Biểu mẫu ủy quyền dành cho Nhân viên chỉ dẫn của Federally Facilitated Marketplace (Sở giao dịch được Liên Bang tạo điều kiện) hoặc State Partnership Marketplace (Sở giao dịch Hợp danh của Tiểu Bang) (Gọi chung là Sở giao dịch)

Tên tổ chức nơi Nhân viên chỉ dẫn làm việc: United Language Group

Địa chỉ của tổ chức nơi Nhân viên chỉ dẫn làm việc: 4801 Glenwood Avenue Suite 200 Raleigh, NC 27612

Số điện thoại và địa chỉ email của tổ chức nơi Nhân viên chỉ dẫn làm việc:

866-960-1936 / Navigator-NC@ulgroup.com

Tên của từng Nhân viên chỉ dẫn hoặc tên của Nhân viên/Tình nguyện viên và Số giấy chứng nhận:

NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004

I. Tuyên bố xác nhận vai trò và trách nhiệm của Nhân viên chỉ dẫn (xem Tài liệu A đính kèm)

Tôi đã được thông báo và hiểu rõ vai trò cũng như trách nhiệm của Nhân viên chỉ dẫn nêu tại Tài liệu A đính kèm, đồng thời đã có cơ hội thảo luận về các vai trò và trách nhiệm này với [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004].[1]

II. Định nghĩa và giải thích về các thuật ngữ dùng trong Biểu mẫu này

Trong biểu mẫu ủy quyền này:

- Các từ “tôi” hoặc “của tôi” đều chỉ đại diện được ủy quyền của tôi, nếu có.
- Thông tin nhận dạng cá nhân được gọi tắt là "PII". Ví dụ về Thông tin nhận dạng cá nhân bao gồm, nhưng không giới hạn ở tên, số điện thoại, địa chỉ email, địa chỉ nhà riêng, tình trạng nhập cư, thu nhập và thông tin về số người trong gia đình.
- Các gói bảo hiểm y tế do Sở giao dịch cung cấp được gọi là các Gói bảo hiểm y tế tiêu chuẩn hoặc gọi tắt là “QHP”.
- Các chương trình khác như "chương trình bảo hiểm hợp túi tiền" cũng được Sở giao dịch cung cấp. Các chương trình này có thể giúp tôi hoặc gia đình tôi thanh toán bảo hiểm y tế, đồng thời cũng bao gồm cả những chương trình của chính phủ, chẳng hạn như Mechdicaid hoặc Chương trình bảo hiểm sức khỏe dành cho trẻ em (CHIP), chương trình tín dụng thuế để trả phí bảo hiểm, chương trình giảm bớt khoản tiền đóng góp chi trả và Chương trình chăm sóc sức khỏe cơ bản (nếu có ở tiểu bang nơi tôi sinh sống).

[1] LƯU Ý ĐỐI VỚI TỔ CHỨC CỦA NHÂN VIÊN CHỈ DẪN VÀ CÁ NHÂN NHÂN VIÊN CHỈ DẪN: Mỗi lần [Tên] xuất hiện trong Biểu mẫu ủy quyền này, ít nhất phải chèn tên của Tổ chức nơi Nhân viên chỉ dẫn làm việc. Có thể chèn tên của cá nhân Nhân viên chỉ dẫn (nhưng không bắt buộc).

III. Nội dung ủy quyền

(a) Sự đồng ý chung

Tôi,_____, cho phép [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004], trong đó bao gồm mọi Nhân viên chỉ dẫn thuộc tổ chức này được tạo, thu thập, tiết lộ, truy cập, duy trì, lưu trữ và/hoặc sử dụng PII của tôi để thực hiện các nhiệm vụ sau đây với vai trò là một Nhân viên chỉ dẫn, trừ khi tôi đã hạn chế sự đồng ý đó như nêu trong tài liệu này. Tôi hiểu rằng [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] có thể cần phải tạo, thu thập, tiết lộ, truy cập, duy trì, lưu trữ và/hoặc sử dụng một số thông tin PII của tôi để thực hiện việc hỗ trợ này.

