

**ỦY QUYỀN HỖ TRỢ GHI DANH**

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Tên Cơ Quan Ghi Danh Được Chứng Nhận | Loại Ủy Quyền (Đánh Dấu Một Ô)                                     |
|                                      | <input type="checkbox"/> Văn Bản <input type="checkbox"/> Bằng Lời |
| Địa Chỉ Cơ Quan                      | Tên Địa Chỉ Cơ Sở (Nếu có)   |
|                                      |  |
| Số Điện Thoại Cơ Quan                | Email Cơ Quan  |
|                                      |  |
| Tên Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận  | Số Chứng Nhận  |
|                                      |  |

Tôi, \_\_\_\_\_, cho phép, hoặc \_\_\_\_\_ Người Đại Diện được Ủy Quyền của tôi (người thực hiện hành động thay cho tôi) cho phép, Cơ Quan Ghi Danh Đã Được Chứng Nhận thuộc Covered California và Cố Vấn Ghi Danh (cùng được gọi là "Cố Vấn") có tên nêu ở trên cung cấp cho tôi hoặc Người Đại Diện được Ủy Quyền của tôi thông tin về các lựa chọn bảo hiểm y tế của tôi. Điều này nhằm giúp tôi đăng ký và ghi danh vào bảo hiểm y tế thông qua Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế của Covered California hoặc Medi-Cal. Tôi cho phép Cố Vấn truy cập Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân của tôi mà cần thiết trong việc xác định tính đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế và ghi danh vào một chương trình bảo hiểm y tế. Nếu có, Người Đại Diện được Ủy Quyền của tôi có thể cho phép Cố Vấn truy cập Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân của tôi mà cần thiết trong việc xác định tính đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế và ghi danh vào một chương trình bảo hiểm y tế. Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân của tôi có thể bao gồm tên, địa chỉ nhà, địa chỉ email, số điện thoại, ngày sinh, số an sinh xã hội, thông tin tài chính, và thông tin việc làm của tôi.

Trong mẫu đơn này, từ "tôi" hay "của tôi" bao gồm Người Đại Diện được Ủy Quyền của tôi nếu tôi có.

**Tôi hiểu rằng:**

- Cố Vấn sẽ cho tôi biết về tất cả các lựa chọn bảo hiểm y tế mà tôi có thể đủ điều kiện tham gia bao gồm các Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế của Covered California, Medi-Cal và Chương Trình Tiếp Cận Medi-Cal.
- Cố Vấn không thể chọn hay khuyến nghị chương trình bảo hiểm y tế cho tôi.
- Cố Vấn sẽ đảm bảo Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân của tôi được giữ kín và bảo mật. Điều này được luật pháp quy định.
- Cố Vấn chỉ có thể tạo, thu thập, đưa ra, tiếp cận, giữ, lưu trữ và/hoặc sử dụng Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân của tôi và/hoặc Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân của Người Đại Diện được Ủy Quyền của tôi để thực hiện hỗ trợ ghi danh và các nhiệm vụ liên quan. Cố Vấn có thể cung cấp Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân của tôi cho Covered California, Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế của Covered California, và Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (California Department of Health Care Services), nơi vận hành Medi-Cal. Cố Vấn cũng có thể cung cấp Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân của tôi cho các nguồn khác theo yêu cầu của pháp luật. Tuy nhiên, Cố Vấn không được sử dụng Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân của tôi cho bất kỳ mục đích nào khác hoặc theo cách vi phạm luật pháp hiện hành.
- Nhiệm vụ của Cố Vấn Đăng Ký Đã Được Chứng Nhận cũng bao gồm:
  - Cung cấp thông tin và dịch vụ một cách công bằng, chính xác và khách quan.

