Otros formatos e idiomas
Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con Explore Health por correo electrónico a explorehealth@oha.oregon.gov o por teléfono al 855-268-3767 (voz). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

Solicitud de Cobertura y Ayuda Financiera de Explore Health

Presente su solicitud más rápido en línea en Espanol.ExploreHealthOR.gov.

solicitud para saber para qué cobertura califica	• Planes de Explore Health que ofrecen una cobertura integral para ayudarle a mantenerse saludable. • Un crédito fiscal para las primas que puede ayudar de inmediato a reducir las primas mensuales de su cobertura de salud y, posiblemente, sus costos compartidos de atención médica. • Cobertura gratuita o de bajo costo a través del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP). Ciertos niveles de ingresos pueden calificar para programas gratuitos o de bajo costo.
Obtenga ayuda con esta solicitud	• Utilice esta solicitud para solicitar cobertura para cualquier miembro de su hogar. • Presente la solicitud, aunque usted, su pareja legal o su hijo ya tengan cobertura de salud. Podría ser elegible para una cobertura gratuita o de menor costo. • Los hogares que incluyan inmigrantes elegibles pueden presentar una solicitud. Puede solicitar cobertura para su hijo, aunque usted no califique para obtenerla. • Si alguien le está ayudando a completar esta solicitud, es posible que tenga que completar el Anexo A.
Lo que puede necesitar para presentar la solicitud	• Números de Seguro Social (Social Security Number, SSN) o números de documento de cualquier inmigrante elegible que necesite cobertura. • Fechas de nacimiento y direcciones de todos los solicitantes. • Información sobre el empleador y los ingresos de todos los miembros de su hogar (incluida la información de los recibos de sueldo, los formularios W-2 o las declaraciones de salarios e impuestos). • Información sobre el seguro médico disponible para cualquier miembro de su hogar.
¿Por qué solicitamos esta información?	Le preguntamos por sus ingresos y otros datos para informarle para qué cobertura califica y si puede obtener ayuda para pagarla. Mantendremos toda la información que nos facilite de forma confidencial y segura, tal como exige la ley. Para consultar nuestro aviso de privacidad, visite Espanol.ExploreHealthOR.gov/Privacidad.

¿NECESITA AYUDA CON ESTA SOLICITUD? Visite **ExploreHealthOR.gov** o llámenos al **855-268-3767** (Se aceptan llamadas por servicio de retransmisión). Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, indíquenos el idioma que necesita. Le proporcionaremos ayuda sin costo alguno para usted.

¿Qué sucede después?	Envíe su solicitud completa y firmada por correo certificado a través del Servicio Postal de EE. UU. a la siguiente dirección: Explore Health PO Box 191 Salem, OR 97308 También puede enviarla por fax seguro al 888-705-8691. Si no dispone de toda la información que necesitamos, firme y envíe su solicitud de todos modos. Nos pondremos en contacto con usted en un plazo de 1 a 2 semanas, y es posible que reciba una llamada de Explore Health si necesitamos más información. Recibirá una notificación de elegibilidad a través del método de contacto que haya indicado una vez que se haya procesado su solicitud. Si no recibe noticias nuestras, póngase en contacto con el Centro de Atención al Cliente. Completar esta solicitud no significa que tenga que inscribirse en una cobertura de salud. • En línea: Espanol.ExploreHealthOR.gov • Teléfono: 855-268-3767 (se aceptan llamadas por servicio de retransmisión) De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico) • En persona: los socios de inscripción de todo el estado están a su disposición para ayudarle a solicitar cobertura de salud y ayuda económica. Visite Espanol.ExploreHealthOR.gov o llame al Centro de Ayuda al Cliente de Explore Health al 855-268-3767 (se aceptan llamadas por servicio de retransmisión) para obtener más información. • En español: llame a nuestro centro de ayuda gratuito al 855-268-3767 (se aceptan llamadas por servicio de retransmisión). • Otros idiomas: si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al 855-268-3767 (se aceptan llamadas por servicio de retransmisión) e indique al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le proporcionaremos ayuda sin costo alguno para usted. Tiene derecho a recibir información de Explore Health en un formato accesible, como letra grande o audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que fue objeto de discriminación. Visite Espanol.ExploreHealthOR.gov o llame al Centro de Atención al Cliente al 855-268-3767 (se aceptan llamadas por servicio de retransmisión) para obtener más información.

Antes de comenzar

Confidencialidad de su información: su privacidad es muy importante para nosotros. Mantendremos la confidencialidad de su información tal como exigen las leyes estatales y federales. Las respuestas de este formulario solo se utilizan para determinar si puede obtener cobertura o ayuda económica. Comprobaremos sus respuestas en nuestras bases de datos y en las bases de datos federales o estatales. Si hay alguna discrepancia, es posible que le pidamos más documentos. Nunca le preguntaremos por su historial médico. Si tiene alguna pregunta o cree que una solicitud no proviene de nosotros, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Explore Health.

Importante: como parte de su solicitud, es posible que obtengamos información de la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional, el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), una agencia de información crediticia u otros servicios del Centro Federal de Servicios de Datos. Utilizamos esta información para comprobar si puede inscribirse en la cobertura. También es posible que volvamos a comprobar su información más adelante para asegurarnos de que está actualizada. Si hay algún cambio, se lo comunicaremos.

A quién incluir en su solicitud

Infórmenos sobre todas las personas que viven con usted. Si presenta la declaración de impuestos, necesitamos información sobre **todas las personas que figuran en su declaración de impuestos.** La cobertura de salud y la ayuda para las que califica dependen de la cantidad de personas que componen su familia y de sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que todo el mundo reciba la mejor cobertura posible.

INCLUYA a las siguientes personas:

- Usted mismo
- Su cónyuge o pareja doméstica registrada
- Sus hijos menores de 26 años que vivan con usted
- Los hijos de su cónyuge menores de 26 años que vivan con usted
- Su pareja no casada, si tienen hijos en común
- Todas las personas que incluya en su declaración de impuestos, aunque esa persona no viva con usted
- Cualquier otra persona menor de 19 años que cuide y que viva con usted

Incluya a las personas que figuran aquí, aunque no necesiten cobertura de salud.

NO incluya a las siguientes personas:

- Sus hijos o los hijos de su cónyuge de 26 años o más que usted no tenga previsto declarar como dependientes fiscales
- Su pareja no casada si no tienen hijos en común y no presentan la declaración de impuestos conjuntamente
- Los hijos de su pareja no casada si no tienen parentesco con usted y no tiene previsto declararlos como dependientes fiscales
- Otras personas que vivan con usted, pero que no sean su cónyuge ni sus hijos, y con las que no presente la declaración de impuestos conjuntamente
- Sus padres, si usted tiene 19 años o más, si ellos no tienen previsto declararlo como dependiente fiscal y usted no tiene previsto declararlos como dependientes fiscales

Estas personas pueden presentar una solicitud por separado para obtener cobertura de salud.

Escriba en mayúsculas y utilice únicamente tinta negra o azul oscuro. Marque las casillas □ de esta manera ■.

Paso 1: Cuéntenos sobre usted

Necesitamos que un adulto del hogar sea la persona de contacto principal para su solicitud.

Información de contacto principal

Nombre del contacto principal	Nombre: Segundo nombre: Apellido: Sufijo:
Dirección particular Si no tiene una dirección particular, ingrese el código postal y el condado donde vive actualmente.	Línea 1 de la dirección: Apartamento/Suite:
	Ciudad: Estado: Código postal: Condado:
Dirección postal Ingrese solo si es diferente de su dirección particular.	Línea 1 de la dirección: Apartamento/Suite:
	Ciudad: Estado: Código postal: Condado:
Números de teléfono	Teléfono móvil: Teléfono particular:
	☐ Enviarme alertas importantes a mi número de teléfono móvil. Pueden aplicarse las tarifas habituales de mensajes.
Dirección de correo electrónico	
	☐ Enviarme alertas importantes a esta dirección de correo electrónico.
Idioma preferido	Idioma oral: Idioma escrito:
Preferencias de comunicación	**Si elige no recibir documentos impresos,** Explore Health enviará los nuevos avisos a su bandeja de entrada segura. Le enviaremos un mensaje de texto o una alerta por correo electrónico para avisarle cuando tenga un nuevo aviso. **Si elige recibir avisos por correo postal,** le enviaremos un aviso en papel a su dirección postal y una copia digital del aviso a su bandeja de entrada segura. Método de comunicación preferido: ☐ Correo postal ☐ Formato digital ¿Cómo desea recibir su formulario 1095-A? ☐ Correo postal ☐ Formato digital
Ayuda con esta solicitud	¿Alguien le está ayudando a completar esta solicitud? ☐ Estoy completando esta solicitud para mí o para mi familia ☐ Cuento con la ayuda de un asesor de inscripción certificado (asistente o agente de seguros) **(complete el Formulario de Autorización para la Asistencia)** ☐ Un amigo o familiar me está ayudando **(complete el Formulario de Representante Autorizado si desea designarlo como su representante autorizado)**

Paso 2: Cuéntenos sobre su hogar

Complete el paso 2 para cada persona de su hogar. Comience por usted mismo y, a continuación, agregue a los demás adultos y niños. **Si hay más de dos miembros en el hogar, haga una copia de la página de información de los miembros del hogar del Anexo B para cada miembro adicional.** No es necesario que proporcione el estado de inmigración ni los números de Seguro Social (SSN) de los miembros del hogar que no solicitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información que nos facilite de forma confidencial y segura, tal como exige la ley. Utilizaremos la información personal únicamente para comprobar si es elegible para recibir cobertura de salud. Obtenga más información en Espanol.ExploreHealthOR.gov/Privacidad.

