參保協助授權

認證參保實體名稱	授權類型(勾選一個)
	[] 書面[] 口頭
實體地址	場地位置名稱(如適用)
實體電話號碼	實體電郵
認證參保顧問姓名	認證編號

1 4		Mマ ナ [→ ポコ	1-1-	→ 1×1×1×1×1×1×1×1×1×1×1×1×1×1×1×1×1×1×1×	11:
华人,	,	,紹宁华人乙計可	 上 4 人	\	Ĕ

代表(代本人行事的人士),給予其許可至以上確認名稱/姓名的 Covered California 認證參保實體及參保顧問(統稱「顧問」),以向本人或本人之授權代表(如適用)提供有關本人健康保險選擇之資訊。 此為協助本人透過 Covered California 健康保險計劃或 Medi-Cal 申請及參加健康保險。本人同意顧問獲得用於確定參加健康保險資格及參加健康計劃所需之本人的個人可識別資訊。在適用情況下,本人的授權代表可同意顧問獲得用於確定參加健康保險資格及參加健康計劃所需之本人的個人可識別資訊。本人的個人可識別資訊包括本人的姓名,家庭地址,電郵地址,電話號碼,出生日期,社會保險號,財務資訊及就業資訊。 在此表中,「本人」或「本人的」包括本人的授權代表(如有)。

本人理解:

- 1. 顧問會告知本人有關本人可能符合資格的所有承保選擇,包括 Covered California 健康計劃, Medi-Cal 及 Medi-Cal Access Program。
- 2. 顧問不得為本人選擇或推薦健康計劃。
- 3. 顧問將確保本人的個人可識別資訊私密且安全。此乃法律之規定。
- 4. 顧問僅可創建,收集,分發,訪問,保存,存儲或使用本人的個人可識別資訊及/或本人授權代表之個人可識別資訊,用於開展參保協助及相關工作。顧問可向 Covered California, Covered California 健康計劃及運營 Medi-Cal 的 California Department of Health Care Services(加州健保局)提供本人的個人可識別資訊。顧問亦可向法律規定的其他方提供本人的個人可識別資訊。但是,顧問不得將本人的個人可識別資訊用於任何其他目的,或以任何違反有關法律的方式使用。
- 5. 認證參保顧問之職責還包括:
 - 以公平、準確及公正的方式提供資訊及服務。
 - 以本人能夠理解的語種及方式提供有關本人所有承保選擇的口頭或書面資訊。
 - 在適用情況下,以殘障人士易於接受的方式提供資訊及協助。
 - 為本人選擇一項 Covered California 健康計劃, Medi-Cal 計劃或 Medi-Cal Access Program提供協助。如本人同意,顧問亦可為本人參保或續約一項計劃提供協助。
 - 將本人轉介給代理機構,以就本人健康計劃,保險之申訴,投訴或問題或由本人計劃或保險做出或 與其有關之決定尋求協助。

Rev 07/17

參保協助授權

- 如本人對健康保險,支付健康保險之財務援助及與健康保險有關之任何法律規定有任何稅務相關的問題,將本人轉介給相關資源,以進行稅款準備及稅務諮詢。
- 6. 顧問亦須提供公共宣教活動。顧問不得將本人的個人可識別資訊用於此目的。
- 7. 顧問須熟知有關參加 Covered California 健康計劃,Medi-Cal 及 Medi-Cal Access Program 之規定。
- 8. 如本人向顧問提供的資訊有誤,其將無法協助本人作出有關健康保險之最佳決定。顧問僅可依靠本人授權 代表或本人提供的資訊。
- 9. 如顧問無法為本人提供協助,其會將本人轉介至其他顧問,或 Covered California 服務中心為本人提供協助。
- 10. 顧問不得向本人收取任何費用。此協助免費。
- 11. 本人須簽署此表,以授權顧問為本人提供協助。如本人未簽署此表,本人仍可透過 Covered California, Medi-Cal 或 Medi-Cal Access Program 申請及參加健康保險。
- 12. 此授權將於本人告知顧問撤回本人授權之時到期。本人可隨時以書面形式撤回或限制本人之授權。如選擇 撤回本人之授權,本人將會通知顧問。
- 13. 認證參保實體須保存此表十 (10) 年。

Covered California 需要您在此表上提供姓名及簽名,以確認您的身份。如您未在此表上提供姓名及簽名,顧問將無法為您提供協助。

Covered California 須向您提供 CA Civil Code § 1798.17 規定的《隱私權聲明》。Covered California 之《隱私條例通知》可透過 CoveredCA.com/Privacy 獲得。如有關於您的記錄的疑問,請致電或寫信給

Privacy Officer,電話號碼為 (800) 889-3871,地址為 1601 Exposition Blvd., Sacramento, CA 95815.

簽名	日期
正楷姓名	
申請編號	案件編號

適用於認證參保顧問:

依據偽證罪之規定,本人申明:

- 本人為 California Code of Regulations Title 10, Chapter 12, Article 8, section 6650 定義的認證
 参保實體下屬之認證參保顧問。
- 本人已透過申請人理解的語種及方式向其傳達此表中的所有資訊。
- 本人透過在必要時提供與殘障相關的修改或調整,包括輔助用品,盲文版,大字版或其他工具及服務,確保殘障人士獲得此表中的所有資訊。
- 本人已向申請人說明個人可識別資訊於申請保險中的意義及目的。本人聲明,個人可識別資訊 將僅用於確定參加健康保險之資格。
- 本人已獲客戶口頭或書面授權,同意向本人公開其個人可識別資訊,以履行 California Code of Regulations Title 10, Chapter 12, Article 8, section 6664 中規定的本人之職責。

簽名	日期