تنسيقات ولغات اخرى

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر مجانًا. يمكنك التواصل مع Explore Health عبر البريد الإلكتروني explorehealth@oha.oregon.gov أو الاتصال بالهاتف على الرقم 855-268-3767 (مكالمة صوتية). نقبل جميع مكالمات الترحيل.

خطاب توضيحي من Explore Health

إذا كنت قد تلقيت إشعارًا من Explore Health يفيد بضرورة إرسال مستندات للتحقق من معلومات طلبك، **و**لم تكن تمتلك أيًا من المستندات المدرجة في الإشعار، فيمكنك إرسال خطاب مكتوب إلى Explore Health توضح فيه أسباب عدم توفر المستندات المطلوبة لديك. يُرجى استخدام هذا النموذج لتقديم شرحك المكتوب بشأن أي من المعلومات المفقودة أدناه:

☐ حالة البرنامج (البرامج) الطبي العام (مثل، خطة أوريغون الصحية [OHP]، أو برنامج Medicare، أو إعانات شؤون المحاربين القدامى)

☐ الدخل السنوي

☐ أخرى (على سبيل المثال، تأكيد حالة التسجيل كأمريكي هندي أو من سكان الاسكا الأصليين، أو تأكيد وقوع حدث حياتي، أو الوفاة)

أكمل الخطوة الأولى وكل ملحق من ملاحق هذا النموذج فقط بالمعلومات المفقودة. يُرجى تضمين جميع المعلومات ذات الصلة اللازمة لدعم شرحك لتأكيد حالة التغطية.

الخطوة الأولى: معلومات الاتصال

قدّم معلومات الاتصال الخاصة بمقدم الطلب الأساسي في طلب Explore Health.

الرقم التعريفي للطلب: _____

يمكنك العثور على هذا الرقم في أعلى الخطاب الذي استلمته من Explore Health أو عبر حسابك عبر الإنترنت.

الاسم (الأول، الأوسط، اسم العائلة): _____

تاريخ الميلاد (mm/dd/yyyy): _____

البريد الإلكتروني: _____

الملحق 1: البرنامج (البرامج) الطبي العام

أكمل هذا القسم إذا كنت تحتاج إلى تأكيد حالة تسجيلك في برنامج طبي عام.

هل لديك حاليًا الجزء (ب) من برنامج Medicare (التأمين الطبي)، ولكنك غير مؤهل للحصول على الجزء (أ) المعفى من الأقساط من برنامج Medicare (تأمين المستشفيات)؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هو تاريخ بدء الجزء (ب) (شهر/يوم/سنة)؟ _____

هل كانت لديك تغطية بالجزء (أ) من برنامج Medicare سابقًا؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هو تاريخ انتهاء تغطية الجزء (أ)؟ (شهر/يوم/سنة)؟ _____

هل كنت مشتركًا في برنامج Medicare بسبب الإعاقة، ولكنك لم تعد مسجلاً فيه الآن؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هو تاريخ انتهاء تغطية برنامج Medicare؟ (شهر/يوم/سنة)؟ _____

هل كانت لديك تغطية صحية من خلال برنامج TRICARE في أي وقت مضى؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هو تاريخ انتهاء برنامج TRICARE؟ (شهر/يوم/سنة)؟ _____

هل كانت لديك تغطية صحية من خلال وكالة Peace Corps في أي وقت مضى؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هو تاريخ انتهاء التغطية؟ (شهر/يوم/سنة)؟ _____

هل كانت لديك تغطية صحية من خلال قسم شؤون المحاربين القدامى في أي وقت مضى؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هو تاريخ انتهاء التغطية؟ (شهر/يوم/سنة)؟ _____

يُرجى إرفاق وتضمين عدد الصفحات اللازم، وتوضيح أسباب عدم قدرتك على إرسال المستندات المطلوبة التي تؤكد حالة تغطيتك أدناه:

الملحق ب: الدخل السنوى

أكمل هذا القسم إذا كنت تحتاج إلى تأكيد دخل أسرتك السنوى.

ملاحظه مهمه: يجب أن يتطابق الدخل السنوى الذى تُدخله مع الدخل الذى أبلغت عنه فى طلب Explore Health الخاص بك. إذا لم يكن متطابقًا، فيُرجى تحديث طلب Explore Health.

