Andere Formate und Sprachen
Sie können dieses Dokument kostenlos in anderen Sprachen, als Großdruck, in Brailleschrift oder in einem von Ihnen bevorzugten Format erhalten. Wenden Sie sich unter explorehealth@oha.oregon.gov oder 855-268-3767 (Telefon) an Explore Health. Wir nehmen alle Anrufe über Relay-Dienste an.

Explore Health – Erläuterungsschreiben

Wenn Sie von Explore Health eine Mitteilung erhalten haben, in der Sie aufgefordert werden, Unterlagen zur Bestätigung der Angaben in Ihrem Antrag einzureichen, **und** Sie über keine der in der Mitteilung aufgeführten Unterlagen verfügen, können Sie Explore Health ein schriftliches Schreiben vorlegen, in dem Sie erläutern, warum Sie die angeforderten Unterlagen nicht vorlegen können. Bitte verwenden Sie dieses Formular, um Ihre schriftliche Erklärung zu den folgenden fehlenden Angaben abzugeben:

☐ Öffentliche Krankenversicherungsprogramme (z. B. Oregon Health Plan (OHP), Medicare oder VA-Leistungen) – Status

☐ Jahreseinkommen

☐ Sonstiges (z. B. Bestätigung des Anmeldestatus als American Indian oder Alaska Native, Bestätigung eines Lebensereignisses, Todesfall)

Füllen Sie Schritt 1 und nur die Anhänge dieses Formulars für die Informationen aus, die Ihnen fehlen. Bitte machen Sie alle relevanten Angaben, die zur Untermauerung Ihrer Erklärung erforderlich sind, um den Versicherungsstatus zu bestätigen.

Schritt 1: Kontaktdaten

Geben Sie die Kontaktdaten der primären antragstellenden Person in Ihrem Explore-Health-Antrag an.

Antrags-ID: _____

Sie finden diese Nummer oben auf dem Schreiben, das Sie von Explore Health erhalten haben, oder in Ihrem Online-Konto.

Name (Vorname, zweiter Vorname, Nachname): _____

Geburtsdatum (MM/TT/JJJJ): _____

E-Mail-Adresse: _____

Anhang A: Öffentliche Krankenversicherungsprogramme

Füllen Sie diesen Abschnitt aus, wenn Sie Ihren Anmeldestatus bei einem öffentlichen Krankenversicherungsprogramm bestätigen müssen.

Haben Sie derzeit Medicare Part B (Krankenversicherung), aber keinen Anspruch auf beitragsfreies Medicare Part A (Krankenhausversicherung)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, an welchem Datum begann Ihre Medicare Part B (MM/TT/JJJJ)? _____

Hatten Sie zuvor eine Versicherung durch Medicare Part A? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, an welchem Datum endete Ihre Medicare Part A (MM/TT/JJJJ)? _____

Hatten Sie aufgrund einer Behinderung Anspruch auf Medicare, sind aber inzwischen nicht mehr angemeldet? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, an welchem Datum endete Ihre Medicare-Versicherung (MM/TT/JJJJ)? _____

Hatten Sie jemals eine Krankenversicherung über TRICARE? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, an welchem Datum endete Ihre TRICARE-Versicherung (MM/TT/JJJJ)? _____

Hatten Sie jemals eine Krankenversicherung über das Peace Corps? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, an welchem Datum endete Ihre Versicherung (MM/TT/JJJJ)? _____

Hatten Sie jemals eine Krankenversicherung über das Department of Veterans Affairs? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, an welchem Datum endete Ihre Versicherung (MM/TT/JJJJ)? _____

Fügen Sie so viele Seiten wie nötig hinzu und erläutern Sie unten, warum Sie die angeforderten Unterlagen zur Bestätigung Ihres Versicherungsstatus nicht einreichen können:

Anhang B: Jahreseinkommen

Füllen Sie diesen Abschnitt aus, wenn Sie Ihr jährliches Haushaltseinkommen bestätigen müssen.

Wichtiger Hinweis: Das von Ihnen angegebene Jahreseinkommen muss mit dem Einkommen übereinstimmen, das Sie in Ihrem Explore-Health-Antrag angegeben haben. Falls dies nicht der Fall ist, aktualisieren Sie bitte Ihren Explore-Health-Antrag.