Información de la persona 1

	Nombre: Segundo nombre: Apellido: Sufijo:
	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
	¿Está casado o tiene una pareja de hecho registrada? ☐ Sí ☐ No
	¿Está solicitando cobertura? ☐ Sí ☐ No
	Escriba los nombres de todos los demás miembros de su hogar y su relación con ellos:
	Número de Seguro Social: ☐ No estoy solicitando cobertura, por lo que no proporcionaré mi SSN.
	¿El nombre que proporcionó coincide con el que figura en su tarjeta del Seguro Social? ☐ Sí ☐ No Si no es así, ingrese el nombre y el apellido que figuran en su tarjeta del Seguro Social:
	¿Está embarazada actualmente? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, cantidad de bebés que espera:
	En caso afirmativo, fecha prevista del parto (mm/dd/aaaa):
	¿Ha estado embarazada en los últimos 90 días? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿cuándo finalizó el embarazo (mm/dd/aaaa)?
	¿Tiene alguna limitación para trabajar, ir a la escuela u ocuparse de sus necesidades diarias debido a una discapacidad física o una afección de salud mental?

	☐ Sí ☐ No
	¿Necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse e ir al baño) o vive en una residencia de ancianos u otro centro médico? ☐ Sí ☐ No
	¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es usted la persona que se ocupa principalmente de su cuidado? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿podría indicar los nombres y su relación con este niño o estos niños?
Información fiscal del hogar No es necesario presentar una declaración de impuestos para solicitar cobertura, pero debe presentarla para calificar para un crédito fiscal para la prima que reduzca su prima mensual.	¿Tiene previsto presentar una declaración federal de impuestos sobre los ingresos este año? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, indique los nombres de los dependientes:
	En caso afirmativo, ¿presentará la declaración conjuntamente con su cónyuge o pareja doméstica? ☐ Sí ☐ No
	¿Será declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, nombre del declarante:
	En caso afirmativo, ¿qué relación tiene con el declarante?

Ciudadanía estadounidense	¿Es ciudadano o nativo estadounidense? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿es ciudadano naturalizado o por derivación? ☐ Sí ☐ No **Si es ciudadano naturalizado o por derivación**, indique a continuación el número de su certificado de naturalización o de ciudadanía.
	Número de certificado de naturalización:
	Número de certificado de ciudadanía:
Estatus de inmigración	Si no es ciudadano ni nativo estadounidense, ¿tiene un estatus de inmigración elegible? ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo**, ingrese a continuación la información de su documento de inmigración.
	Nombre (tal como figura en su documento):
	Tipo de estado:
	Número de documento:
	Fecha de concesión del estado (mm/dd/aaaa):
	Número de extranjero o I-94:
	Número de tarjeta, pasaporte o identificación SEVIS:
	Otro (código de categoría o país de emisión):
	Fecha de vencimiento del documento (mm/dd/aaaa):
	¿Tiene también alguno de estos estados de inmigración? (marque todas las opciones que correspondan) ☐ Certificación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de EE. UU. Certificado de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (Office of Refugee Resettlement, ORR) ☐ Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18 años) ☐ Inmigrantes cubanos y haitianos ☐ Residente de Samoa estadounidense ☐ Cónyuge, hijo o progenitor víctima de maltrato o personas que han presentado una autopetición en virtud de la Ley de Violencia contra la Mujer (Violence Against Women Act, VAWA) ☐ Documento que indique la pertenencia a una tribu reconocida a nivel federal o que se trata de un indígena estadounidense nacido en Canadá ☐ Documento que indique la suspensión de la expulsión ☐ Migrantes amparados por el Pacto de Libre Asociación (Compact of Free Association, COFA)

	¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No
	¿Ha tenido su estatus de inmigración actual durante los últimos 5 años? ☐ Sí ☐ No
	¿Es veterano o está en servicio activo en las Fuerzas Armadas? ☐ Sí ☐ No
Identidad étnica (opcional)	¿Es de ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan: ☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Puertorriqueño ☐ Otro:
Identidad racial (opcional)	☐ Indio norteamericano o nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Negro y afroamericano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Chamoru (chamorro) japonés ☐ Coreano ☐ De Oriente Medio/Norte de África/Sudoeste Asiático ☐ Nativo hawaiano ☐ Asiático (otro) ☐ Isleño del Pacífico (otro) ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro:
¿Cuál fue el sexo que se le asignó al nacer?	☐ Masculino ☐ Femenino

¿Con qué género se identifica más? (opcional)	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Masculino transgénero ☐ Femenino transgénero ☐ No binario ☐ No estoy seguro ☐ Un género que no aparece en la lista ☐ Prefiero no contestar
	☐ Lesbiana o gay ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ No estoy seguro ☐ Una orientación sexual no incluida en la lista ☐ Prefiero no contestar
	¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal o accionista de una corporación regional o de un pueblo de nativos de Alaska? ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo,** responda las preguntas siguientes.
	¿Es usted miembro de una tribu reconocida a nivel federal? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ingrese el **nombre de la tribu** y el **estado** en el que se encuentra:
	¿Es elegible para recibir servicios de salud del Servicio de Salud Indígena, de un programa de salud tribal, de un programa de salud indígena urbano o mediante una derivación de alguno de estos programas? ☐ Sí ☐ No
	¿Ha recibido alguna vez servicios de salud del Servicio de Salud Indígena, de un programa de salud tribal, de un programa de salud indígena urbano o mediante una derivación de alguno de estos programas? ☐ Sí ☐ No
	¿Se le denegó el OHP en los últimos 90 días? ☐ Sí ☐ No

	¿Cuándo se le denegó el OHP (mm/dd/aaaa)?
	Nombre del empleador:
	Teléfono del empleador:
	Salarios/propinas antes de impuestos: $
	¿Con qué frecuencia? ☐ Por hora ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez
	Promedio de horas trabajadas por semana:
	Nombre del empleador:
	Teléfono del empleador:
	Salarios/propinas antes de impuestos: $
	¿Con qué frecuencia? ☐ Por hora ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐Una sola vez
	Promedio de horas trabajadas por semana:

Otros ingresos de este mes Complete todas las opciones que correspondan e indique el monto y la frecuencia con la que los recibe. No es necesario que nos informe sobre los ingresos provenientes de manutención infantil, los pagos de beneficios para veteranos ni el Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income, SSI). Si el pago es único, indique el mes y el año.	**Tipo de ingreso**	**Monto**	**¿Con qué frecuencia?**
	☐ Desempleo	$	
	☐ Pensión	$	
	☐ Jubilación	$	
	☐ Seguro Social	$	
	☐ Ganancias patrimoniales	$	
	☐ Pensión alimenticia para divorcios y separaciones finalizados antes del 1 de enero de 2019	$	
	☐ Agricultura o pesca	$	
	☐ Ingresos por alquileres o regalías	$	
	☐ Beca	$	
	☐ Inversión	$	
	☐ Otros ingresos:	$	

¿Alguna parte de sus ingresos procede de alguna de estas fuentes?

☐ Sí ☐ No

- **Pagos per cápita de la tribu:** dinero que cada persona recibe de la tribu procedente de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías.
- **Ingresos procedentes de las tierras tribales:** dinero proveniente de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca o arrendamientos y regalías de tierras reconocidas como tierras indígenas por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas).
- **Ingresos procedentes de bienes culturales:** dinero procedente de la venta de objetos de importancia cultural.

En caso afirmativo, importe: $ **En caso afirmativo,** ¿con qué frecuencia?

Seleccione todas las opciones que correspondan e indique el importe y la frecuencia con la que realiza el pago.

