط الصحية.

من خلال التوقيع أدناه، أُمح الإذن لمعاوني kynect أو وكيل التأمين والموظفين المذكورين أدناه بالمساعدة في طلب التغطية بالتأمين الصحي الخاص بي من kynect.

يرجى استكمال النموذج وتوقيعه وتاريخه:

رقم الحالة إذا كان معروفًا: _____ تاريخ الميلاد: _____ الجنس: ذ / أ

رقم الضمان الاجتماعي (SSN): _____ اسم العميل بأحرف واضحة: _____

اسم الوكيل المعتمد بأحرف واضحة (إن وجد): _____

الطرق التي أوافق على الاتصال بها:

العنوان: _____

الهاتف: _____ رقم الهاتف 2 _____ الرسائل النصية؟ نعم / لا

البريد الإلكتروني: _____

التاريخ

توقيع العميل أو الممثل المعتمد

معلومات معاوني kynect أو الوكيل:

المؤسسة: _____

الاسم: _____

الهاتف: _____

البريد الإلكتروني: _____

رقم معرف الوكيل (لاستخدام الوكيل فقط): _____

إفصاح معاوني kynect:

مصطلحات يجب معرفتها:

تسمى المعلومات المحددة للهوية الشخصية "PII". وهي تشمل الاسم وتاريخ الميلاد ورقم الهاتف ورقم الضمان الاجتماعي وعنوان البريد الإلكتروني وعنوان المنزل وحالة الهجرة والدخل ومعلومات الأسرة.

تشمل الخطط الصحية المقدمة لي، الخطط الصحية المؤهلة (QHP) (Qualified Health Plans)، Medicaid، وبرنامج التأمين الصحي للأطفال في ولاية كنتاكي (KCHIP) (KY Children's Health Insurance Program).

تتضمن أدوار ومسؤوليات معاوني kynect ما يلي:

1. الحفاظ على الخبرة في عملية الأهلية والتسجيل.
2. إخباري عن المجموعة الكاملة لخيارات تغطية التأمين الصحي المتاحة لي وتقديم معلومات عادلة ودقيقة ومحيدة.
3. تقديم الخدمات التي تلبي احتياجاتي الثقافية واللغوية.
4. توفير الترتيبات التي أحتاج إليها، إذا كان لدي إعاقات.
5. مساعدتي في اختيار تغطية التأمين الصحي.
6. مساعدتي في الشكاوى أو الأسئلة المتعلقة بتغطية التأمين الصحي أو أهليتي وتزويدي بالإحالات إذا لزم الأمر.
7. استكمال جميع الدورات التدريبية المطلوبة من قبل مراكز الرعاية الطبية وخدمات Medicaid (CMS) والتغطية بالتأمين الصحي لشركة kynect.
8. إبلاغي بتضارب المصالح.
9. الحفاظ على خصوصية المعلومات المحددة للهوية الشخصية (PII) الخاصة بي وأمانها.
10. تلبية أي متطلبات حكومية ومحلية عند تقديم الخدمات لي.
11. التصرف لصالح.

لا يجوز لمعاوني kynect:

1. التمييز ضدي على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو العمر أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.
2. المشاركة في صناعة التأمين التجاري أو الحصول على مدفوعات من أي جهة إصدار للتأمين الصحي أو جهة إصدار وقف الخسارة فيما يتعلق بالمجال التجاري.
3. تزويدي بعناصر ترويجية لي أو هدايا تزيد قيمتها عن 15 دولارًا، أو زيارة منزلي ما لم أسمح بذلك، أو الاتصال بي عبر البرامج الآلية، مثل "المكالمات الآلية".
4. فرض أي رسوم علي.
5. اختيار خطط صحية مؤهلة لي.

الوكلاء:

1. قد يعمل لدى شركة تأمين صحي واحدة أو يمثل عدة شركات. لن أدفع أي شيء إضافي إذا قمت بالتسجيل مع وكيل.
2. يجب حماية معلومات تحديد الهوية الشخصية (PII) الخاصة بي.
3. لا يجوز فرض رسوم على الطلبات المتعلقة بالتغطية بالتأمين الصحي الخاص بـ kynect. غالبًا ما يحصل الوكلاء على مدفوعات ("العمولات") من شركات التأمين مقابل خطط البيع. لا يجوز لبعضهم بيع خطط لشركات لا يمثلونها.

عندما أقوم بالتوقيع على نموذج موافقة الملحق ب، فإنني أمنح الإذن لمعاوني kynect أو الوكيل والآخرين الذين يشكلون جزءًا من مؤسسته للوصول إلى المعلومات المحددة للهوية الشخصية (PII) الخاصة بي واستخدامها لتقديم الخدمات لي. من المحتمل أن يتصل بي هذا الشخص لمتابعة طلبي. قد يحتاج معاوني kynect أو الوكيل إلى إنشاء بعض معلومات تحديد الهوية الشخصية (PII) الخاصة بي وجمعها والإفصاح عنها والوصول إليها وحمايتها وحفظها و/أو استخدامها من أجل تقديم هذه المساعدة. يجوز لي إلغاء الأذونات التي منحتها في أي وقت. إذا كانت لدي أسئلة حول هذا الإفصاح، أو معاوتي kynect أو الوكلاء، فيمكنني زيارة KHBE.ky.gov أو إرسال بريد إلكتروني إلى

KHBE.Questions@ky.gov