



Приложение Б

Форма авторизации и согласия для агентов и кинекторов

Навигаторы и сертифицированные консультанты по приложениям (также называемые кинекторами):

- лица, прошедшие обучение и сертифицированные в рамках медицинского страхования Kynect;
- обучены, чтобы помочь вам подать заявку и зарегистрироваться в плане медицинского страхования с премиальной помощью и дополнительными сбережениями или в программе медицинского страхования Medicaid/Children's Health Insurance Program (KCHIP); и
- призваны предоставлять справедливую, беспристрастную и точную информацию.

Агенты:

- Обученные специалисты по страхованию, которые могут помочь вам зарегистрироваться в плане медицинского страхования.
- Для продажи планов медицинского страхования необходимо иметь государственную лицензию и быть зарегистрированным в системе медицинского страхования Kynect.

Подписываясь ниже, я даю разрешение кинектору или страховому агенту и сотрудникам, перечисленным ниже, помочь с моей заявкой на медицинское страхование Kynect.

Пожалуйста, заполните, подпишите и поставьте дату:

Номер дела, если известен: _____ Дата рождения: _____ Пол: М / Ж

SSN: _____ Имя клиента печатными буквами: _____

Имя уполномоченного представителя печатными буквами (если применимо): _____

Способы, с которыми я согласен, чтобы со мной связались:

- Адрес: _____
- Телефон: _____ Телефон № 2: _____ Текстовые сообщения? Да / Нет
- Электронная почта: _____

Подпись клиента или уполномоченного представителя

Дата

Информация о кинекторе или агенте:

Организация: _____

Имя: _____

Телефон: _____ Электронная почта: _____

Идентификатор агента (только для использования агентом): _____

Раскрытие информации о кинекторе:

Условия, которые нужно знать:

Личная информация называется «PII». Она включает имя, дату рождения, номер телефона, номер социального страхования, адрес электронной почты, домашний адрес, иммиграционный статус, доход и информацию о семье.

Планы медицинского страхования, которые мне предлагаются, включают квалифицированные планы медицинского страхования (QHP), Medicaid и Программу медицинского страхования детей штата Кентукки (KCHIP).

Роли и обязанности кинектора **включают в себя**:

1. Поддержание в процессе отбора и регистрации.
2. Информирование меня обо всем спектре доступных мне вариантов медицинского страхования и предоставление справедливой, точной и беспристрастной информации.
3. Предоставление услуг, отвечающих моим культурным и языковым потребностям.
4. Создание приспособлений, если они мне понадобятся, если у меня есть инвалидность.
5. Помощь мне в выборе медицинского страхования.
6. Помощь мне с жалобами или вопросами относительно моего медицинского страхования или права на него, а также предоставление мне направлений, если это необходимо.
7. Прохождение всех тренингов, требуемых Центрами услуг Medicare и Medicaid (CMS) и медицинским страхованием Купест.
8. Информирование меня о конфликте интересов.
9. Сохранение моей личной информации в конфиденциальности и безопасности.
10. Соблюдение любых государственных и местных требований при предоставлении мне услуг.
11. Действие в моих интересах.

Кинекторы **не могут**:

1. Дискриминировать меня по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.
2. Быть частью индустрии коммерческого страхования или получать выплаты от любого эмитента медицинского страхования или эмитента стоп-лосса в связи с торговой площадкой.
3. Предоставлять мне рекламную продукцию или подарки стоимостью более 15 долларов США, связываться со мной на дому, если это не разрешено мной, или связываться со мной через автоматизированные программы, такие как «звонки роботом».
4. Взимать с меня какую-либо плату.
5. Выбирать QHP для меня.

Агенты:

1. Может работать в одной медицинской страховой компании или представлять несколько компаний. Я не буду платить ничего дополнительно, если зарегистрируюсь у агента.
2. Должен защищать мою личную информацию.
3. Не может взимать с меня плату за подачу заявок на медицинское страхование Купест. Агенты часто получают выплаты («комиссии») от страховых компаний за продажу планов. Некоторые могут не продавать планы компаний, которые они не представляют.

Если я подписываю форму согласия в Приложении Б, я даю разрешение кинектору или агенту и другим лицам, входящим в его/ее организацию, на доступ и использование моей личной информации для предоставления мне услуг. Этот человек, скорее всего, свяжется со мной для дальнейших действий по моему заявлению. Кинектору или агенту может потребоваться создать, собрать, раскрыть, получить доступ, поддерживать, хранить и/или использовать часть моей личной информации, чтобы оказать эту помощь. Я могу отозвать предоставленные мной разрешения в любое время.

Если у меня возникнут вопросы по поводу данного раскрытия информации, кинекторов или агентов, я могу посетить сайт KHBE.ky.gov или отправить электронное письмо по адресу KHBE.Questions@ky.gov.