Nota: No incluya la manutención infantil que paga ni ningún gasto que ya haya tenido en cuenta en su respuesta sobre los ingresos netos por trabajo por cuenta propia.

Tipo de deducción	Monto	¿Con qué frecuencia?
☐ Pensión alimenticia pagada por divorcios formalizados antes del 1 de enero de 2019	$	
☐ Intereses de préstamos estudiantiles	$	
☐ Gastos relacionados con el trabajo de reservistas, artistas escénicos y funcionarios públicos remunerados	$	
☐ Deducción por cuenta de ahorro para la salud (Health Saving Account, HSA)	$	
☐ Parte deducible del impuesto sobre el trabajo por cuenta propia	$	
☐ Aportes a planes de jubilación calificados para trabajadores por cuenta propia (por ejemplo, SEP, SIMPLE)	$	
☐ Deducción del seguro médico para trabajadores por cuenta propia	$	
☐ Penalización por retiro anticipado de los ahorros	$	
☐ Deducciones de la cuenta de ahorros para pensión o jubilación individual (Individual Retirement Account, IRA)	$	
☐ Gastos de mudanza	$	
☐ Gastos de educador	$	
☐ Otros gastos:	$	

Según lo que sabe actualmente, ¿cuánto cree que ganará durante el año calendario para el que solicita cobertura?

Monto: $ Año:

¿Está actualmente inscrito en Medicare o se inscribirá en Medicare en los próximos 3 meses? ☐Sí ☐ No

En caso afirmativo, ingrese la fecha (mm/dd/aaaa):

¿Está actualmente inscrito en una cobertura de salud que continuará durante

"Cobertura del empleador".	más de 60 días a partir de hoy? ☐Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿qué tipo de cobertura tiene? (marque todas las opciones que correspondan) ☐Plan de Salud de Oregon ☐ Cobertura COBRA ☐Medicare ☐ Cuerpo de Paz ☐ Medicaid en otro estado ☐ Beneficios de salud para jubilados ☐TRICARE ☐ Programa de atención médica del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) ☐ Otra cobertura **Si seleccionó "Otra cobertura",** responda las siguientes preguntas.
	Nombre de la aseguradora:
	Número de la póliza:
	¿Esta cobertura de salud ofrece solo beneficios limitados? ☐ Sí ☐ No La cobertura de beneficios limitados solo cubre determinados servicios de atención médica o situaciones y no constituye un seguro de salud integral. Algunos ejemplos pueden ser los planes de indemnización fija, la cobertura exclusiva para accidentes o la cobertura para enfermedades específicas.
Cobertura del empleador Indique únicamente las ofertas de cobertura que correspondan a la fecha en la que desea que comience la cobertura. **Si no puede responder estas preguntas, pida primero a su empleador que complete la Herramienta de cobertura del empleador.**	¿Se le ofrecerá cobertura de salud a través de un empleo (incluido el empleo de otra persona, como su cónyuge o uno de sus padres)? ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo,** responda el resto de las preguntas de esta sección.
	Nombre del empleador:
	Teléfono del empleador:
	Dirección del empleador:
	Ciudad: Estado: Código postal:
	¿Cumple el plan que ofrece este empleador con el estándar de valor mínimo? ☐ Sí ☐ No
	¿Cuál es la prima mensual del plan de menor costo que ofrece este empleador y que cumple con el estándar de valor mínimo? Monto total: $ ¿Con qué frecuencia?
Acuerdos de reembolso de gastos de salud (Health Reimbursement Arrangements, HRA) Indíquenos únicamente las ofertas cuya fecha de inicio esté comprendida entre	¿Le han ofrecido un Acuerdo de reembolso de gastos de salud (HRA) a través de un empleo? Puede tratarse de su propio empleo o del de un familiar, como su cónyuge o uno de sus padres. ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo**, responda las preguntas restantes de esta sección.
	Nombre del empleador:
	Teléfono del empleador:

60 días antes y 60 días después de hoy.	Dirección del empleador:
	Ciudad: Estado: Código postal:
	¿Está inscrito o tiene previsto inscribirse en el HRA que se le ofreció? ☐ Sí ☐ No
	¿Qué tipo de HRA se ofrece? ☐ Acuerdo de reembolso de gastos de salud de cobertura individual (Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement, ICHRA) ☐ Acuerdo de reembolso de gastos de salud para pequeños empleadores calificados (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA)
	¿Cuál es el monto máximo mensual que se le puede reembolsar a través de su HRA? $
	Monto mensual de la HRA: $
	¿Cuál es la fecha de inicio de esta HRA (mm/dd/aaaa)?
Beneficio de salud para empleados estatales	¿Se le ofrece el seguro de la Junta de Beneficios para Empleados Públicos (Public Employees' Benefit Board, PEBB) porque usted o un miembro de su familia es empleado del estado de Oregon? ☐ Sí ☐ No
Facturas médicas	¿Le gustaría recibir ayuda para pagar alguna factura médica pendiente de los últimos dos (2) meses? ☐ Sí ☐ No

Paso 2: Persona 2

Complete el paso 2 para su cónyuge o pareja, los hijos que vivan con usted y cualquier persona que figure en su declaración federal de impuestos sobre los ingresos, si presenta una. **Si hay más de dos miembros en el hogar, haga una copia de la página de información de los miembros del hogar del Anexo B para cada miembro adicional.** Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde incluir de todos modos a los miembros del hogar que vivan con usted. Tendrá que presentar la declaración de impuestos si recibe créditos fiscales anticipados para las primas. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién debe incluir en su solicitud.

Información de la persona 2

	Nombre: Segundo nombre: Apellido: Sufijo:
	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
	¿Está casado o tiene una pareja de hecho registrada? ☐ Sí ☐ No
	¿Está solicitando cobertura? ☐ Sí ☐ No
	Escriba los nombres de todos los demás miembros de su hogar y su relación con ellos:
	Número de Seguro Social: ☐ No estoy solicitando cobertura, por lo que no proporcionaré mi SSN.
	¿El nombre que proporcionó coincide con el que figura en su tarjeta del Seguro Social? ☐ Sí ☐ No Si no es así, ingrese el nombre y el apellido que figuran en su tarjeta del Seguro Social:
	¿Está embarazada actualmente? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, cantidad de bebés que espera:
	En caso afirmativo, fecha prevista del parto (mm/dd/aaaa):
	¿Ha estado embarazada en los últimos 90 días? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿cuándo finalizó el embarazo (mm/dd/aaaa)?
	¿Tiene alguna limitación para trabajar, ir a la escuela u ocuparse de sus necesidades diarias debido a una discapacidad física o una afección de salud mental? ☐ Sí ☐ No

	¿Necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse e ir al baño) o vive en una residencia de ancianos u otro centro médico? ☐ Sí ☐ No
Padre, madre, cuidador	¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es usted la persona que se ocupa principalmente de su cuidado? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿podría indicar los nombres y su relación con este niño o estos niños?
Información fiscal del hogar No es necesario presentar una declaración de impuestos para solicitar cobertura, pero debe presentarla para calificar para un crédito fiscal para la prima que reduzca su prima mensual.	¿Tiene previsto presentar una declaración federal de impuestos sobre los ingresos este año? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, indique los nombres de los dependientes:
	En caso afirmativo, ¿presentará la declaración conjuntamente con su cónyuge o pareja de hecho? ☐ Sí ☐ No
	¿Será declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, nombre del declarante:
	En caso afirmativo, ¿qué relación tiene con el declarante?
Ciudadanía estadounidense	¿Es ciudadano o nativo estadounidense? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿es ciudadano naturalizado o por derivación? ☐ Sí ☐ No **Si es ciudadano naturalizado o por derivación**, indique a continuación el número de su certificado de naturalización o de ciudadanía.
	Número de certificado de naturalización:
	Número de certificado de ciudadanía:
Estatus de inmigración	Si no es ciudadano ni nativo estadounidense, ¿tiene un estatus de inmigración elegible? ☐ Sí ☐ No

