

新老客户向 Marketplace 申请医保计划的授权同意书

Agent/Broker Name: Dr. Beibei Allen (中文: 李备备博士)

Agent/Broker Address: 864 Donaldson Hwy, Erlanger, KY 41018

Agent/Broker Phone Number: (Office) 859-982-9468; (Mobile) 859-553-0757

Agent/Broker E-mail Address: bei@xsimplr.com; Wechat: xsimplr

Agent/Broker NPN Number: 16509029

我 (申请人) _____, 或我的授权人 (配偶或子女) _____, 在此特授权 **Beibei Allen 博士** 帮助我在医保交易所 (Marketplace) 上购买健康保险计划。授权范围包括直接或间接地向 Marketplace 递交医保申请, 协助选择合适的健康保险计划, 上载收入或移民身份验证材料, 对 Marketplace 的不正确决定提出申诉, 投诉或解决问题。我明白 Beibei Allen 博士接受此授权后, 需要查看或使用我的一些个人信息才能提供此帮助。

在本授权同意书中:

- 每当我说“我”或“我的”, 也包括我的授权人。
- 个人信息称为“PII”。
- 通过 Marketplace 提供的健康计划称为合格健康计划或“QHP”。

我理解 Beibei Allen 博士的服务不是免费的, 随着越来越多的保险计划不再向保险经纪人支付代理费或支付很少, Beibei Allen 博士会根据不同的情况收一定的服务费, 我们双方会在医保申请之前商定服务费金额。我知道我可以直接打电话 800-318-2596 给 Marketplace 享受完全免费的各种申请服务。

我同意在医保申请前或申请完成后一周内支付该服务费, 我如果没有及时缴纳首月保险费导致保险未能生效, 我仍有义务支付该服务费。我同意该服务费只保证奥巴马医保的成功申请, 不保证携带申请的 Medicaid 或儿童免费医保的申请成功。申请服务费不涵盖申请完成以后的其它服务, 如查网络内医生、给保险公司打电话付款、医疗账单问题处理、上载补充材料/下载 1095A, 或修改申请、换计划或关停保险等, 这些服务视情况酌情收费或免费。

同意支付申请服务费为: \$0 \$50 \$80 \$100 \$125 \$150

我同意以下条款:

- Beibei Allen 博士可以创建, 收集, 披露, 访问, 维护, 存储和/或使用我的 PII 以履行代理/经纪人的职责。Beibei Allen 博士会按联邦 ACA 及 HIPAA 规定, 全力保护我所有的 PII 和健康信息, 这些信息在未经本人或我的授权人同意, 不可用于申请医保以外的其它目的, 不可将 PII 信息透露给第三方。Beibei Allen 博士将确保任何存储的 PII 保持私密和安全。
- Beibei Allen 博士将以我的医保利益为第一, 以公平, 准确, 公正的方式提供信息和服务。告诉我有关资格申请的各种医保项目 (如 Medicaid/CHIP 计划), 向我

解释多个适合我家庭的 QHP, 最终由我确定一个我认为最合适的 QHP。我同意 Beibei Allen 博士可以跟进我的医保申请, 同意她必要时为我上载收入及移民身份等验证材料。

- Beibei Allen 博士自愿提供携带申请未成年子女的 CHIP 计划时, 她没有义务向我所居住州政府跟踪 CHIP 计划的申请。
- 如果我需要, Beibei Allen 博士愿意有偿帮助我向 Marketplace 提出我的申诉或抱怨不公。
- Beibei Allen 博士必须拥有有效的 Marketplace 协助申请的注册证书, 还要有一定的奥巴马医保专业知识, 包括申请人的资格核定, QHP 的基本福利, 及“患者保护与平价医疗法案” (ACA) 的政策动向。
- Beibei Allen 博士必须以适合客户的文化和语言能力来提供合适的帮助, 以满足 Marketplace 所服务的不同人群的需求, 包括英语有限的人。如果 Beibei Allen 博士因能力有限不能提供某些帮助, 她要建议我向 Marketplace 请求帮助。
- 我不必向 Beibei Allen 博士提供医保申请所必需的信息之外的任何其它信息。
- Beibei Allen 博士提供的帮助仅基于我或我的授权人提供的信息, 如果所提供的信息不准确或不完整, Beibei Allen 博士可能无法提供适合我情况的所有帮助。

我可以随时取消此同意书, 如果我决定取消我的同意, 将通知 Beibei Allen 博士。我知道一旦签署了这份同意书, 我可以期待 Beibei Allen 博士帮助我申请 QHP, 并提供医保相关的其它服务, 至少在签字之日起一年内不需要我签署另一份同意书。

请签字并注明日期:

州缩写, 邮编

申请人签名

授权人签名

签字日期

微信号(未加者)

电话号码及 E-mail 地址 (随意)

老客户需要更新申请信息的, 或者有特别情况和要求的, 请在此说明:

如家庭地址、工作单位、收入、家庭成员增减、移民身份、是否抽烟的变化、子女 CHIP 计划是否被断?