

가입 지원 승인

승인된 가입자 이름	승인 유형 (하나만 확인)
	<input type="checkbox"/> 서면 <input type="checkbox"/> 구두
집 주소	장소 위치 이름 (해당되는 경우)
전화 번호	메일
승인된 가입 상담원 이름	승인 번호

본인은, \_\_\_\_\_, 본인의 허락을 받고, 또는 \_\_\_\_\_ 본인 또는 본인의 승인된 대리인 (해당되는 경우)에 본인의 건강 보험 선택에 대한 정보를 제공하기 위해 위에서 언급한 Covered California 인증 가입 기관 및 가입 상담원 ("상담원"이라고 함)에게 본인의 허락을 합니다. 이것은 Covered California 건강 보험 플랜 또는 Medi-Cal 을 통해 건강 커버리지를 신청하고 가입하는 데 도움이 됩니다. 본인은 상담원에게 건강 보험 적격여부를 결정하고 건강 플랜에 가입하는 데 필요한 개인 식별 정보에 접촉할 수 있는 권한을 부여합니다. 해당되는 경우, 승인된 담당자가 상담원에게 건강 보험 적격여부를 결정하고 건강 플랜에 가입하는 데 필요한 개인 식별 정보에 접촉할 수 있는 권한을 부여할 수 있습니다. 본인의 개인 식별 정보에는 본인의 이름, 집 주소, 이메일 주소, 전화 번호, 생년월일, 주민등록번호, 재정 정보 및 고용 정보가 포함될 수 있습니다.

이 양식에서 “나” 또는 “본인”이라는 단어에는 본인이 승인된 대리인이 포함되어 있습니다.

**본인은 아래내용을 이해합니다:**

1. 상담원은 Covered California 건강 플랜, Medi-Cal 및 Medi-Cal Access Program 을 포함하여 본인이 받을 수 있는 모든 커버리지 선택에 대해 알려줄 것입니다.
2. 상담원은 본인을 위해 건강 플랜을 선택하거나 추천할 수 없습니다.
3. 상담원은 본인의 개인 식별 정보가 개인 정보이며 안전한지 확인할 것입니다. 이것은 법적으로 요구됩니다.
4. 상담원은 가입 지원 및 관련 업무를 수행하기 위해서만 개인 식별 정보 및 / 또는 승인 대리인의 개인 식별 정보를 생성, 수집, 제공, 접속, 보관, 저장 또는 사용할 수 있습니다. 상담원은 본인의 개인 식별 정보를 Covered California, Covered California 건강 플랜 및 Medi-Cal 을 운영하는 California Department of Health Care Services (캘리포니아 건강 관리 서비스)에 제공할 수 있습니다. 상담원은 또한 본인의 개인 식별 정보를 법에서 요구하는대로 다른 출처에 제공할 수도 있습니다. 그러나 상담원은 본인의 개인 식별 정보를 다른 목적이나 적용 가능한 법률을 위반하는 방식으로 사용할 수 없습니다.
5. 승인 가입 상담원 업무에는 다음이 포함됩니다:
  - 공정하고 정확하며 공평한 방식으로 정보 및 서비스 제공합니다.

- 본인이 이해할 수 있는 언어와 방식으로 귀하의 모든 커버리지에 대한 구두 또는 서면 정보를 제공합니다.