	En caso afirmativo, ingrese a continuación la información de su documento de inmigración.
	Nombre (tal como figura en su documento):
	Tipo de estado:
	Número de documento:
	Fecha de concesión del estado (mm/dd/aaaa):
	Número de extranjero o I-94:
	Número de tarjeta, pasaporte o identificación SEVIS:
	Otro (código de categoría o país de emisión):
	Fecha de vencimiento del documento (mm/dd/aaaa):
	¿Tiene también alguno de estos estados de inmigración? (marque todas las opciones que correspondan) ☐ Certificación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de EE. UU. Certificado de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (Office of Refugee Resettlement, ORR) ☐ Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18 años) ☐ Inmigrantes cubanos y haitianos ☐ Residente de Samoa estadounidense ☐ Cónyuge, hijo o progenitor víctima de maltrato o personas que han presentado una autopetición en virtud de la Ley de Violencia contra la Mujer (Violence Against Women Act, VAWA) ☐ Documento que indique la pertenencia a una tribu reconocida a nivel federal o que se trata de un indígena estadounidense nacido en Canadá ☐ Documento que indique la suspensión de la expulsión ☐ Migrantes amparados por el Pacto de Libre Asociación (Compact of Free Association, COFA)
	¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No
	¿Ha tenido su estado de inmigración actual durante los últimos 5 años? ☐ Sí ☐ No
	¿Es veterano o está en servicio activo en las Fuerzas Armadas? ☐ Sí ☐ No
Identidad étnica (opcional)	¿Es de ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? ☐ Sí ☐ No

	En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan: ☐ Centroamericano ☐ Mexicano ☐ Sudamericano ☐ Otro:
Identidad racial (opcional)	☐ Indígena norteamericano o nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Negro y afroamericano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Chamoru (chamorro) japonés ☐ Coreano ☐ De Oriente Medio/Norte de África/Sudoeste Asiático ☐ Nativo hawaiano ☐ Asiático (otro) ☐ Isleño del Pacífico (otro) ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro:
¿Cuál fue el sexo que se le asignó al nacer?	☐ Masculino ☐ Femenino

¿Con qué género se identifica más? (opcional)	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Masculino transgénero ☐ Femenino transgénero ☐ No binario ☐ No estoy seguro ☐ Un género que no aparece en la lista ☐ Prefiero no contestar
	☐ Lesbiana o gay ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ No estoy seguro ☐ Una orientación sexual no incluida en la lista ☐ Prefiero no contestar
Indígena norteamericano/nativo de Alaska Los indígenas norteamericanos y los nativos de Alaska pueden recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano. Además, es posible que no tengan que pagar la participación en los costos y que dispongan de períodos especiales de inscripción mensuales.	¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal o accionista de una corporación regional o de un pueblo de nativos de Alaska? ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo,** responda las preguntas siguientes.
	¿Es usted miembro de una tribu reconocida a nivel federal? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ingrese el **nombre de la tribu** y el **estado** en el que se encuentra:
	¿Es elegible para recibir servicios de salud del Servicio de Salud Indígena, de un programa de salud tribal, de un programa de salud indígena urbano o mediante una derivación de alguno de estos programas? ☐ Sí ☐ No
	¿Ha recibido alguna vez servicios de salud del Servicio de Salud Indígena, de un programa de salud tribal, de un programa de salud indígena urbano o mediante una derivación de alguno de estos programas? ☐ Sí ☐ No

Denegación del Plan de Salud de Oregon (OHP)	¿Se le denegó el OHP en los últimos 90 días? ☐ Sí ☐ No
	¿Cuándo se le denegó el OHP (mm/dd/aaaa)?
Trabajo actual 1 Si en su comprobante de pago figura "salarios sujetos a impuestos federales" o "ingresos sujetos a impuestos", ingrese esa cantidad. Si no es así, ingrese sus ingresos brutos (ingresos antes de impuestos) menos cualquier deducción antes de impuestos retenida por su empleador.	Nombre del empleador:
	Teléfono del empleador:
	Salarios/propinas antes de impuestos: $
	¿Con qué frecuencia? ☐ Por hora ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez
	Promedio de horas trabajadas por semana:
Trabajo actual 2 Si en su comprobante de pago figura "salarios sujetos a impuestos federales" o "ingresos sujetos a impuestos", ingrese esa cantidad. Si no es así, ingrese sus ingresos brutos (ingresos antes de impuestos) menos cualquier deducción antes de impuestos retenida por su empleador.	Nombre del empleador:
	Teléfono del empleador:
	Salarios/propinas antes de impuestos: $
	¿Con qué frecuencia? ☐ Por hora ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez
	Promedio de horas trabajadas por semana:

Tipo de ingreso	Monto	¿Con qué frecuencia?
☐ Desempleo	$	
☐ Pensión	$	
☐ Jubilación	$	
☐ Seguro Social	$	
☐ Ganancias patrimoniales	$	
☐ Pensión alimenticia para divorcios y separaciones finalizados antes del 1 de enero de 2019	$	
☐ Agricultura o pesca	$	
☐ Ingresos por alquileres o regalías	$	
☐ Beca	$	
☐ Inversión	$	
☐ Otros ingresos:	$	

¿Alguna parte de sus ingresos procede de alguna de estas fuentes?

☐ Sí ☐ No

- **Pagos per cápita de la tribu:** dinero que cada persona recibe de la tribu procedente de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías.
- **Ingresos procedentes de las tierras tribales:** dinero proveniente de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca o arrendamientos y regalías de tierras reconocidas como tierras indígenas por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas).
- **Ingresos procedentes de bienes culturales:** dinero procedente de la venta de objetos de importancia cultural.

En caso afirmativo, importe: $ **En caso afirmativo,** ¿con qué frecuencia?

Deducciones
Si paga determinados conceptos que pueden restarse de los ingresos brutos en una declaración federal de impuestos sobre los ingresos, informarnos al respecto podría reducir el costo de su cobertura de salud.

Seleccione todas las opciones que correspondan e indique el importe y la frecuencia con la que realiza el pago.

Nota: No incluya la manutención infantil que paga ni ningún gasto que ya haya tenido en cuenta en su respuesta sobre los ingresos netos por trabajo por cuenta propia.

Tipo de deducción	Monto	¿Con qué frecuencia?
☐ Pensión alimenticia pagada por divorcios formalizados antes del 1 de enero de 2019	$	
☐ Intereses de préstamos estudiantiles	$	
☐ Gastos relacionados con el trabajo de reservistas, artistas escénicos y funcionarios públicos remunerados	$	
☐ Deducción por cuenta de ahorro para la salud (Health Saving Account, HSA)	$	
☐ Parte deducible del impuesto sobre el trabajo por cuenta propia	$	
☐ Aportes a planes de jubilación calificados para trabajadores por cuenta propia (por ejemplo, SEP, SIMPLE)	$	
☐ Deducción del seguro médico para trabajadores por cuenta propia	$	
☐ Penalización por retiro anticipado de los ahorros	$	
☐ Deducciones de la cuenta de ahorros para pensión o jubilación individual (Individual Retirement Account, IRA)	$	
☐ Gastos de mudanza	$	
☐ Gastos de educador	$	
☐ Otros gastos:	$	

Según lo que sabe actualmente, ¿cuánto cree que ganará durante el año calendario para el que solicita cobertura?

Monto: $ Año:

¿Está actualmente inscrito en Medicare o se inscribirá en Medicare en los próximos 3 meses? ☐Sí ☐ No

En caso afirmativo, ingrese la fecha (mm/dd/aaaa):

empleador, indíquela en la siguiente sección "Cobertura del empleador".	¿Está actualmente inscrito en una cobertura de salud que continuará durante más de 60 días a partir de hoy? ☐Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿qué tipo de cobertura tiene? (marque todas las opciones que correspondan) ☐Plan de Salud de Oregon ☐ Cobertura COBRA ☐Medicare ☐ Cuerpo de Paz ☐ Medicaid en otro estado ☐ Beneficios de salud para jubilados ☐TRICARE ☐ Programa de atención médica del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) ☐ Otra cobertura **Si seleccionó "Otra cobertura",** responda las siguientes preguntas.
	Nombre del seguro:
	Número de la póliza:
	¿Esta cobertura de salud ofrece solo beneficios limitados? ☐ Sí ☐ No La cobertura de beneficios limitados solo cubre determinados servicios de atención médica o situaciones y no constituye un seguro de salud integral. Algunos ejemplos pueden ser los planes de indemnización fija, la cobertura exclusiva para accidentes o la cobertura para enfermedades específicas.
Cobertura del empleador Indique únicamente las ofertas de cobertura que correspondan a la fecha en la que desea que comience la cobertura. **Si no puede responder estas preguntas, pida primero a su empleador que complete la Herramienta de cobertura del empleador.**	¿Se le ofrecerá cobertura de salud a través de un empleo (incluido el empleo de otra persona, como su cónyuge o uno de sus padres)? ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo,** responda el resto de las preguntas de esta sección.
	Nombre del empleador:
	Teléfono del empleador:
	Dirección del empleador:
	Ciudad: Estado: Código postal:
	¿Cumple el plan que ofrece este empleador con el estándar de valor mínimo? ☐ Sí ☐ No
	¿Cuál es la prima mensual del plan de menor costo que ofrece este empleador y que cumple con el estándar de valor mínimo? Monto total: $ ¿Con qué frecuencia?
Acuerdos de reembolso de gastos de salud (Health Reimbursement Arrangements, HRA) Indíquenos únicamente las ofertas cuya fecha	¿Le han ofrecido un Acuerdo de reembolso de gastos de salud (HRA) a través de un empleo? Puede tratarse de su propio empleo o del de un familiar, como su cónyuge o uno de sus padres. ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo**, responda las preguntas restantes de esta sección.
	Nombre del empleador:

de inicio esté comprendida entre 60 días antes y 60 días después de hoy.	Teléfono del empleador:
	Dirección del empleador:
	Ciudad: Estado: Código postal:
	¿Está inscrito o tiene previsto inscribirse en el HRA que se le ofreció? ☐ Sí ☐ No
	¿Qué tipo de HRA se ofrece? ☐ Acuerdo de reembolso de gastos de salud de cobertura individual (Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement, ICHRA) ☐ Acuerdo de reembolso de gastos de salud para pequeños empleadores calificados (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA)
	¿Cuál es el monto máximo mensual que se le puede reembolsar a través de su HRA? $
	Monto mensual de la HRA: $
	¿Cuál es la fecha de inicio de esta HRA (mm/dd/aaaa)?
Beneficio de salud para empleados estatales	¿Se le ofrece el seguro de la Junta de Beneficios para Empleados Públicos (Public Employees' Benefit Board, PEBB) porque usted o un miembro de su familia es empleado del estado de Oregon? ☐ Sí ☐ No
Facturas médicas	¿Le gustaría recibir ayuda para pagar alguna factura médica pendiente de los últimos dos (2) meses? ☐ Sí ☐ No

Paso 3: Revisar y firmar

Encarcelamiento	¿Hay algún miembro del hogar encarcelado (en una cárcel o en prisión)? ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo,** indíquenos el nombre de la persona:
	¿Esta persona está a la espera de una resolución o de una decisión sobre los cargos? ☐ Sí ☐ No
Consentimiento de renovación	Para ayudar a reducir el costo de mi cobertura de salud en los próximos años, acepto que Explore Health compruebe mis ingresos utilizando fuentes informáticas, como el Servicio de Impuestos Internos (IRS). También acepto que Explore Health utilice la información sobre mis ingresos, incluidos los datos de la declaración de impuestos, para comprobar si puedo seguir recibiendo ayuda financiera. Si estas fuentes indican que sigo calificando, mi cobertura y mi ayuda financiera se renovarán por 12 meses. Explore Health me enviará una notificación donde se explicará la renovación y me dará la oportunidad de realizar cualquier cambio en mi solicitud. Entiendo que, si no doy este consentimiento, mi cobertura se renovará al costo total (sin ayuda económica). También entiendo que puedo suspender, modificar o dar de baja esta opción en cualquier momento. ☐ Estoy de acuerdo ☐ No estoy de acuerdo
Otra cobertura	Si alguna de las personas incluidas en su solicitud tiene cobertura a través de Explore Health y se descubre que también cuenta con otra cobertura de salud (como Medicare o el Plan de Salud de Oregon [OHP]), Explore Health dará por terminada su cobertura. Recibirá una notificación antes de que finalice la cobertura, por si necesita mantenerla o realizar cambios. Durante los meses en los que ambas coberturas se superpongan, deberán hacerse cargo del costo mensual total del plan Explore Health.
Notificación de cambios	Entiendo que los cambios en la cantidad de personas que componen mi unidad familiar, en mi dirección, mis ingresos u otros datos pueden afectar mi elegibilidad o la de mi unidad familiar para recibir beneficios específicos. Entiendo que dispongo de 30 días para notificar a Explore Health sobre cualquier cambio en la información que figura en mi solicitud.
Intercambio de información	Al firmar a continuación, acepto que mis datos puedan compartirse con la Oregon Health Authority (OHA) y el Departamento de Servicios Humanos de Oregon (Oregon Department of Human Services, ODHS) para determinar si califico para el OHP. La información de mi solicitud se compartirá si algún miembro de mi unidad familiar puede calificar para el OHP o si solicito una resolución sobre el OHP. Al firmar a continuación, otorgo a la OHA/el ODHS, que gestiona el OHP, el derecho a cobrar el importe correspondiente a otros seguros médicos, acuerdos legales u otras fuentes en nombre de cualquier persona incluida en esta solicitud que se inscriba en el OHP. Asimismo, otorgo a la OHA/el ODHS el derecho a obtener apoyo médico del cónyuge o de los padres.
Registro de votante	Además de solicitar cobertura de salud, puede registrarse para votar donde vive actualmente o actualizar su registro de votante si cambió su dirección, nombre o afiliación política. Para obtener más información, visite oregon.gov/en/voter-registration.

	Tenga en cuenta lo siguiente: Explore Health no recopila información sobre el registro de votantes. El registro para votar es voluntario. La decisión de registrarse o no para votar no afectará su cobertura de salud, ayuda económica ni los servicios de Explore Health.
Residencia en Oregon	También entiendo que, para calificar para la cobertura a través de Explore Health, debo residir en Oregon. Al firmar esta solicitud, confirmo que resido en Oregon o que todas las personas que solicitan cobertura residen en Oregon. Entiendo que es necesario residir en Oregon para calificar. Me comprometo a informar a Explore Health si cambia mi dirección o la residencia de cualquier persona.
Exactitud de la información	Confirmo que, a mi leal saber y entender, la información de esta solicitud es verdadera y correcta. Al firmar esta solicitud con mi nombre, lo hago bajo pena de perjurio. Esto significa que, a mi leal saber y entender, brindé respuestas verdaderas, correctas y completas a todas las preguntas de este formulario. Conforme a la ley federal, comprendo que, si proporciono información falsa o incorrecta, puedo estar sujeto a sanciones o ser responsable de sobrepagos.

La PERSONA 1 (el contacto principal) debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre y cuando la PERSONA 1 haya completado el **Formulario de Representante Autorizado**. Si un agente de seguros certificado o un asistente le ayudó con esta solicitud, también deberá completar el **Formulario de Acuerdo de Asistencia**.

Si firma esta solicitud fuera del período de inscripción abierta, asegúrese de completar el Anexo A: Preguntas sobre cambios en la vida.

Nombre completo en letra de imprenta	
Firma	
Fecha (mm/dd/aaaa)	

Paso 4: Envíe la solicitud completa

No envíe documentos originales. Los documentos se conservarán durante un máximo de 60 días y se destruirán después de cargarlos en el Portal del solicitante.

En línea	Correo postal	Fax
Para agilizar el procesamiento, cargue este documento en su cuenta en línea en ExploreHealthOR.gov.	c/o Documents Explore Health PO Box 191 Salem, OR 97308	888-705-8691

Si desea registrarse para votar o actualizar un registro de votante existente, visite **oregon.gov/en/voter-registration**.

Anexo A: Preguntas sobre cambios en la vida

Si solicita cobertura de salud fuera del período de inscripción abierta, deberá informar un evento de vida calificado para ser elegible para inscribirse en la cobertura mediante un período de inscripción especial. Si se determina que es elegible, podrá inscribirse en el Plan de Salud de Oregon (OHP) en cualquier momento del año. Los miembros de una tribu reconocida a nivel federal o los accionistas de una corporación regional o de un pueblo de nativos de Alaska pueden inscribirse en la cobertura a través de Explore Health en cualquier momento del año. **Si cree que califica para un período de inscripción especial por un motivo seguido de un asterisco (*), complete la sección "Información sobre la cobertura anterior" al final del Anexo A.**

Pérdida de la cobertura del empleador u otra cobertura	¿Alguien perdió la cobertura del empleador u otra cobertura en los últimos 60 días, o espera perderla en los próximos 60 días? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha en la que finalizó o finalizará la cobertura (mm/dd/aaaa):
Pérdida del Plan de Salud de Oregon (OHP)	¿Alguien perdió la cobertura del OHP en los últimos 60 días, o espera perderla en los próximos 60 días? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha en la que finalizó o finalizará la cobertura (mm/dd/aaaa):
Nueva oferta de HRA	¿Alguien recibió una nueva oferta de HRA en los últimos 60 días, o espera recibir una nueva oferta de HRA en los próximos 60 días? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha (mm/dd/aaaa):
Matrimonio*	¿Alguien se casó en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha (mm/dd/aaaa):
Salida del encarcelamiento	¿Alguien fue puesto en libertad tras un período de encarcelamiento (cárcel o prisión) en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha (mm/dd/aaaa):
Obtención de ciudadanía o estado de inmigración elegible	¿Alguien obtuvo la ciudadanía o un estado de inmigración elegible en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha (mm/dd/aaaa):

