기타 형식 및 언어

본 문서는 다른 언어, 큰 글자, 점자 또는 원하는 형식으로 무료로 받아볼 수 있습니다. Explore Health에 explorehealth@oha.oregon.gov 또는 855-268-3767번(음성)으로 문의해 주십시오. 저희는 청각 장애인을 위한 모든 통신중계서비스를 허용합니다.

Explore Health 사유서 (Explore Health Letter of Explanation)

Explore Health로부터 귀하의 신청서 정보를 검증할 서류를 보내라는 통지서를 **받았으며** 통지서에 나열된 서류가 없는 경우, 요청된 서류를 보낼 수 없는 이유를 설명하는 서면 사유서를 Explore Health에 제출할 수 있습니다. 아래의 누락된 정보 중 하나에 대한 서면 사유를 제공하려면 이 양식을 사용해 주십시오.

☐ 공공 의료 프로그램 (예: 오리건주 건강보험(OHP), 메디케어 또는 VA 혜택) 가입 상태

☐ 연간 소득

☐ 기타(예: 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 가입 상태 확인, 특별 가입 자격 변동 사유(life event) 확인, 사망)

1단계를 작성하고 귀하에게 누락된 정보에 해당하는 부록만 작성하십시오. 보험 가입 상태를 확인하기 위한 사유를 뒷받침하는 데 필요한 모든 관련 정보를 포함해 주십시오.

1단계: 연락처 정보

Explore Health 신청서상의 주 신청인 연락처 정보를 제공해 주십시오.

신청 ID: _____

Explore Health에서 받은 서신 상단이나 온라인 계정에서 이 번호를 찾을 수 있습니다.

성명(이름, 중간 이름, 성): _____

생년월일(mm/dd/yyyy): _____

이메일: _____

부록 A: 공공 의료 프로그램

공공 의료 프로그램 가입 상태를 검증해야 하는 경우 이 섹션을 작성하십시오.

현재 메디케어 파트 B(의료 보험)에 가입되어 있지만, 보험료가 면제되는 메디케어 파트 A(병원 보험) 자격이 없습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 파트 B 시작일은 언제입니까(mm/dd/yyyy)? _____

이전에 메디케어 파트 A 건강보험에 가입한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 파트 A 건강보험 종료일은 언제입니까(mm/dd/yyyy)? _____

장애로 인해 메디케어에 가입했었으나, 현재는 가입되어 있지 않습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 메디케어 건강보험 종료일은 언제입니까(mm/dd/yyyy)? _____

트라이케어(TRICARE)를 통해 건강보험에 가입한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 트라이케어 종료일은 언제입니까(mm/dd/yyyy)? _____

평화봉사단(Peace Corps)을 통해 건강보험에 가입한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 건강보험 종료일은 언제입니까(mm/dd/yyyy)? _____

보훈부(VA)를 통해 건강보험에 가입한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 건강보험 종료일은 언제입니까(mm/dd/yyyy)? _____

필요한 만큼 페이지를 추가하여 첨부하고, 아래에 귀하의 보험 가입 상태를 확인하는 요청 서류를 보낼 수 없는 이유를 설명해 주십시오.

부록 B: 연간 소득

연간 가구 소득을 검증해야 하는 경우 이 섹션을 작성하십시오.

중요 참고 사항: 입력하는 연간 소득은 Explore Health 신청서에 보고한 소득과 일치해야 합니다. 일치하지 않으면 Explore Health 신청서를 업데이트하십시오.

유의사항: Explore Health 신청서에 정확한 예상 소득을 입력하는 것이 중요합니다. 신청서에 입력한 소득이 연말 세금 신고 시 보고하는 소득보다 적은 경우, 세금 신고 시 귀하가 사용한 사전 보험료 세액 공제(APTC)의 일부 또는 전부를 상환해야 할 수 있습니다. 연중 예상 소득이 변경되는 경우 이 정보를 신청서에 즉시 업데이트하십시오.

예상 가구 소득(금액): $ _____

연도(예: 2027년): _____

필요한 만큼 페이지를 추가하여 첨부하고, 아래에 귀하의 소득을 확인하는 요청 서류를 보낼 수 없는 이유를 설명해 주십시오.

부록 C: 기타

기타 유형의 데이터 불일치 문제(DMI) (예: 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 가입 상태 확인, 특별 가입 자격 변동 사유 확인, 사망) 통지를 받았으며 요청된 서류를 제공할 수 없는 이유를 설명해야 하는 경우 이 섹션을 작성하십시오.

필요한 만큼 페이지를 추가하여 첨부하고, 아래에 요청 서류를 보낼 수 없는 이유를 설명해 주십시오.

- 본인은 가구 인원수, 주소, 소득 또는 기타 세부 사항의 변경이 본인 또는 본인 가구의 특정 혜택 자격에 영향을 미칠 수 있음을 이해합니다. 본인은 신청서 정보에 변경이 있을 경우 30일 이내에 Explore Health에 통지해야 한다는 것을 이해합니다.

- 본인은 이 양식의 답변이 본인이 건강보험 또는 재정 지원을 받을 수 있는지 확인하는 데에만 사용된다는 것을 이해합니다. 본인은 Explore Health가 Explore Health 데이터베이스 및 연방 또는 주 데이터베이스에서 본인의 답변을 검증할 것임을 인정합니다. 본인은 본인의 정보가 신청서의 세부 사항을 확인하는 데 사용될 수 있음에 동의합니다. 본인은 이 신청서에 포함된 모든 사람으로부터 이러한 목적으로 그들의 정보를 사용하는 데 대한 허락을 받았음을 확인합니다.

- 본인은 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 이 양식에 서명합니다. 이는 본인이 아는 한 본 양식의 모든 질문에 진실하고 정확하며 완전한 답변을 제공했음을 의미합니다. 연방법에 따라 본인이 허위 및/또는 사실이 아닌 정보를 제공할 경우, 본인이 처벌을 받거나 초과 지급액에 대한 책임이 있을 수 있음을 알고 있습니다.

주 신청인 서명: _____

서명일(mm/dd/yyyy): _____

정자체 성명: _____

2단계: 작성 완료된 양식 제출 방법 (다음 중 택일)

계정에 업로드하는 경우 모든 자료와 관련 서류를 하나의 PDF 파일에 포함해 주십시오. 미국 우편(USPS)으로 보내는 경우 모든 자료와 관련 서류를 하나의 봉투에 넣고 등기 우편(certified mail)으로 보내주십시오.

원본을 보내지 마십시오. 서류는 60일 이상 보관되지 않으며, 신청자 포털(Applicant Portal)에 업로드된 후에는 파기됩니다.

온라인

더 빠른 처리를 위해 ExploreHealthOR.gov의 귀하의 온라인 계정에 이 서류를 업로드해 주십시오.

우편:

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

팩스:

888-705-8691

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767(청각 장애인을 위한 통신중계서비스 이용 환영)
ExploreHealthOR.gov