



## 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](http://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 定義的認證參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
----	----