	¿Se confirmó el embarazo de alguna persona por parte de un proveedor con licencia en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha (mm/dd/aaaa):
	¿Alguien pasó a ser o se convirtió en una persona a cargo debido a un nacimiento o una adopción en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha (mm/dd/aaaa):
	¿Alguien pasó a ser o se convirtió en una persona a cargo debido a una pensión alimenticia, acogida familiar (sustitutiva) u otra resolución judicial en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha (mm/dd/aaaa):
	¿Alguien se mudó a Oregon en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha (mm/dd/aaaa):
	☐ Seleccione esta opción si la mudanza se realizó desde un país extranjero o un territorio de EE. UU.
	¿Alguien se mudó a una nueva dirección dentro de Oregon que haya dado lugar a la disponibilidad de nuevos planes de Explore Health? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha (mm/dd/aaaa):
	Código postal de la dirección anterior:
	☐ Seleccione esta opción si la mudanza se realizó desde un país extranjero o un territorio de EE. UU.
	¿Alguien tuvo algún problema debido a un error cometido por Explore Health o por un asesor de inscripción de Explore Health en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha (mm/dd/aaaa):

Retraso en la denegación del Plan de Salud de Oregon (OHP)	¿Alguien no pudo inscribirse en Explore Health durante un período de inscripción porque podría haber sido elegible para el OHP, pero no fue aprobado para el OHP y, en su lugar, se determinó que era elegible para recibir cobertura a través de Explore Health? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha (mm/dd/aaaa):
Violencia doméstica o abandono conyugal	¿Alguien ha sufrido violencia doméstica o abandono conyugal en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha (mm/dd/aaaa):
Circunstancias excepcionales	¿Alguien ha vivido circunstancias excepcionales que le hayan impedido inscribirse durante un período de inscripción para el que era elegible? ☐ Sí ☐ No
	Nombre(s):
	Fecha (mm/dd/aaaa):

Información sobre la cobertura anterior

Nombre del afiliado:	
¿Qué tipo de cobertura de salud tenía?	☐ Seguro médico patrocinado por el empleador ☐ Seguro médico individual o del Mercado ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Cobertura de salud militar (TRICARE, VA, etc.) ☐ Otra (describa):
Nombre de la empresa aseguradora o del programa:	
Número de póliza, de afiliado o de identificación (si se conoce):	
Nombre del empleador (si está patrocinado por el empleador):	
Fecha de inicio de la cobertura:	
Fecha de finalización de la cobertura:	

¿Por qué finalizó su cobertura anterior?	☐ Pérdida del empleo o de la cobertura del empleador ☐ Fin de la cobertura COBRA ☐ Superó la edad máxima para permanecer en el plan de sus padres ☐ Se mudó ☐ Divorcio o separación legal ☐ Otro (especifique):

Anexo B: Información adicional sobre los miembros del hogar

Nombre completo	Nombre: Segundo nombre: Apellido: Sufijo:
Información adicional	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
	¿Está casado o tiene una pareja de hecho registrada? ☐ Sí ☐ No
	¿Está solicitando cobertura? ☐ Sí ☐ No
Relaciones familiares	Escriba los nombres de todos los demás miembros de su hogar y su relación con ellos:
Número de Seguro Social Solo es obligatorio para los miembros del hogar que soliciten cobertura.	Número de Seguro Social: ☐ No estoy solicitando cobertura, por lo que no proporcionaré mi SSN.
	¿El nombre que proporcionó coincide con el que figura en su tarjeta del Seguro Social? ☐ Sí ☐ No Si no es así, ingrese el nombre y el apellido que figuran en su tarjeta del Seguro Social:
Embarazo Le solicitamos esta información para comprobar si puede ser elegible para el Plan de Salud de Oregon (OHP) debido a un embarazo actual o reciente	¿Está embarazada actualmente? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, cantidad de bebés que espera:
	En caso afirmativo, fecha prevista del parto (mm/dd/aaaa):
	¿Ha estado embarazada en los últimos 90 días? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿cuándo finalizó el embarazo (mm/dd/aaaa)?
Discapacidad	¿Tiene alguna limitación para trabajar, ir a la escuela u ocuparse de sus necesidades diarias debido a una discapacidad física o una afección de salud mental? ☐ Sí ☐ No
	¿Necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse e ir al baño) o vive en una residencia de ancianos u otro centro médico? ☐ Sí ☐ No
Padre, madre, cuidador	¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es usted la persona que se ocupa principalmente de su cuidado? ☐ Sí ☐ No

	En caso afirmativo, ¿podría indicar los nombres y su relación con este niño o estos niños?
	¿Tiene previsto presentar una declaración federal de impuestos sobre los ingresos este año? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, indique los nombres de los dependientes:
	En caso afirmativo, ¿presentará la declaración conjuntamente con su cónyuge o pareja de hecho? ☐ Sí ☐ No
	¿Será declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, nombre del declarante:
	En caso afirmativo, ¿qué relación tiene con el declarante?
	¿Es ciudadano o nativo estadounidense? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿es ciudadano naturalizado o por derivación? ☐ Sí ☐ No **Si es ciudadano naturalizado o por derivación**, indique a continuación el número de su certificado de naturalización o de ciudadanía.
	Número de certificado de naturalización:
	Número de certificado de ciudadanía:

Estatus de inmigración	Si no es ciudadano ni nativo estadounidense, ¿tiene un estatus de inmigración elegible? ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo**, ingrese a continuación la información de su documento de inmigración.
	Nombre (tal como figura en su documento):
	Tipo de estado:
	Número de documento:
	Fecha de otorgamiento del estatus (mm/dd/aaaa):
	Número de extranjero o I-94:
	Número de tarjeta, pasaporte o identificación SEVIS:
	Otro (código de categoría o país de emisión):
	Fecha de vencimiento del documento (mm/dd/aaaa):
	¿Tiene también alguno de estos estados de inmigración? (marque todas las opciones que correspondan) ☐ Certificación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de EE. UU. Certificado de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (Office of Refugee Resettlement, ORR) ☐ Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18 años) ☐ Inmigrantes cubanos y haitianos ☐ Residente de Samoa estadounidense ☐ Cónyuge, hijo o progenitor víctima de maltrato o personas que han presentado una autopetición en virtud de la Ley de Violencia contra la Mujer (Violence Against Women Act, VAWA) ☐ Documento que indique la pertenencia a una tribu reconocida a nivel federal o que se trata de un indígena estadounidense nacido en Canadá ☐ Documento que indique la suspensión de la expulsión ☐ Migrantes amparados por el Pacto de Libre Asociación (Compact of Free Association, COFA)
	¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No
	¿Ha tenido su estado de inmigración actual durante los últimos 5 años? ☐ Sí ☐ No
	¿Es veterano o está en servicio activo en las Fuerzas Armadas? ☐ Sí ☐ No

Identidad étnica (opcional)	¿Es de ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan: ☐ Centroamericano ☐ Mexicano ☐ Sudamericano ☐ Otro:
Identidad racial (opcional)	☐ Indígena norteamericano o nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Negro y afroamericano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Chamoru (chamorro) japonés ☐ Coreano ☐ De Oriente Medio/Norte de África/Sudoeste Asiático ☐ Nativo hawaiano ☐ Asiático (otro) ☐ Isleño del Pacífico (otro) ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro:
¿Cuál fue el sexo que se le asignó al nacer?	☐ Masculino ☐ Femenino

¿Con qué género se identifica más? (opcional)	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Masculino transgénero ☐ Femenino transgénero ☐ No binario ☐ No estoy seguro ☐ Un género que no aparece en la lista ☐ Prefiero no contestar
¿Cuál es su orientación sexual? (opcional)	☐ Lesbiana o gay ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ No estoy seguro ☐ Una orientación sexual no incluida en la lista ☐ Prefiero no contestar
Indígena norteamericano/nativo de Alaska Los indígenas norteamericanos y los nativos de Alaska pueden recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano. Además, es posible que no tengan que pagar la participación en los costos y que dispongan de períodos especiales de inscripción mensuales.	¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal o accionista de una corporación regional o de un pueblo de nativos de Alaska? ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo,** responda las preguntas siguientes.
	¿Es usted miembro de una tribu reconocida a nivel federal? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ingrese el **nombre de la tribu** y el **estado** en el que se encuentra:
	¿Es elegible para recibir servicios de salud del Servicio de Salud Indígena, de un programa de salud tribal, de un programa de salud indígena urbano o mediante una derivación de alguno de estos programas? ☐ Sí ☐ No
	¿Ha recibido alguna vez servicios de salud del Servicio de Salud Indígena, de un programa de salud tribal, de un programa de salud indígena urbano o mediante una derivación de alguno de estos programas? ☐ Sí ☐ No

