



## Додаток В

### Форма авторизації та згоди для агентів і консультантів kynect

#### **Фахівці з навігації та сертифіковані консультанти із заповнення заявок (також звані kynector):**

- є особами, які пройшли навчання та отримали сертифікацію від програми медичного страхування kynect;
- підготовлені для допомоги у поданні заявки та реєстрації в плані медичного страхування з преміальною допомогою та додатковими заощадженнями або Medicaid/Програмою медичного страхування дітей (KCHIP);
- зобов'язані надавати справедливу, неупереджену та точну інформацію.

#### **Агенти:**

- є професіоналами у сфері страхування, які можуть допомогти вам зареєструватися у плані медичного страхування;
- повинні мати ліцензію від штату та бути зареєстрованими в програмі медичного страхування kynect для продажу планів медичного страхування.

Підписуючись нижче, я надаю дозвіл зазначеному нижче консультанту kynect або страховому агенту та персоналу допомагати мені з поданням заявки на медичне страхування через kynect.

#### **Будь ласка, заповніть, підпишіть та поставте дату у формі:**

Номер справи, якщо відомий: \_\_\_\_\_ Дата народження: \_\_\_\_\_ Стать: Ч/Ж

Номер соціального страхування: \_\_\_\_\_

Ім'я клієнта друківаними літерами: \_\_\_\_\_

Ім'я уповноваженого представника друківаними літерами (якщо застосовно): \_\_\_\_\_

#### **Способи зв'язку, на які я погоджуюсь:**

Адреса: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_  Телефон № 2: \_\_\_\_\_ Текстові повідомлення? Т/Н

Електронна пошта: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Підпис клієнта або уповноваженого представника

\_\_\_\_\_  
Дата

**Інформація про консультанта кунектор або агента:**

Організація: \_\_\_\_\_

Ім'я: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Електронна пошта: \_\_\_\_\_

Ідентифікаційний номер агента (лише для використання агентом): \_\_\_\_\_

# Розкриття інформації кунектор

Терміни, які слід знати:

Особиста ідентифікаційна інформація називається «PII — personally identifiable information». Вона включає ім'я, дату народження, номер телефону, номер соціального страхування, електронну адресу, домашню адресу, імміграційний статус, дохід та інформацію про домогосподарство.

Медичні плани, які мені пропонують, включають Кваліфіковані медичні плани (QHP), Medicaid та Програму медичного страхування дітей Кентуккі (KCHIP).

Ролі та обов'язки кунектор **включають** такі:

1. Забезпечення експертних знань у процесі визначення відповідності критеріям участі та реєстрації.
2. Надання мені інформації про весь спектр доступних варіантів медичного страхування та надання справедливої, точної та неупередженої інформації.
3. Надання послуг, які відповідають моїм культурним і мовним потребам.
4. Надання необхідних зручностей, якщо у мене є інвалідність і мені потрібна допомога.
5. Допомога у виборі медичного страхування.
6. Надання мені допомоги з поданням скарг або запитаннями щодо мого медичного страхування чи моєї відповідності критеріям, а також надання направлень, якщо це необхідно.
7. Проходження всіх тренінгів, які вимагаються центрами Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) та програмою медичного страхування кунект.
8. Інформування мене про конфлікт інтересів.
9. Забезпечення приватності та безпеки моєї особистої ідентифікаційної інформації (PII).
10. Виконання будь-яких державних та місцевих вимог при наданні мені послуг.
11. Виконання дій у моїх інтересах.

Консультанти кунектор **не мають права**:

1. Дискримінувати мене за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, інвалідності, віку, статі, гендерної ідентичності або сексуальної орієнтації.
2. Бути частиною комерційної страхової індустрії або отримувати виплати від будь-якого страховика медичного страхування або страховика великих втрат (stop-loss issuer) у зв'язку з ринком страхових послуг (Marketplace).
3. Надавати мені рекламні вироби або подарунки вартістю понад 15 доларів США, контактувати зі мною «від дверей до дверей», якщо я не надав(-ла) на це дозволу, або зв'язуватися зі мною за допомогою автоматизованих програм, таких як «робо-дзвінки».
4. Стягувати з мене будь-яку плату.
5. Обирати для мене Кваліфікований медичний план (QHP).

Агенти:

1. Можуть працювати на одну страхову компанію або представляти кілька компаній. Я не платитиму додаткових коштів, якщо зареєструюся через агента.
2. Повинні захищати мою особисту ідентифікаційну інформацію (PII).
3. Не можуть стягувати з мене плату за подання заявок на медичне страхування кунект. Агенти часто отримують виплати («комісійні») від страхових компаній за продаж планів. Деякі з них можуть не продавати плани компаній, які вони не представляють.

Коли я підписую форму згоди Додатка В, я надаю дозвіл консультанту кунектор або агенту та іншим особам, які є частиною його/її організації, отримувати доступ до моєї особистої ідентифікаційної інформації (PII) та використовувати її для надання мені послуг. Ця особа, ймовірно, зв'яжеться зі мною для подальших дій щодо моєї заявки. Консультант кунектор або агент може потребувати створення, збору, розкриття, доступу, зберігання, підтримання та/або використання деякої моєї PII, щоб надати цю допомогу. Я можу відкликати надані дозволи в будь-який час. Якщо у мене виникнуть запитання щодо цього розкриття інформації, консультантів кунектор або агентів, я можу відвідати сайт [KHBE.ky.gov](http://KHBE.ky.gov) або надіслати електронний лист на адресу [KHBE.Questions@ky.gov](mailto:KHBE.Questions@ky.gov).