**ỦY QUYỀN HỖ TRỢ GHI DANH**

- Cung cấp thông tin bằng lời hoặc bằng văn bản về tất cả các tùy chọn về bảo hiểm y tế của tôi theo ngôn ngữ và cách mà tôi có thể hiểu.
  - Nếu có thể, cung cấp thông tin và hỗ trợ theo cách dễ tiếp cận đối với những người khuyết tật.
  - Giúp tôi chọn một Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế Covered California, Chương Trình Medi-Cal, hoặc Medi-Cal Access Program. Nếu tôi chấp thuận, Cố Vấn cũng sẽ giúp tôi ghi danh hoặc gia hạn chương trình.
  - Giới thiệu tôi đến cơ quan để được hỗ trợ về đơn than phiền, đơn khiếu nại, hoặc thắc mắc về chương trình sức khỏe, bảo hiểm y tế của tôi, hoặc quyết định được đưa ra bởi chương trình bảo hiểm y tế của tôi.
  - Giới thiệu tôi đến các nguồn lực giúp chuẩn bị thuế và đưa ra lời khuyên về thuế nếu tôi có bất kỳ thắc mắc liên quan đến thuế về bảo hiểm y tế, hỗ trợ tài chính để thanh toán khoản bảo hiểm y tế, và bất kỳ yêu cầu pháp lý nào liên quan đến bảo hiểm y tế.
6. Cố Vấn cũng phải cung cấp các hoạt động giáo dục công cộng. Cố Vấn sẽ không sử dụng Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân của tôi vì mục đích này.
  7. Cố Vấn có hiểu biết về các quy tắc ghi danh trong các Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế của Covered California, Medi-Cal, và Medi-Cal Access Program.
  8. Nếu tôi cung cấp thông tin không chính xác cho Cố Vấn, anh ấy hay cô ấy không thể giúp tôi đưa ra quyết định tốt nhất liên quan đến bảo hiểm y tế. Cố Vấn chỉ có thể dựa vào thông tin mà Người Đại Diện được Ủy Quyền hoặc Tôi cung cấp.
  9. Nếu Cố Vấn không thể giúp tôi, anh ấy hay cô ấy sẽ giới thiệu tôi với Cố Vấn khác hoặc với Trung Tâm Dịch Vụ Covered California có thể giúp tôi.
  10. Cố Vấn không thể thu bất kỳ khoản phí nào từ tôi. Hỗ trợ này là miễn phí.
  11. Tôi phải ký vào mẫu đơn này để ủy quyền cho Cố Vấn để giúp tôi. Nếu tôi không ký tên vào mẫu đơn này, tôi vẫn có thể nộp đơn đăng ký và ghi danh vào chương trình bảo hiểm y tế thông qua Covered California, Medi-Cal hoặc Medi-Cal Access Program.
  12. Ủy quyền này sẽ hết hạn khi tôi trao đổi với Cố Vấn rằng tôi muốn hủy bỏ ủy quyền của tôi. Tôi có thể hủy bỏ hay hạn chế ủy quyền của mình bằng văn bản bất cứ khi nào. Tôi sẽ thông báo với Cố Vấn nếu tôi chọn hủy bỏ ủy quyền của mình.
  13. Cơ Quan Ghi Danh được Chứng Nhận phải lưu giữ mẫu đơn này trong mười (10) năm.

Covered California cần tên và chữ ký của quý vị trên mẫu đơn này để nhận dạng quý vị. Nếu quý vị không cung cấp tên và chữ ký của mình trên mẫu đơn này, Cố Vấn sẽ không thể hỗ trợ quý vị.

Covered California phải cung cấp cho quý vị bản Tuyên Bố về Quyền Riêng Tư này theo CA Civil Code § 1798.17. Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư của Covered California sẵn có tại [CoveredCA.com/Privacy](http://CoveredCA.com/Privacy). Nếu quý vị có thắc mắc về hồ sơ của mình, quý vị có thể gọi hoặc viết thư gửi cho Privacy Officer theo số (800) 889-3871 hoặc 1601 Exposition Blvd., Sacramento, CA 95815.

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| Chữ Ký          | Ngày          |
| Tên Viết In Hoa |               |
| Số Đăng Ký      | Số Trường Hợp |

**Tôi xác nhận theo hình phạt về tội khai man rằng:**

- Tôi là Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận thuộc Cơ Quan Ghi Danh Được Chứng Nhận theo quy định của California Code of Regulations Title 10, Chapter 12, Article 8, section 6650.
- Tôi đã cung cấp tất cả thông tin trong mẫu đơn này cho người nộp đơn bằng ngôn ngữ và theo cách họ hiểu được.
- Tôi đảm bảo tất cả thông tin trong mẫu đơn này dễ dàng tiếp cận đối với người bị khuyết tật bằng cách cung cấp các sửa đổi hoặc điều chỉnh liên quan đến tình trạng khuyết tật khi cần thiết, bao gồm trợ giúp bổ trợ, chữ nổi Braille, bản in chữ lớn hoặc các công cụ và dịch vụ khác.
- Tôi đã giải thích cho người nộp đơn ý nghĩa của Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân và mục đích của thông tin này trong việc đăng ký bảo hiểm. Tôi tuyên bố rằng Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân sẽ chỉ được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện nhận khoản bao trả y tế.
- Tôi có được ủy quyền bằng miệng từ khách hàng đồng ý tiết lộ Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân của họ với tôi để tôi hoàn thành nhiệm vụ của mình như được mô tả trong California Code of Regulations Title 10, Chapter 12, Article 8, section 6664.

Chữ Ký

Ngày