Denegación del Plan de Salud de Oregon (OHP)	¿Se le denegó el OHP en los últimos 90 días? ☐ Sí ☐ No
	¿Cuándo se le denegó el OHP (mm/dd/aaaa)?
Trabajo actual 1 Si en su comprobante de pago figura "salarios sujetos a impuestos federales" o "ingresos sujetos a impuestos", ingrese esa cantidad. Si no es así, ingrese sus ingresos brutos (ingresos antes de impuestos) menos cualquier deducción antes de impuestos retenida por su empleador.	Nombre del empleador:
	Teléfono del empleador:
	Salarios/propinas antes de impuestos: $
	¿Con qué frecuencia? ☐ Por hora ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez
	Promedio de horas trabajadas por semana:
Trabajo actual 2 Si en su comprobante de pago figura "salarios sujetos a impuestos federales" o "ingresos sujetos a impuestos", ingrese esa cantidad. Si no es así, ingrese sus ingresos brutos (ingresos antes de impuestos) menos cualquier deducción antes de impuestos retenida por su empleador.	Nombre del empleador:
	Teléfono del empleador:
	Salarios/propinas antes de impuestos: $
	¿Con qué frecuencia? ☐ Por hora ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez
	Promedio de horas trabajadas por semana:

Tipo de ingreso	Monto	¿Con qué frecuencia?
☐ Desempleo	$	
☐ Pensión	$	
☐ Jubilación	$	
☐ Seguro Social	$	
☐ Ganancias patrimoniales	$	
☐ Pensión alimenticia para divorcios y separaciones finalizados antes del 1 de enero de 2019	$	
☐ Agricultura o pesca	$	
☐ Ingresos por alquileres o regalías	$	
☐ Beca	$	
☐ Inversión	$	
☐ Otros ingresos:	$	

¿Alguna parte de sus ingresos procede de alguna de estas fuentes?

☐ Sí ☐ No

- **Pagos per cápita de la tribu:** dinero que cada persona recibe de la tribu procedente de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías.
- **Ingresos procedentes de las tierras tribales:** dinero proveniente de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca o arrendamientos y regalías de tierras reconocidas como tierras indígenas por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas).
- **Ingresos procedentes de bienes culturales:** dinero procedente de la venta de objetos de importancia cultural.

En caso afirmativo, importe: $

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

Deducciones
Si paga determinados conceptos que pueden restarse de los ingresos brutos en una declaración federal de impuestos sobre los ingresos, informarnos al respecto podría reducir el costo de su cobertura de salud.

Seleccione todas las opciones que correspondan e indique el importe y la frecuencia con la que realiza el pago.

Nota: No incluya la manutención infantil que paga ni ningún gasto que ya haya tenido en cuenta en su respuesta sobre los ingresos netos por trabajo por cuenta propia.

Tipo de deducción	Monto	¿Con qué frecuencia?
☐ Pensión alimenticia pagada por divorcios formalizados antes del 1 de enero de 2019	$	
☐ Intereses de préstamos estudiantiles	$	
☐ Gastos relacionados con el trabajo de reservistas, artistas escénicos y funcionarios públicos remunerados	$	
☐ Deducción por cuenta de ahorro para la salud (Health Saving Account, HSA)	$	
☐ Parte deducible del impuesto sobre el trabajo por cuenta propia	$	
☐ Aportes a planes de jubilación calificados para trabajadores por cuenta propia (por ejemplo, SEP, SIMPLE)	$	
☐ Deducción del seguro médico para trabajadores por cuenta propia	$	
☐ Penalización por retiro anticipado de los ahorros	$	
☐ Deducciones de la cuenta de ahorros para pensión o jubilación individual (Individual Retirement Account, IRA)	$	
☐ Gastos de mudanza	$	
☐ Gastos de educador	$	
☐ Otros gastos:	$	

Según lo que sabe actualmente, ¿cuánto cree que ganará durante el año calendario para el que solicita cobertura?

Monto: $ Año:

¿Está actualmente inscrito en Medicare o se inscribirá en los próximos 3 meses? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ingrese la fecha (mm/dd/aaaa):

empleador, indíquela en la siguiente sección "Cobertura del empleador".	¿Está actualmente inscrito en una cobertura de salud que continuará durante más de 60 días a partir de hoy? ☐Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿qué tipo de cobertura tiene? (marque todas las opciones que correspondan) ☐Plan de Salud de Oregon ☐ Cobertura COBRA ☐Medicare ☐ Cuerpo de Paz ☐ Medicaid en otro estado ☐ Beneficios de salud para jubilados ☐TRICARE ☐ Programa de atención médica del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) ☐ Otra cobertura **Si seleccionó "Otra cobertura",** responda las siguientes preguntas.
	Nombre del seguro:
	Número de la póliza:
	¿Esta cobertura de salud ofrece solo beneficios limitados? ☐ Sí ☐ No La cobertura de beneficios limitados solo cubre determinados servicios de atención médica o situaciones y no constituye un seguro de salud integral. Algunos ejemplos pueden ser los planes de indemnización fija, la cobertura exclusiva para accidentes o la cobertura para enfermedades específicas.
Cobertura del empleador Indique únicamente las ofertas de cobertura que correspondan a la fecha en la que desea que comience la cobertura. **Si no puede responder estas preguntas, pida primero a su empleador que complete la Herramienta de cobertura del empleador.**	¿Se le ofrecerá cobertura de salud a través de un empleo (incluido el empleo de otra persona, como su cónyuge o uno de sus padres)? ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo,** responda el resto de las preguntas de esta sección.
	Nombre del empleador:
	Teléfono del empleador:
	Dirección del empleador:
	Ciudad: Estado: Código postal:
	¿Cumple el plan que ofrece este empleador con el estándar de valor mínimo? ☐ Sí ☐ No
	¿Cuál es la prima mensual del plan de menor costo que ofrece este empleador y que cumple con el estándar de valor mínimo? Monto total: $ ¿Con qué frecuencia?
Acuerdos de reembolso de gastos de salud (Health Reimbursement Arrangements, HRA) Indíquenos únicamente las ofertas cuya fecha	¿Le han ofrecido un Acuerdo de reembolso de gastos de salud (HRA) a través de un empleo? Puede tratarse de su propio empleo o del de un familiar, como su cónyuge o uno de sus padres. ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo**, responda las preguntas restantes de esta sección.
	Nombre del empleador:

de inicio esté comprendida entre 60 días antes y 60 días después de hoy.	Teléfono del empleador:
	Dirección del empleador:
	Ciudad: Estado: Código postal:
	¿Está inscrito o tiene previsto inscribirse en el HRA que se le ofreció? ☐ Sí ☐ No
	¿Qué tipo de HRA se ofrece? ☐ Acuerdo de reembolso de gastos de salud de cobertura individual (Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement, ICHRA) ☐ Acuerdo de reembolso de gastos de salud para pequeños empleadores calificados (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA)
	¿Cuál es el monto máximo mensual que se le puede reembolsar a través de su HRA? $
	Monto mensual de la HRA: $
	¿Cuál es la fecha de inicio de esta HRA (mm/dd/aaaa)?
Beneficio de salud para empleados estatales	¿Se le ofrece el seguro de la Junta de Beneficios para Empleados Públicos (Public Employees' Benefit Board, PEBB) porque usted o un miembro de su familia es empleado del estado de Oregon? ☐ Sí ☐ No
Facturas médicas	¿Le gustaría recibir ayuda para pagar alguna factura médica pendiente de los últimos dos (2) meses? ☐ Sí ☐ No

Anexo C: Resumen sobre privacidad y no discriminación

Aviso de privacidad

Explore Health protege la privacidad y la seguridad de la información de identificación personal (personally identifiable information, PII) que usted proporciona. Su información de identificación personal no se compartirá, venderá ni transferirá a terceros sin su consentimiento previo, salvo que la ley lo exija o permita. Explore Health puede utilizar datos de otros organismos federales o estatales para determinar la elegibilidad de las personas incluidas en su solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre estos datos, póngase en contacto con Explore Health llamando al 855-268-3767 (se aceptan llamadas a través del servicio de retransmisión). Para obtener más información sobre la privacidad y la seguridad de su información, visite Espanol.ExploreHealthOR.gov/Privacidad.