Rev 07/17

### 가입 지원 승인

- 해당되는 경우, 장애인이 쉽게 이해할 수 있는 방식으로 정보와 지원을 제공합니다.
  - 본인의 Covered California 건강 플랜, Medi-Cal 플랜 또는 Medi-Cal Access Program 선택을 도와줍니다.
  - 본인의 건강 플랜, 커버리지 또는 본인의 플랜 또는 커버리지 결정에 대한 불만 또는 질문에 대한 도움을 받기 위해 기관을 소개합니다.
  - 건강 보험에 대한 세금 관련 질문, 건강 보험 비용 지불을 위한 재정 지원 및 건강 보험과 관련된 법적 요구 사항이 있는 경우 세금 준비 및 세금 관련 조언 자료를 알립니다.
6. 상담원은 또한 공공 교육 활동을 제공해야 합니다. 상담원은 이 목적으로 본인의 개인 식별 정보를 사용하지 않습니다.
  7. 상담원은 Covered California 건강 계획, Medi-Cal 및 Medi-Cal Access Program 가입 규칙에 대해 잘 알고 있습니다.
  8. 만약 본인은 상담원에게 잘못된 정보를 제공하면 건강 보험에 관한 최선의 결정을 내리는 데 도움이 되지 않을 수 있습니다. 상담원은 본인의 승인된 대리인 또는 본인이 제공한 정보에만 의존할 수 있습니다.
  9. 만약 본인에게 상담원이 도움이 되지 않으면 다른 상담원이나 본인을 도와 줄 수 있는 Covered California 서비스 센터로 안내해 줄 것입니다.
  10. 상담원은 본인에게 어떤 수수료를 청구할 수 없습니다. 이 지원은 무료입니다.
  11. 상담원이 본인을 도울 수 있도록 승인하려면 이 양식에 서명해야 합니다. 만약 본인이 은 이 양식에 서명하지 않으면, Covered California, Medi-Cal 또는 Medi-Cal Access Program 을 통해 건강 보험을 신청하고 가입할 수 있습니다.
  12. 이 승인은 상담원에게 승인 취소를 원할 때 만료됩니다. 언제든지 서면으로 승인을 취소하거나 제한할 수 있습니다. 승인 취소를 선택하면 상담원에게 통지할 것입니다.
  13. 공인 승인 기관은 이 양식을 (10) 년 동안 보관해야 합니다.

Covered California 는 귀하를 식별하기 위해 이 양식에 귀하의 이름과 서명이 필요합니다. 만약 이 양식에 귀하의 이름과 서명을 제공하지 않으면 상담원이 도와 드릴 수 없습니다.

Covered California 는 CA Civil Code § 1798.17 에 따라 이 개인 정보 보호 정책을 제공해야 합니다. Covered California 의 개인 정보 보호 관행 통지는 [CoveredCA.com/Privacy](http://CoveredCA.com/Privacy) 에 있습니다. 귀하의 기록에 대해 궁금한 점이 있으면, 귀하는 Privacy Officer 에게 (800) 889-3871 또는 1601 Exposition Blvd., Sacramento, CA 95815 로 전화하거나 편지를 보낼 수 있습니다.

서명	날짜
정자체 이름	
신청 번호	사례 번호

**승인된 가입 상담원:**

**본인은 위증시 처벌을 받는다는 것을 확인합니다:**

- 본인은 California Code of Regulations Title 10, Chapter 12, Article 8, section 6650 에 정의된 승인 가입 기관과 제휴한 승인 가입 상담원입니다.
- 본인은 이 양식의 모든 정보를 이해하는 언어와 방식으로 가입자에게 전달했습니다.
- 본인은 보조 도구, 점자, 큰 활자 또는 기타 도구 및 서비스를 포함하여 필요한 경우 장애 관련 수정 또는 편의를 제공함으로써 장애가 있는 사람들이 이 양식에 있는 모든 정보에 이해하기 쉽게 할 수 있도록 보장했습니다.
- 본인은 신청자에게 개인 식별 정보의 의미와 보험 신청의 목적을 설명했습니다. 본인은 개인 식별 정보가 건강 보험 자격을 결정하는 데만 사용될 것이라고 언급했습니다.
- 본인은 California Code of Regulations Title 10, Chapter 12, Article 8, section 6664 에 설명된대로 본인의 의무를 이행하기 위해 본인의 개인 식별 정보 공개에 동의하는 소비자로부터 구두 또는 서면 승인을 받았습니다.

서명

날짜