تذكر: من المهم إدخال تقدير دقيق للدخل فى طلب Explore Health. إذا كان الدخل الذى أدخلته فى طلبك أقل من الدخل الذى تبلغ عنه فى ضرائبك فى نهاية العام، فقد يتعين عليك سداد بعض أو كل الإعفاءات الضريبية المسبقة على الأقساط (APTC) التى استخدمتها عند تقديم ضرائبك. إذا تغير دخلك التقديرى خلال العام، فاحرص على تحديث طلبك بهذه المعلومات على الفور.

الدخل التقديرى للأسرة (المبلغ): $ _____

السنة (مثلاً، 2027): _____

يُرجى إرفاق وتضمين عدد الصفحات اللازم، وتوضيح أسباب عدم قدرتك على إرسال المستندات المطلوبة التى تؤكد دخلك أدناه:

الملحق ج: غير ذلك

أكمل هذا القسم إذا كنت قد تلقيت أي نوع آخر من مشكلة مطابقة البيانات (DMI) (على سبيل المثال، تأكيد حالة التسجيل كأمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين، أو تأكيد حدث حياتي، أو الوفاة)، وتحتاج إلى شرح سبب عدم قدرتك على تقديم الوثائق المطلوبة.

يُرجى إرفاق وتضمين عدد الصفحات اللازم، وتوضيح أسباب عدم قدرتك على إرسال المستندات المطلوبة أدناه:

- أفهم بأن أي تغييرات تطرأ على عدد أفراد أسرتي، أو عنواني، أو دخلي، أو أي تفاصيل أخرى قد تؤثر على أهليتي أو أهلية أسرتي للحصول على إعانات محددة. أفهم أن أمامي 30 يومًا لإبلاغ Explore Health بأي تغيير في معلوماتي طلبت.

- أفهم أن الإجابات المذكورة في هذا النموذج تُستخدم فقط لمعرفة ما إذا كان بإمكاني الحصول على تغطية أو مساعدة مالية. أقرّ بأن Explore Health ستقوم بالتحقق من إجاباتي ومطابقتها عبر قواعد البيانات الخاصة بها، وكذلك عبر قواعد البيانات الفيدرالية أو الخاصة بالولاية. أوافق على استخدام معلوماتي للتحقق من التفاصيل الواردة في طلبي. أؤكد أنني حصلت على إذن من جميع الأشخاص المدرجين في هذا الطلب لاستخدام معلوماتهم لهذا الغرض.

- أوقع هذا النموذج تحت طائلة عقوبة شهادة الزور. هذا يعني، على حد علمي، أنني قدمت إجابات صحيحة ودقيقة وكاملة لجميع الأسئلة الواردة في هذا النموذج. إني أدرك بأنني قد أكون عرضة للعقوبات و/أو أكون مسؤولاً عن إعادة الدفعات الزائدة بموجب القانون الفيدرالي إذا قدمت معلومات خاطئة و/أو غير صحيحة.

توقيع مقدم الطلب الأساسي: _____

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة): _____

الاسم بخط واضح: _____

الخطوة الثانيه: ارسل النموذج المُكتمل بإحدى الطرق التاليه

يُرجى إدراج جميع المواد والوثائق المرفقة ضمن ملف PDF واحد إذا كنت تقوم بالتحميل إلى حسابك. في حال الإرسال عبر البريد الأمريكي (USPS)، يُرجى إدراج جميع المواد والوثائق المرفقة داخل مظروف واحد وإرسالها عبر البريد المسجل.

يُرجى عدم إرسال المستندات الأصلية؛ حيث إنه لا يُحتفظ بأي مستندات لمدة تزيد عن 60 يومًا، وستُتلف فور تحميلها على Applicant Portal (بوابة مقدم الطلب).

عبر الإنترنت	البريد	الفاكس
للحصول على معالجة أسرع، حمّل هذا المستند في حسابك عبر الإنترنت على موقع ExploreHealthOR.gov.	c/o Documents Explore Health PO Box 191 Salem, OR 97308	888-705-8691

OREGON HEALTH AUTHORITY

EXPLORE HEALTH

Explore Health: Oregon’s Health Insurance Marketplace

PO Box 191

Salem, OR 97308

855-268-3767 (تُقبل مكالمات الترحيل)

ExploreHealthOR.gov