



Phụ Lục B

Mẫu Ủy Quyền và Chấp Thuận dành cho Đại Lý và Người Hỗ Trợ Quyền Lợi Sức Khỏe của kynect

Điều Phối Viên và Người Cố Vấn về Nộp Đơn Xin được Cấp Chứng Nhận (còn gọi là người hỗ trợ quyền lợi sức khỏe của kynect):

- Là các cá nhân đã được kynect health coverage đào tạo và cấp chứng nhận;
- Được trang bị kiến thức để giúp quý vị nộp đơn xin và ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe có hỗ trợ phí bảo hiểm và tiết kiệm thêm hoặc Medicaid/Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe dành cho Trẻ Em của Kentucky (Kentucky Children's Health Insurance Program, KCHIP); và
- Bắt buộc phải cung cấp thông tin công bằng, khách quan và chính xác

Đại Lý:

- Là những chuyên gia về bảo hiểm được đào tạo, có thể giúp quý vị ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe
- Phải được tiểu bang cấp giấy phép và do kynect health coverage đăng ký để bán các chương trình bảo hiểm sức khỏe.

Bằng việc ký tên vào bên dưới, tôi cho phép người hỗ trợ quyền lợi sức khỏe của kynect hoặc đại lý bảo hiểm và nhân viên được liệt kê bên dưới hỗ trợ tôi nộp đơn xin kynect health coverage.

Vui lòng hoàn tất thông tin, ký tên và ghi ngày vào mẫu:

Mã Số Hồ Sơ (nếu biết): _____ Ngày Sinh (Date of Birth, DOB): _____ Giới Tính: Nam/Nữ

Số An Sinh Xã Hội (Social Security Number, SSN): _____ Tên Khách Hàng Viết In Hoa: _____

Viết In Hoa Tên Người Đại Diện được Ủy Quyền (nếu có): _____

Cách tôi đồng ý cho phép liên lạc với tôi:

Địa Chỉ: _____

Điện Thoại: _____ Điện Thoại #2: _____ Nhận Tin Nhắn Văn Bản? Có/Không

Email: _____

Chữ Ký của Khách Hàng hoặc Đại Diện được Ủy Quyền

Ngày

Thông tin của người hỗ trợ quyền lợi sức khỏe của kynect hoặc đại lý:

Tổ Chức: _____

Tên: _____

Điện Thoại: _____ Email: _____

Số ID của Đại Lý (chỉ dành cho đại lý sử dụng): _____

Tiết lộ thông tin cho người hỗ trợ quyền lợi sức khỏe của kynect:

Điều khoản cần biết:

Thông tin nhận dạng cá nhân được gọi là "PII". PII bao gồm tên, ngày sinh, số điện thoại, Số An Sinh Xã Hội, địa chỉ email, địa chỉ nhà, tư cách nhập cư, thu nhập và thông tin về hộ gia đình.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe được đề nghị cung cấp cho tôi, bao gồm các Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Đủ Điều Kiện (Qualified Health Plan, QHP), Medicaid và Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe dành cho Trẻ Em của KY (KCHIP).

Vai trò và trách nhiệm của người hỗ trợ quyền lợi sức khỏe của kynect **bao gồm:**

1. Luôn bảo đảm chuyên môn trong quá trình xét tư cách hội đủ điều kiện và ghi danh.
2. Cung cấp cho tôi thông tin về đầy đủ các tùy chọn bảo hiểm sức khỏe hiện có dành cho tôi và cung cấp thông tin công bằng, chính xác và khách quan.
3. Cung cấp các dịch vụ đáp ứng nhu cầu về văn hóa và ngôn ngữ của tôi.
4. Thực hiện các điều chỉnh cần thiết nếu tôi bị khuyết tật.
5. Giúp tôi chọn bảo hiểm sức khỏe.
6. Giúp tôi nếu tôi có khiếu nại hoặc câu hỏi về bảo hiểm sức khỏe hoặc tư cách hội đủ điều kiện của tôi và cung cấp cho tôi thông tin giới thiệu nếu cần.
7. Hoàn thành tất cả các hạng mục đào tạo theo yêu cầu của Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) và kynect health coverage.
8. Thông báo cho tôi về các xung đột lợi ích.
9. Giữ bí mật và bảo mật PII của tôi.
10. Đáp ứng bất kỳ yêu cầu nào của tiểu bang và địa phương khi cung cấp dịch vụ cho tôi.
11. Hành động sao cho mang lại lợi ích cao nhất cho tôi.

Người hỗ trợ quyền lợi sức khỏe của kynect **không được:**

1. Phân biệt đối xử với tôi dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, giới tính, bản dạng giới hoặc khuynh hướng tính dục.
2. Tham gia ngành bảo hiểm thương mại hoặc nhận khoản thanh toán từ bất kỳ công ty phát hành bảo hiểm sức khỏe hoặc công ty phát hành bảo hiểm tổn thất có giới hạn nào liên quan đến Marketplace.
3. Cung cấp cho tôi các vật phẩm hoặc quà tặng khuyến mại có giá trị trên \$15; trực tiếp đến nhà để liên lạc với tôi trừ khi được tôi cho phép; hoặc liên lạc với tôi thông qua các chương trình tự động, chẳng hạn như "cuộc gọi tự động".
4. Tính cho tôi bất kỳ khoản phí nào.
5. Chọn một QHP cho tôi.

Đại lý:

1. Được phép làm việc cho một công ty bảo hiểm sức khỏe duy nhất hoặc đại diện cho một số công ty. Tôi sẽ không thanh toán thêm bất kỳ khoản phí nào nếu tôi ghi danh với một đại lý.
2. Phải bảo vệ PII của tôi.
3. Không được tính phí cho tôi khi nộp đơn xin kynect health coverage. Các đại lý thường nhận được khoản thanh toán ("tiền hoa hồng") từ công ty bảo hiểm khi bán chương trình bảo hiểm. Một số đại lý không được phép bán các chương trình của công ty mà họ không đại diện.

Khi tôi ký tên vào mẫu Chấp Thuận trong Phụ Lục B, tôi cho phép người hỗ trợ quyền lợi sức khỏe của kynect hoặc đại lý và những cá nhân khác thuộc tổ chức của họ tiếp cận và sử dụng PII của tôi để cung cấp dịch vụ cho tôi. Cá nhân này có thể sẽ liên lạc với tôi để theo sát quá trình nộp đơn xin của tôi. Có thể người hỗ trợ quyền lợi sức khỏe của kynect hoặc đại lý sẽ cần tạo, thu thập, tiết lộ, tiếp cận, bảo quản, lưu trữ và/hoặc sử dụng một số PII của tôi nhằm hỗ trợ tôi về vấn đề này. Tôi có thể thu hồi sự cho phép trước đó của mình bất kỳ lúc nào.

Nếu tôi có câu hỏi về việc tiết lộ thông tin này, người hỗ trợ quyền lợi sức khỏe của kynect hoặc đại lý thì tôi có thể truy cập [KHBE.ky.gov](https://www.khbe.ky.gov) hoặc gửi email tới địa chỉ KHBE.Questions@ky.gov.