



परिशिष्ट B

एजेन्ट र किनेक्टरहरूका लागि प्राधिकरण र सहमति फाराम

नेभिगेटर र प्रमाणित गरिएका आवेदनका परामर्शदाताहरू लागि प्राधिकरण र सहमति फाराम(किनेक्टरहरू पनि भनिन्छ) हुन्:

- काइनेक्ट स्वास्थ्य कभरेजद्वारा प्रशिक्षित र प्रमाणित भएका व्यक्तिहरू;
- तपाईंलाई प्रिमियम सहायता र एक्टा बचतहरूसँग स्वास्थ्य योजनामा लागू गर्न र नामाङ्कन गर्न मद्दत सु-सज्जित गर्छ वा Medicaid/बालबालिकाको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (Children's Health Insurance Program, KCHIP); र
- निष्पक्ष, निष्पक्ष र सही जानकारी प्रदान गर्न आवश्यक छ

एजेन्टहरू:

- प्रशिक्षितबीमा पेशेवरहरू हुन् तपाईंलाई स्वास्थ्य बीमा योजनामा नामाङ्कन गर्न कसले मद्दत गर्न सक्छन्।
- राज्यद्वारा इजाजतपत्र प्राप्त गर्न र स्वास्थ्य योजनाहरू बिक्री गर्नका लागि काइनेक्ट स्वास्थ्य कभरेजद्वारा दर्ता हुनुपर्छ।

तलतिर हस्ताक्षर गरेर मैले मेरो काइनेक्ट स्वास्थ्य कभरेज आवेदनमा सहयोग गर्न बिमा एजेन्ट र सूचीबद्ध कर्मचारी वा काइनेक्टका लागि अनुमति दिन्छु।

कृपया फारम भर्नुहोस् हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस्:

मुद्दा नम्बर, थाहा भएमा: _____ जन्म मिति: _____ लिङ्ग: महिला/पुरुष

SSN: _____ सेवाग्राहीको नाम प्रिन्ट गर्नुहोस्: _____

अधिकारिक प्रतिनिधिको नाम प्रिन्ट गर्नुहोस् (लागूयोग्य भएमा): _____

म सम्पर्क गर्न सहमत हुने तरिकाहरू:

ठेगाना: _____

फोन:फ _____ फोन#2: _____ पाठ सन्देश गर्ने हो? हो / होइन

इमेल: _____

सेवाग्राही वा अधिकारिक प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

मिति

काइनेक्ट वा एजेन्ट जानकारी:

संस्था: _____

नाम: _____

फोन: _____ इमेल: _____

एजेन्ट ID नम्बर (एजेन्ट प्रयोगका लागि मात्र): _____

काइनेक्ट प्रकटीकरण:

जान्नु पर्ने सर्तहरू:

व्यक्तिगत रूपमा पहिचान गर्न सकिने जानकारीलाई "PII" भनिन्छ। यसमा नाम, जन्म मिति, फोन नम्बर, सामाजिक सुरक्षा नम्बर, इमेल ठेगाना, घरको ठेगाना, अध्यागमन स्थिति, आय र घरपरिवारको जानकारी पर्छन्।

मलाई दिइएका स्वास्थ्य योजनाहरूमा दक्ष स्वास्थ्य योजनाहरू (Qualified Health Plans, QHP), Medicaid र KY बाल स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (Children's Health Insurance Program, KCHIP) पर्छन्।

काइनेक्टरको भूमिका तथा जिम्मेवारीहरूमा निम्न पर्छन्:

1. योग्यता र भर्ना प्रक्रियामा दक्षता कायम गर्ने।
2. मलाई उपलब्ध स्वास्थ्य कभरेजका विकल्पहरूको पूर्ण दायराका बारेमा बताउने र निष्पक्ष, सही र ठोस जानकारी प्रदान गर्ने।
3. मेरो सांस्कृतिक र भाषाका आवश्यकताहरू पूरा गर्ने सेवाहरू प्रदान गर्ने।
4. मसँग असक्षमता छ भने मलाई आवासहरू आवश्यक परेमा आवासको व्यवस्था गर्ने।
5. मलाई स्वास्थ्य कभरेज चयन गर्न मद्दत गर्ने।
6. मेरो स्वास्थ्य कभरेज वा योग्यताको बारेमा उजुरी वा प्रश्नहरूका लागि मलाई मद्दत गर्ने र आवश्यक भएमा मलाई रिफरलहरू प्रदान गर्ने।
7. Medicare र Medicaid सेवाहरू (CMS) र काइनेक्ट स्वास्थ्य कभरेजका लागि आवश्यक सबै प्रशिक्षण पूरा गर्ने।
8. मलाई स्वार्थको विवादका बारेमा जानकारी दिने।
9. मेरो PII गोप्य र सुरक्षित राख्ने।
10. मलाई सेवाहरू प्रदान गर्दा कुनै पनि राज्य र स्थानीय आवश्यकताहरू पूरा गर्ने।
11. मेरो सर्वोत्तम हितमा कार्य गर्ने।

किनेक्टरहरूमा निम्न नहुन सक्छ:

1. जाति, रङ, राष्ट्रिय उत्पत्ति, असक्षमता, उमेर, लिङ्ग, लैङ्गिक पहिचान वा यौन झुकावका आधारमा मलाई भेदभाव नहुन सक्छ।
2. वाणिज्य बीमा उद्योगको एक हिस्सा बनेर मार्केटप्लेसको सम्बन्धमा जुनसुकै स्वास्थ्य बीमा जारीकर्ता वा स्टप-लोस जारीकर्ताबाट भुक्तानीहरू प्राप्त नहुन सक्छ।
3. मलाई \$15 मूल्यभन्दा बढी मूल्यको प्रवर्द्धनात्मक वस्तु वा उपहारहरू नदिइनु सक्छ। मद्दत अधिकार प्रदान नभएसम्म मलाई घर-घरमा सम्पर्क नगरिनु वा "रोबो-कलहरू" जस्ता स्वतः कार्यक्रमहरूमा फर्त मलाई सम्पर्क नगरिनु सक्छ।
4. मलाई कुनै पनि शुल्क नलाग्नु सक्छ।
5. मेरो लागि QHP नछानिनु सक्छ।

एजेन्टहरू:

1. एकल स्वास्थ्य बीमा कम्पनीका लागि काम गर्न वा धेरै कम्पनीको प्रतिनिधित्व गर्न सक्छन्। म एजेन्टबाट नामाङ्कन भए भने मैले कुनै अतिरिक्त तिर्ने छैन।
2. मेरो PII सुरक्षित गर्नुपर्छ।
3. किनेक्ट स्वास्थ्य कभरेजमा आवेदनहरूका लागि मलाई शुल्क नलिइनु सक्छ। एजेन्टहरूले प्रायः योजनाहरू बेच्नका लागि बीमा कम्पनीहरूबाट भुक्तानीहरू ("कमिसनहरू") पाउँछन्। कतिपयले उनीहरूले प्रतिनिधित्व नगर्ने कम्पनीहरूको योजनाहरू बेच्न सक्दैनन्।

मैले परिशिष्ट B को सहमति फाराममा हस्ताक्षर गरेपछि, म किनेक्टर वा एजेन्ट र उहाँको संगठनको हिस्सा भएका अन्य व्यक्तिहरूलाई मेरो PII पहुँच गर्न र मलाई सेवाहरू प्रदान गर्न प्रयोग गर्न अनुमति दिन्छु। उक्त व्यक्तिले सम्भवतः मेरो आवेदनमा फलो-अपका लागि मलाई सम्पर्क गर्नु हुने छ। यो सहायता प्रदान गर्नका लागि किनेक्टर वा एजेन्टले मेरो केही PII सिर्जना, सङ्कलन, खुलासा, पहुँच, मर्मत, भण्डारण र/वा प्रयोग गर्न आवश्यक हुन सक्छ। मैले दिएका अनुमतिहरू जुनसुकै बेला रद्द गर्न सक्छु।

मसँग यो खुलासा, किनेक्टर वा एजेन्टहरूका बारेमा प्रश्नहरू छन् भने म KHBE.ky.gov मा जान वा KHBE.Questions@ky.gov इमेल गर्न सक्छु।