



## Dodatak B

### Obrazac ovlaštenja i saglasnosti za predstavnike i kinektore (engl. kynectors)

#### **Vodiči i sertifikovani savjetnici za podnošenje prijava (poznati i pod nazivom kinektori) su:**

- Osobe koje je zdravstveno osiguranje kynect obučilo i sertifikovalo;
- Osposobljen da vam pomogne da se prijavite za i dobijete zdravstveno osiguranje uz vrhunsku pomoć i dodatnu uštedu ili Medicaid/Program dječjeg zdravstvenog osiguranja (KCHIP); i
- Obavezan je da da pravične, nepristrasne i tačne informacije

#### **Predstavnici:**

- Oni su obučeni stručnjaci za osiguranje koji vam mogu pomoći da dobijete zdravstveno osiguranje.
- Moraju biti licencirani od strane države i registrovani od strane zdravstvenog osiguranja kynect za prodaju zdravstvenih osiguranja.

Svojim potpisom ispod dajem dozvolu kinektoru ili predstavniku osiguranja i osoblju navedenim u nastavku da pomognu u vezi s mojom prijavom za zdravstveno osiguranje kynect.

#### **Popunite, potpišite i datirajte obrazac:**

Broj slučaja, ako ga znate: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_ Pol: M / Ž

Broj socijalnog osiguranja (SSN): \_\_\_\_\_ Ime i prezime klijenta štampanim slovima: \_\_\_\_\_

Ime i prezime ovlaštenog zastupnika štampanim slovima (ako je primjenjivo): \_\_\_\_\_

#### **Na koje načine pristajem da budem kontaktiran:**

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_  Telefon br. 2: \_\_\_\_\_ Tekstualne poruke? Da / Ne

E-pošta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Potpis klijenta ili ovlaštenog zastupnika*

\_\_\_\_\_  
*Datum*

#### **podaci o kinektoru ili predstavniku:**

Organizacija: \_\_\_\_\_

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-pošta: \_\_\_\_\_

ID broj predstavnika (samo u svrhe predstavnika): \_\_\_\_\_

## Saopštenje kinektora:

### Termini koje trebate znati:

Lične informacije se nazivaju „PII” (engl. Personally identifiable information). Podrazumijevaju ime i prezime, datum rođenja, broj telefona, broj socijalnog osiguranja, adresu e-pošte, kućnu adresu, imigracioni status, prihod i podatke o domaćinstvu.

Zdravstvena osiguranja koja su mi ponuđena podrazumijevaju kvalifikovana zdravstvena osiguranja (engl. Qualified Health Plans (QHP)), Medicaid i KY program dječjeg zdravstvenog osiguranja (KCHIP).

### Poslovi i odgovornosti kinektora *podrazumijevaju*:

1. Stručnost tokom cijelog postupka ispunjavanja uslova i dobijanja.
2. Obavještava me o cijelom nizu opcija zdravstvenog osiguranja koje su mi dostupne i pružanje pravičnih, tačnih i nepristrasnih informacija.
3. Pružanje usluga koje zadovoljavaju moje kulturne i jezičke potrebe.
4. Omogućavanje prilagođavanja ako mi zatrebaju, ako imam invaliditet.
5. Pomaže mi u odabiru zdravstvenog osiguranja.
6. Pomaže mi vezi s pritužbama ili pitanjima o mom zdravstvenom osiguranju ili ispunjavanju uslova i obezbjeđuje uputnice ako je potrebno.
7. Završava sve obuke koje zahtijevaju Centri za Medicare i Medicaid usluge (CMS) i zdravstveno osiguranje kynect.
8. Obavještava me o sukobu interesa.
9. Čuvanje privatnosti i bezbjednosti mojih PII.
10. Ispunjavanje svih državnih i lokalnih obaveza prilikom pružanja usluga.
11. Djelovanje u mom najboljem interesu.

### kinektori *ne smiju*:

1. Diskriminirati me na osnovu rase, boje kože, nacionalnog porijekla, invaliditeta, godina, pola, rodnog identiteta ili seksualne orijentacije.
2. Biti dio industrije komercijalnog osiguranja ili primati uplate od bilo kojeg izdavaoca zdravstvenog osiguranja ili izdavaoca stop-loss osiguranja u vezi sa tržištem.
3. Davati mi promotivne artikle ili poklone u vrijednosti većoj od 15 dolara, kontaktirati me na kućnom pragu osim ako to nisam odobrio ili me kontaktirati putem automatizovanih programa kao što su „robo-pozivi”.
4. Naplatiti mi bilo kakvu naknadu.
5. Izabrati QHP umjesto mene.

### Predstavnici:

1. Mogu raditi za jednu kompaniju za zdravstveno osiguranje ili zastupati nekoliko kompanija. Neću platiti ništa dodatno ako osiguranje dobijem preko predstavnika.
2. Moraju zaštititi moje PII.
3. Ne smije mi naplatiti naknadu za prijave za kynect zdravstveno osiguranje. Predstavnici često dobijaju uplate („provizije”) od osiguravajućih kompanija za prodaju osiguranja. Neki možda neće prodavati osiguranja kompanija koje ne predstavljaju.

Kada potpišem obrazac saglasnosti u Dodatku B, dajem dozvolu kinektoru ili predstavniku i drugima koji su dio njegove/njene organizacije da pristupe i koriste moje PII da bi mi pružili usluge. Ta osoba će me vjerovatno kontaktirati radi dodatnih informacija o mojoj prijavi. Kinektor ili predstavnik će možda morati kreirati, prikupiti, otkriti, pristupiti, održavati, sačuvati i/ili koristiti neke od mojih PII kako bi pružio ovu pomoć. Dozvole koje sam dao mogu opozvati u svakom trenutku.

Ako imam pitanja o ovom objavi, kinektorima ili predstavnicima, mogu posjetiti [KHBE.ky.gov](http://KHBE.ky.gov) ili poslati e-poštu na [KHBE.Questions@ky.gov](mailto:KHBE.Questions@ky.gov).