Declaración de no discriminación

Explore Health: Mercado de Seguros de Salud de Oregon
Oregon Health Authority – División de Políticas y Análisis de Salud

Explore Health se compromete a proporcionar a todas las personas el mismo acceso a nuestros servicios. Cumplimos con las leyes federales contra la discriminación, incluida la sección 1557 de la Ley de Asistencia Asequible (título 42, sección 18116 del Código de los Estados Unidos [United States Code, USC]) y el título 45 del Código de Regulaciones Federales, parte 92, así como con las leyes de derechos civiles de Oregon (ORS 659A, ORS 659.850, ORS 659.875 y ORS 746.021). No excluimos, denegamos beneficios ni discriminamos de ningún otro modo a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales), edad, religión, estado civil, situación familiar, ascendencia, ciudadanía o estado de inmigración, información genética, condición de militar o veterano, condición de beneficiario de una orden de protección, texturas y peinados protegidos (Ley CROWN de Oregon) ni por ninguna otra característica protegida por la legislación federal o de Oregon.

Cómo presentar una queja

Si cree que fue objeto de discriminación por cualquiera de los motivos enumerados anteriormente, puede presentar una queja ante:

Coordinador de Derechos Civiles de Explore Health

Oregon Health Insurance Marketplace
Oregon Health Authority
500 Summer St. NE
Salem, OR 97301
Correo electrónico: explorehealth@oha.oregon.gov
Teléfono: 855-268-3767 (se aceptan llamadas a través del servicio de retransmisión)

También puede ponerse en contacto con:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles
Portal de quejas: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Correo postal: 200 Independence Ave. SW, Room 509F, Washington, DC 20201

División de Regulación Financiera (Division of Financial Regulation, DFR) de Oregon
Presentar una queja: https://dfr.oregon.gov
Teléfono: 888-877-4894
Correo electrónico: DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov

Obtenga ayuda en otro idioma

If you or someone you're helping has questions about Explore Health, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-268-3767 (relay calls welcome). Or visit us at ExploreHealthOR.gov.

Si usted, o alguien a quien ayuda, tiene preguntas sobre Explore Health, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-268-3767 (se aceptan llamadas de retransmisión). O visítenos en ExploreHealthOR.gov.

إذا كانت لديك -أو لدى الشخص الذي تساعده- أسئلة حول برنامج "Explore Health" ، فيحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك مجانًا. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل بالرقم 855-268-3767 (نستقبل مكالمات خدمات التتابع). أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني.ExploreHealthOR.gov

如果您或您协助的人对 Explore Health 有疑问，您有权免费获得使用您所用语言提供的帮助和信息。如需与口译员交谈，请致电 855-268-3767（欢迎使用中继通话服务）；或者访问 ExploreHealthOR.gov。

如果您或您正在幫助的人對「探索健康」（Explore Health）計畫有任何疑問，您有權免費獲得您母語的幫助和資訊。如需口譯服務，請致電 855-268-3767（接受轉接電話）。您也可以造訪 ExploreHealthOR.gov 網站。

ご自身、またはサポートされている方が「Explore Health（エクスプロア・ヘルス）」についてご質問がある場合、ご自身の言語で無料のサポートや情報を得る権利があります。通訳者との会話をご希望の方は、855-268-3767までお電話ください（リレー通話もご利用いただけます）。または、ExploreHealthOR.gov をご覧ください。

귀하 또는 귀하가 도움을 드리는 분이 Explore Health에 관해 궁금한 점이 있으시면, 귀하의 언어로 무료 도움과 정보를 받으실 권리가 있습니다. 통역사와 상담하시려면 855-268-3767번으로 전화해 주십시오(릴레이 통화도 가능합니다). 또는 ExploreHealthOR.gov를 방문해 주십시오.

Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang hỗ trợ có thắc mắc về Explore Health, quý vị có quyền được nhận sự trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của mình hoàn toàn miễn phí. Để trao đổi với thông dịch viên, vui lòng gọi số 855-268-3767 (chấp nhận các cuộc gọi qua dịch vụ chuyển tiếp). Hoặc truy cập trang web ExploreHealthOR.gov.

Если у вас или у человека, которому вы помогаете, возникли вопросы о программе Explore Health, вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по номеру 855-268-3767 (принимаются звонки через службы-посредники). Вы также можете посетить сайт ExploreHealthOR.gov.

Якщо у вас або у когось, кому ви допомагаєте, є питання щодо Explore Health, ви маєте право отримати допомогу та інформацію вашою мовою безкоштовно. Щоб поговорити з перекладачем, зателефонуйте за номером 855-268-3767 (можливі переадресаційні дзвінки). Або відвідайте наш веб-сайт ExploreHealthOR.gov.

Wenn Sie oder eine Person, die Sie unterstützen, Fragen zu Explore Health haben, haben Sie das Recht, kostenlos Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie die Nummer 855-268-3767 an (Relay-Anrufe sind willkommen). Oder besuchen Sie uns unter ExploreHealthOR.gov.

Yog tias koj, lossis ib tus neeg uas koj tab tom pab, muaj lus nug txog Explore Health, koj muaj cai tau txais kev pab thiab cov ntaub ntawv hauv koj hom lus yam tsis tas them nqi. Yog xav tham nrog tus neeg txhais lus, hu rau 855-268-3767 (txais tos cov neeg hu xov tooj rov qab). Los yog tuaj saib peb ntawm ExploreHealthOR.gov.

Elañe kwe, ak juon eo kwoj jibañ, ewōr am kajitok kin Explore Health, ewōr am maroñ ñan bōk jibañ im melele ko ilo kajin eo am ilo ejelok wōnāān. Ñan konono ibben juon ri ukok, call 855-268-3767 (relay calls welcome). Ak loḷọk kōm ilo ExploreHealthOR.gov.

သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီပေးနေသူတစ်ဦးသည် Explore Health အကြောင်း မေးခွန်းများရှိပါက သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အခမဲ့ အကူအညီနှင့် အချက်အလက်များကို ရယူ ု ငခွင့်ရှိသည်။ စကားပြန်နှင့် စကားပြောဆုရန် 855-268-3767 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆု ါ (ထ ်ဆင့်ခေါ်ဆုမှုများကို ကြိုဆုပါသည်။) သို့မဟုတ် ExploreHealthOR.gov တွင် ကွန်ု ်တု့ထံ လာရောက်လည်ပတ်ပါ။

Dacă dumneavoastră sau cineva pe care îl ajutați are întrebări despre Explore Health, aveți dreptul să primiți ajutor și informații în limba dumneavoastră, fără costuri. Pentru a vorbi cu un interpret, sunați la 855-268-3767 (apelurile de retransmitere sunt binevenite). Sau vizitați-ne la ExploreHealthOR.gov.

Haddii adiga, ama qof aad caawinayso, aad qabtid su'aalo ku saabsan Explore Health, waxaad xaq u leedahay inaad hesho caawimo iyo macluumaad luqaddaada ah iyada oo aan wax kharash ah kugu kacayn. Si aad ula hadasho turjumaan, wac 855-268-3767 (wicitaannada gudbinta waa la soo dhaweynayaa). Ama na soo booqo ExploreHealthOR.gov.

หากคุณหรือบุคคลที่คุณให้ความช่วยเหลือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับ Explore Health คุณมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากต้องการพูดคุยกับล่าม โปรดโทรไปที่หมายเลข 855-268-3767 (ยินดีรับสายผ่านบริการถ่ายทอดสัญญาณสื่อสาร) หรือเยี่ยมชมเว็บไซต์ ExploreHealthOR.gov

ንስኻ፡ ወይ ትሕግዞ ዘለኻ ሰብ፡ ብዛዕባ ኤክስፕሎር ሄልዝ ሕቶታት እንተሃልዩካ፡ ብዘይ ዝኾነ ወጻኢታት ሓገዝን ሓበሬታን ብቋንቋኻ ክትረክብ መሰል ኣለካ። ምስ ተርጓሚ ንምዝርራብ ብ 855-268-3767 ደውሉ (ናይ ሪለይ ጻውዒት ብደሓን መጻእኩም)። ወይ ድማ ኣብ ExploreHealthOR.gov ተወከሱና።

Kung ikaw, o ang taong tinutulungan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Explore Health, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Para makipag-usap sa isang tagasalin, tumawag sa 855-268-3767 (tinatanggap ang relay calls). O bisitahin kami sa ExploreHealthOR.gov.

¿NECESITA AYUDA CON ESTA SOLICITUD? Visite Espanol.**ExploreHealthOR.gov** o llámenos al **855-268-3767** (Se aceptan llamadas por servicio de retransmisión). Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, indíquenos el idioma que necesita. Le proporcionaremos ayuda sin costo alguno para usted.