1. Cho tôi biết thông tin về toàn bộ các lựa chọn QHP, cũng như các chương trình bảo hiểm hợp túi tiền mà tôi đủ điều kiện tham gia, bao gồm: cung cấp cho tôi thông tin phù hợp, chính xác và khách quan nhằm hỗ trợ tôi gửi đơn đăng ký đủ điều kiện cho Sở giao dịch; làm rõ sự khác biệt giữa các lựa chọn bảo hiểm y tế, trong đó có cả gói QHP; và giúp tôi đưa ra quyết định sáng suốt trong quá trình lựa chọn bảo hiểm y tế. Những thông tin này phải được cung cấp theo cách phù hợp với văn hóa và ngôn ngữ của tôi. Tôi hiểu rằng [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] có thể cần hỏi và ghi nhớ những nhu cầu về bảo hiểm y tế cũng như lựa chọn ngôn ngữ của tôi để có thể trợ giúp tôi.
2. Hãy đảm bảo tôi có thể tiếp cận và sử dụng những công cụ cũng như các hình thức trợ giúp này ngay cả khi tôi là người khuyết tật. Tôi hiểu rằng [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] có thể phải hỏi và ghi nhớ những thông tin về bất kỳ hoạt động hỗ trợ và dịch vụ nào mà tôi cần để có thể trợ giúp tôi.
3. Giúp tôi chọn một gói QHP.
4. Giúp tôi giải đáp những khúc mắc, khiếu nại hoặc câu hỏi về gói chăm sóc sức khỏe, chương trình bảo hiểm hay về lựa chọn theo chương trình hoặc gói bảo hiểm đó bằng cách giới thiệu cho tôi văn phòng hỗ trợ khách hàng mua bảo hiểm y tế đang hoạt động hay nhân viên thanh tra bảo hiểm y tế hoặc bất kỳ cơ quan/tổ chức phù hợp nào khác của tiểu bang. Tôi hiểu rằng [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] có thể cần phải tiết lộ PII của tôi cho các cá nhân/tổ chức mà họ giới thiệu để trợ giúp tôi.
5. Cung cấp cho tôi biểu mẫu này và lưu trữ một bản sao biểu mẫu có chữ ký.

(b) Sự đồng ý theo trường hợp cụ thể

Tôi cũng cho phép [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] tạo, thu thập, tiết lộ, truy cập, duy trì, lưu trữ và/hoặc sử dụng PII của tôi cho (các) mục đích sau:

> Liên hệ với tôi vào cuối năm khi chương trình bảo hiểm áp dụng kết thúc để tìm hiểu xem tôi có cần được trợ giúp ghi danh lại vào chương trình bảo hiểm của Sở giao dịch và/hoặc các chương trình bảo hiểm hợp túi tiền hay không. Thông tin liên hệ ưu tiên của tôi có ở bên dưới.

IV. Các trường hợp ngoại lệ hoặc các trường hợp hạn chế sự đồng ý

Tôi biết rằng mình có thể thu hồi, hạn chế hoặc thay đổi sự đồng ý mà tôi đã đưa ra thông qua biểu mẫu này bất cứ lúc nào. Nếu hiện tại tôi không đưa ra bất kỳ hạn chế, trường hợp ngoại lệ hay thay đổi nào đối với sự đồng ý của mình, thì sau này, tôi vẫn có thể làm vậy bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho

[NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004]. Tôi đưa ra các trường hợp ngoại lệ, hạn chế hoặc thay đổi sau:

V. Thông tin bổ sung

Tôi hiểu rằng:

1. Tôi không phải cung cấp cho [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] bất cứ thông tin nào mà tôi không muốn. Tuy nhiên, [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] sẽ chỉ trợ giúp dựa trên những thông tin mà tôi cung cấp. Nếu thông tin được cung cấp không chính xác hoặc không đầy đủ, [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] có thể sẽ không đưa ra được tất cả các giải pháp hỗ trợ hữu ích cho trường hợp của tôi.
2. Tôi hiểu rằng [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] sẽ chỉ yêu cầu tôi cung cấp PII thực sự cần thiết để trợ giúp cho tôi.
3. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] sẽ đảm bảo giữ cho PII của tôi luôn riêng tư và an toàn khi họ tạo, thu thập, tiết lộ, truy cập, duy trì, lưu trữ và/hoặc sử dụng PII đó. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] sẽ tuân thủ các tiêu chuẩn về quyền riêng tư và bảo mật thông tin được áp dụng cho họ.
4. Tôi hiểu rằng [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] cũng cần phải luôn trau dồi kiến thức chuyên môn về các tiêu chí, quá trình ghi danh và đặc điểm của các gói QHP và chương trình bảo hiểm hợp túi tiền, đồng thời phải tiến hành các hoạt động giáo dục cộng đồng để nâng cao nhận thức về Sở giao dịch. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] sẽ không được tạo, thu thập, tiết lộ, truy cập, duy trì, lưu trữ và/hoặc sử dụng PII của tôi cho các chức năng này. Nếu [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] cần tạo, thu thập, tiết lộ, truy cập, duy trì, lưu trữ và/hoặc sử dụng PII của tôi cho các chức năng này, [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] phải có được sự đồng ý của tôi cho các hoạt động cụ thể đó. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] phải đảm bảo giữ cho PII của tôi luôn riêng tư và an toàn trừ khi tôi đồng ý chia sẻ công khai PII của mình.
5. Nếu tôi cung cấp thông tin liên hệ khi ký vào biểu mẫu này, thì nói chung là tôi đã đồng ý cho phép [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] liên hệ với mình nếu muốn trao đổi về việc nộp đơn đăng ký hoặc ghi danh tham gia bảo hiểm sau cuộc gặp đầu tiên giữa tôi với họ.
6. Nếu [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] không có đủ thông tin hoặc kỹ năng để trợ giúp cho tôi ngay lập tức, thì người đó sẽ giới thiệu tôi với một Nhân viên chỉ dẫn khác của Sở giao dịch hay với nhân viên hỗ trợ trực tiếp hoặc với Tổng đài của Sở giao dịch Liên Bang để có thể nhanh chóng trợ giúp tôi theo đúng các yêu cầu cụ thể mà tôi đưa ra. Nếu [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] cần phải giới thiệu tôi đến một nguồn trợ giúp khác, thì người đó sẽ giới thiệu tôi đến nguồn mà tôi dễ tiếp cận nhất. Tôi hiểu rằng [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] có thể cần phải chia sẻ thông tin liên hệ và thông tin về nhu cầu của tôi với các nguồn mà họ có thể giới thiệu để trợ giúp tôi.
7. Tôi hiểu rằng khi ký vào biểu mẫu ủy quyền này, tôi có thể hy vọng rằng [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] sẽ trợ giúp cho tôi mà không yêu cầu tôi ký thêm biểu mẫu ủy quyền nào khác.

