



附录 B

代理人和 kynector 授权和同意书

导航员和经认证的申请顾问（也称为 **kynector**）是：

- 这些个人已接受过 **kynect** 健康保险培训和认证；
- 能够帮助您申请和参加提供保费补助和额外节省的健康计划或联邦医疗补助计划 (Medicaid) / 儿童健康保险计划 (KCHIP)；以及
- 必须提供公平、公正和准确的信息

代理人：

- 经过培训的保险专业人员，可以帮助您参加健康保险计划。
- 必须获得州政府许可，并在 **kynect** 健康保险注册，才可销售健康计划。

在下方签名，即表示我允许 **kynector** 或保险代理人 and 下列工作人员协助我申请 **kynect** 健康保险。

请填写表格、签名并注明日期：

案例编号（如知晓）：_____ 出生日期：_____ 性别：男 / 女

SSN：_____ 打印的客户姓名：_____

打印的授权代表姓名（如适用）：_____

我同意的联系方式：

地址：_____

电话：_____ 电话 #2：_____ 短信？是 / 否

电子邮件：_____

客户或授权代表签名

日期

kynector 或代理人信息：

组织：_____

姓名：_____

电话：_____ 电子邮件：_____

代理人身份证号码（仅供代理人使用）：_____

kynector 披露：

需要了解的术语：

个人身份信息称为“PII”。其中包括姓名、出生日期、电话号码、社会保障号、电子邮件地址、家庭住址、移民身份、收入和家庭信息。

向我提供的健康计划包括合格健康计划 (QHP)、联邦医疗补助计划和肯塔基州儿童健康保险计划 (KCHIP)。

kynector 的角色和职责包括：

1. 保持在资格认定和注册过程中的专业素养。
2. 告诉我可以选择的全部健康保险选项，并提供公平、准确和公正的信息。
3. 提供符合我的文化和语言需求的服务。
4. 如果我有残疾，在我需要时提供便利。
5. 帮助我选择健康保险。
6. 帮助我解决有关健康保险或资格的投诉或疑问，并在需要时向我提供推荐。
7. 完成联邦医疗保险和医疗补助服务中心 (CMS) 和 kynect 健康保险要求的所有培训。
8. 告知我利益冲突。
9. 确保我的 PII 的私密性和安全性。
10. 在为我提供服务时，满足任何州和地方的要求。
11. 所采取的行动符合我的最大利益。

kynector 不得：

1. 基于种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别、性别认同或性取向歧视我。
2. 参与商业保险行业，或从与市场相关的任何健康保险发行人或止损发行人处获得付款。
3. 向我提供价值超过 15 美元的促销品或礼品，上门联系我（除非得到我的许可），或者通过自动程序联系我（例如“自动电话”）。
4. 向我收取任何费用。
5. 为我选择一个 QHP。

代理人：

1. 可以为一家健康保险公司工作，也可以代理多家公司。如果我通过代理人注册，我不需要支付任何额外费用。
2. 必须保护我的 PII。
3. 不得向我收取 kynect 健康保险申请费用。代理人通常会从保险公司获得销售保险计划的报酬（“佣金”）。有些代理人可能不会销售非代理公司的计划。

当我签署附录 B 同意书时，即表示我允许 kynector 或代理人及其组织的其他人员访问和使用我的 PII 来为我提供服务。此人可能会联系我，以跟进我的申请。kynector 或代理人可能需要创建、收集、披露、访问、维护、存储和/或使用我的部分 PII，以便提供这类帮助。我可以随时撤销我已授予的权限。

如果我对此披露、kynector 或代理人有任何疑问，我可以访问 KHBE.ky.gov 或发送电子邮件至 KHBE.Questions@ky.gov。