Denken Sie daran: Es ist wichtig, in Ihrem Explore Health-Antrag eine genaue Schätzung Ihres Einkommens anzugeben. Wenn das in Ihrem Antrag angegebene Einkommen niedriger ist als das Einkommen, das Sie am Ende des Jahres in Ihrer Steuererklärung angeben, müssen Sie möglicherweise einen Teil oder die gesamten von Ihnen in Anspruch genommenen Vorab-Steuergutschriften für Krankenversicherungsbeiträge (Advance Premium Tax Credits, APTC) bei Ihrer Steuererklärung zurückzahlen. Wenn sich Ihr geschätztes Einkommen im Laufe des Jahres ändert, aktualisieren Sie Ihren Antrag unverzüglich mit diesen Angaben.

Geschätztes Haushaltseinkommen (Betrag): $

Jahr (z. B. 2027):

Fügen Sie so viele Seiten wie nötig hinzu und erläutern Sie unten, warum Sie die angeforderten Unterlagen zur Bestätigung Ihres Einkommens nicht einreichen können:

Anhang C: Sonstiges

Füllen Sie diesen Abschnitt aus, wenn bei Ihnen ein anderes Datenabgleichsproblem (Data Matching Issue, DMI) vorliegt (z. B. zur Bestätigung des Anmeldestatus als American Indian oder Alaska Native, zur Bestätigung eines Lebensereignisses oder eines Todesfalls) und Sie erläutern müssen, warum Sie die angeforderten Unterlagen nicht vorlegen können.

Fügen Sie so viele Seiten wie nötig hinzu und erläutern Sie unten, warum Sie die angeforderten Unterlagen nicht einreichen können:

- Ich verstehe, dass Änderungen der Anzahl der Personen in meinem Haushalt, meiner Adresse, meines Einkommens oder anderer Angaben meine Anspruchsberechtigung oder die Anspruchsberechtigung meines Haushalts auf bestimmte Leistungen beeinflussen können. Ich verstehe, dass ich Explore Health innerhalb von 30 Tagen informieren muss, wenn sich Angaben in meinem Antrag ändern.

- Ich verstehe, dass die Angaben in diesem Formular ausschließlich dazu verwendet werden, festzustellen, ob ich Anspruch auf Versicherungsschutz oder finanzielle Unterstützung habe. Ich bestätige, dass Explore Health meine Angaben in den Datenbanken von Explore Health sowie in Datenbanken des Bundes oder der Bundesstaaten überprüfen wird. Ich stimme zu, dass meine Angaben zur Überprüfung der Angaben in meinem Antrag verwendet werden dürfen. Ich bestätige, dass ich von allen in diesem Antrag aufgeführten Personen die Erlaubnis habe, ihre Angaben für diesen Zweck zu verwenden.

- Ich unterzeichne dieses Formular unter Strafandrohung wegen Meineids. Das bedeutet, dass ich alle Fragen in diesem Formular meines Wissens nach wahrheitsgemäß, richtig und vollständig beantwortet habe. Mir ist bewusst, dass ich nach Bundesrecht mit Strafen belegt werden und/oder zur Rückzahlung zu viel gezahlter Beträge verpflichtet sein kann, wenn ich falsche und/oder unwahre Angaben mache.

Unterschrift der primären antragstellenden Person: _____

Datum der Unterschrift (MM/TT/JJJJ): _____

Name in Druckbuchstaben: _____

Schritt 2: Reichen Sie das ausgefüllte Formular auf eine der folgenden Arten ein

Wenn Sie die Unterlagen in Ihr Konto hochladen, fügen Sie bitte alle Materialien und zugehörigen Unterlagen in einer PDF-Datei zusammen. Wenn Sie die Unterlagen per USPS versenden, fügen Sie bitte alle Materialien und zugehörigen Unterlagen in einem Umschlag zusammen und versenden Sie diesen per Einschreiben.

Bitte senden Sie keine Originale. Dokumente werden nicht länger als 60 Tage aufbewahrt und nach dem Hochladen in das Antragsportal vernichtet.

Online
Für eine schnellere Bearbeitung laden Sie dieses Dokument in Ihrem Online-Konto unter ExploreHealthOR.gov hoch.

Post
c/o Documents
Explore Health
PO Box 191
Salem, OR 97308

Fax
888-705-8691

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (Anrufe über einen Relay-Dienst werden angenommen)
ExploreHealthOR.gov