8. Sau khi hoàn tất, [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] sẽ gửi cho tôi một bản sao của Biểu mẫu ủy quyền và Tài liệu A đính kèm này.
9. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] bắt buộc phải thu thập, xử lý, tiết lộ, truy cập, duy trì, lưu trữ và/hoặc sử dụng PII của tôi để thực hiện các hoạt động được yêu cầu theo luật hoặc quy định của tiểu bang.
   [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] đã nêu rõ các yêu cầu cụ thể của tiểu bang được áp dụng ở bên dưới.

Tài liệu A đính kèm: Vai trò và trách nhiệm của Nhân viên chỉ dẫn

1. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] phải luôn trau dồi kiến thức chuyên môn về tiêu chí, quá trình ghi danh và đặc điểm của các gói bảo hiểm y tế tiêu chuẩn (QHP) và các chương trình bảo hiểm hợp túi tiền, đồng thời phải tiến hành các hoạt động giáo dục cộng đồng để nâng cao nhận thức về Sở giao dịch.
2. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] phải cho tôi biết toàn bộ các lựa chọn QHP, cũng như các chương trình bảo hiểm hợp túi tiền mà tôi đủ điều kiện tham gia, bao gồm: cung cấp cho tôi thông tin phù hợp, chính xác và khách quan nhằm hỗ trợ tôi gửi đơn đăng ký đủ điều kiện cho Sở giao dịch; làm rõ sự khác biệt giữa các lựa chọn bảo hiểm y tế, trong đó có cả gói QHP; và giúp tôi đưa ra quyết định sáng suốt trong quá trình lựa chọn bảo hiểm y tế.
3. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] sẽ không 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 xu hướng tính dục.
4. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] phải cung cấp cho tôi thông tin theo cách phù hợp với văn hóa và ngôn ngữ của tôi.
5. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] phải đảm bảo tôi có thể tiếp cận cũng như sử dụng những công cụ và các hình thức trợ giúp được cung cấp ngay cả khi tôi là người khuyết tật.
6. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] phải giúp tôi chọn một gói QHP nếu tôi muốn được trợ giúp. Tuy nhiên, nếu tôi không muốn, [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] không được, cũng như sẽ không chọn một gói bảo hiểm y tế cho tôi.
7. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] phải giúp tôi giải đáp những khúc mắc, khiếu nại hoặc câu hỏi về gói chăm sóc sức khỏe, chương trình bảo hiểm hay về lựa chọn theo chương trình hoặc gói bảo hiểm đó bằng cách giới thiệu cho tôi văn phòng hỗ trợ khách hàng mua bảo hiểm y tế đang hoạt động hay nhân viên thanh tra bảo hiểm y tế hoặc bất kỳ cơ quan/tổ chức phù hợp nào khác của tiểu bang.
8. Tất cả các cá nhân giữ vai trò Nhân viên chỉ dẫn trợ giúp cho tôi đều phải được Sở giao dịch cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện trợ giúp cho khách hàng sau khi chứng minh mình đáp ứng mọi tiêu chuẩn bắt buộc. Ngoài ra, những nhân viên này còn phải tuân theo các điều khoản của [**United Language Group**] do CMS đưa ra.
9. Mọi nhân viên hỗ trợ tôi đều phải hoàn thành và vượt qua một khóa đào tạo được CMS phê duyệt trước khi có thể đảm nhận công việc trợ giúp khách hàng. Đồng thời, những nhân viên này cũng phải không ngừng học hỏi và trải qua những đợt chứng nhận hoặc chứng nhận lại hằng năm trước khi có thể tiếp tục đảm nhận công việc trợ giúp khách hàng.
10. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] không phải là một tổ chức phát hành bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm vượt mức bồi thường hoặc công ty con của những tổ chức này, cũng không phải là một hiệp hội bao gồm các thành viên của ngành bảo hiểm hoặc các tổ chức vận động cho ngành bảo hiểm, đồng thời cũng không nhận được bất kỳ khoản tài trợ hoặc khoản thanh toán nào từ công ty phát hành bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm vượt mức bồi thường liên quan đến việc ghi danh tham gia gói QHP hoặc gói không phải là QHP của bất kỳ cá nhân nào. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] cũng sẽ thông báo cho tôi về những xung đột lợi ích mà họ có thể gặp phải.

11. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] phải cung cấp cho tôi thông tin về vai trò và trách nhiệm của Nhân viên chỉ dẫn, bao gồm cả tthông qua biểu mẫu này.
12. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] phải tuân thủ các tiêu chuẩn của Sở giao dịch để đảm bảo giữ cho PII của tôi luôn riêng tư và an toàn, đồng thời phải có sự đồng ý của tôi thì mới được sử dụng PII đó và phải cho phép tôi rút lại sự đồng ý của mình bất cứ lúc nào
13. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] sẽ không bắt tôi trả phí đối với bất kỳ hình thức trợ giúp nào mà họ thực hiện.
14. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] sẽ không được tổ chức của Nhân viên chỉ dẫn thanh toán dựa trên số lượng đơn đăng ký mà họ giúp hoàn thành, cũng như số người họ đã trợ giúp hoặc số lượt ghi danh họ đã giúp hoàn thành.
15. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] sẽ không được tặng cho tôi bất kỳ món quà nào (bao gồm cả thẻ quà tặng hoặc tiền mặt) trị giá trên 15 USD hoặc tặng tôi những món đồ giúp tiếp thị hoặc quảng bá sản phẩm/dịch vụ của một cá nhân hoặc doanh nghiệp khác nhằm thuyết phục tôi ghi danh tham gia bảo hiểm y tế. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] được phép (nhưng không bắt buộc) tặng quà, trao thẻ quà tặng hoặc đưa tiền mặt trị giá trên 15 USD cho tôi nhằm hoàn trả lại cho tôi những gì mà tôi có thể phải mua hoặc thanh toán để được [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] hỗ trợ đăng ký (chẳng hạn như chi phí đi lại hoặc phí gửi thư).
16. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] sẽ không được sử dụng bất kỳ khoản tiền nào do Sở giao dịch cung cấp để mua cho tôi quà tặng, thẻ quà tặng hoặc những món đồ giúp tiếp thị hoặc quảng bá sản phẩm/dịch vụ của một cá nhân hay doanh nghiệp khác.
17. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] không được phép đến tận nhà khách hàng để hỗ trợ đăng ký hoặc ghi danh hay không được liên hệ với những người không yêu cầu trợ giúp, trừ khi [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] đã có mối quan hệ với khách hàng đó. Tuy nhiên, [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] có thể đến tận nhà khách hàng hoặc liên hệ với những người không yêu cầu trợ giúp khi thực hiện các hoạt động tiếp cận và tuyên truyền chung cho tất cả mọi người. Vì tôi có mối quan hệ với [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] nên [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] được phép đến nhà tôi và/hoặc gọi điện trực tiếp cho tôi để giúp tôi đăng ký hoặc ghi danh, miễn sao **[NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004]** tuân thủ các luật khác có thể áp dụng cho hoạt động đó.
18. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] không được phép liên hệ với khách hàng bằng "cuộc gọi tự động" (thông qua hệ thống quay số tự động hoặc giọng nói được ghi âm trước hoặc giọng nói nhân tạo) trừ khi [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] đã có mối quan hệ với khách hàng đó. Vì tôi có mối quan hệ với [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] nên [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] được phép liên hệ với tôi bằng "cuộc gọi tự động" miễn là [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] tuân thủ các luật khác có thể áp dụng cho hoạt động đó.

19. [**United Language Group**] phải có một địa điểm thực tế (chẳng hạn như văn phòng) ở tiểu bang của tôi, để tôi có thể được trợ giúp trực tiếp nếu muốn.
20. [NCNAVG140001/NCNAVG140002/NCNAVG140003/NCNAVG140004] cũng phải đáp ứng mọi yêu cầu hiện hành của tiểu bang và địa phương khi cung cấp dịch vụ cho tôi.