Другие форматы и языки
Мы готовы бесплатно предоставить вам этот документ в переводе на другие языки, в варианте для слабовидящих (крупным шрифтом или шрифтом Брайля) или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с Explore Health по адресу эл. почты explorehealth@oha.oregon.gov или по телефону 855-268-3767 (голосовая связь). Мы работаем со всеми службами коммутируемых сообщений.

Письмо с разъяснениями от Explore Health

Если вы получили уведомление от Explore Health о необходимости предоставить документы для подтверждения информации, указанной в вашей заявке, **и** у вас нет ни одного из документов, перечисленных в уведомлении, вы можете направить в Explore Health письменное обращение с объяснением причин отсутствия запрошенных документов. Пожалуйста, используйте эту форму, чтобы предоставить письменное объяснение по поводу любой недостающей информации, указанной ниже:

☐ Статус в государственных программах медицинского страхования (т. е. Oregon Health Plan (OHP), Medicare или льготы VA benefits)

☐ Годовой доход

☐ Другое (например, подтверждение статуса американского индейца или коренного жителя Аляски, подтверждение жизненного события, смерти)

Выполните Шаг 1 и заполните только те приложения к данной форме, в которых отсутствуют необходимые сведения. Пожалуйста, предоставьте всю необходимую информацию, подтверждающую ваше объяснение и позволяющую установить статус страхового покрытия.

Шаг 1. Контактная информация

Укажите контактные данные основного заявителя в своей заявке в Explore Health.

Идентификационный номер заявки: _____

Этот номер указан в верхней части письма, полученного от Explore Health, или в вашей учетной записи на сайте.

Ф. И. О. (имя, отчество, фамилия): _____

Дата рождения (мм/дд/гггг): _____

Электронная почта: _____

Приложение A. Государственная программа (программы) медицинского страхования

Заполните этот раздел, если вам необходимо подтвердить свой статус участника государственной программы медицинского страхования.

В настоящее время у вас есть страховка Medicare Часть B (медицинское страхование), но вы не имеете права на страховку Medicare Часть A (больничное страхование) без уплаты страховых взносов? ☐ Да ☐ Нет
Если да, то с какого числа началось ваше страховое покрытие по Части B (мм/дд/гггг)? _____

Имели ли вы ранее страховое покрытие по программе Medicare, Часть A? ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите дату окончания действия вашего страхового покрытия по Части A (мм/дд/гггг)? _____

Имели ли вы раньше страховку Medicare в связи с инвалидностью, но больше не участвуете в этой программе? ☐ Да ☐ Нет
Если да, укажите дату окончания действия вашего страхового покрытия Medicare (мм/дд/гггг)? _____

Была ли у вас когда-нибудь медицинская страховка по программе TRICARE? ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите дату окончания действия вашей страховки по программе TRICARE (мм/дд/гггг)? _____

Была ли у вас когда-нибудь медицинская страховка по программе Peace Corps? ☐ Да ☐ Нет
Если да, укажите дату окончания действия вашего страхового покрытия (мм/дд/гггг)? _____

Была ли у вас когда-нибудь медицинская страховка от Управления по делам ветеранов? ☐ Да ☐ Нет
Если да, укажите дату окончания действия вашего страхового покрытия (мм/дд/гггг)? _____

Добавьте и приложите столько страниц, сколько необходимо, и объясните в разделе ниже, почему вы не можете отправить запрошенные документы, подтверждающие ваш статус страхового покрытия:

Приложение B. Годовой доход

Заполните этот раздел, если вам необходимо подтвердить годовой доход вашего домохозяйства.

Важное примечание: указанный вами годовой доход должен совпадать с доходом, указанным вами в заявке в Explore Health. Если данные не совпадают, обновите заявку в Explore Health.

Помните: в заявке в Explore Health важно указать точную сумму предполагаемого дохода. Если доход, указанный вами в заявке, меньше дохода, указанного в налоговой декларации по итогам года, вам, возможно, придется вернуть часть или всю сумму авансовых налоговых кредитов по страховым взносам (APTC), которые вы использовали при подаче налоговой декларации. Если в течение года ваш предполагаемый доход изменится, немедленно внесите соответствующие изменения в заявку.

Предполагаемый доход домохозяйства (сумма): $ _____

Год (например, 2027): _____

Добавьте и приложите столько страниц, сколько необходимо, и объясните в разделе ниже, почему вы не можете отправить запрошенные документы, подтверждающие ваш доход:

Приложение C. Другое

Заполните этот раздел, если вы получили уведомление о любой другой проблеме, связанной со сверкой данных (Data Matching Issue, DMI) (например, подтверждение статуса американского индейца или коренного жителя Аляски, подтверждение жизненного события,

смерти) и вам необходимо объяснить, почему вы не можете предоставить запрошенные документы.

Добавьте и приложите столько страниц, сколько необходимо, и объясните в разделе ниже, почему вы не можете отправить запрошенные документы:

- Я понимаю, что изменения количества человек в моем домохозяйстве, изменения адреса, дохода или других данных могут повлиять на мое право или право членов моего домохозяйства на получение определенных пособий. Я понимаю, что у меня есть 30 дней на то, чтобы уведомить Explore Health в случае каких-либо изменений в информации, указанной в моей заявке.

- Я понимаю, что ответы, содержащиеся в этой форме, используются исключительно для того, чтобы определить, могу ли я получить страховое покрытие или финансовую помощь. Я даю согласие на то, чтобы компания Explore Health проверила мои ответы в базах данных Explore Health, а также в федеральных базах данных или базах данных штата. Я даю согласие на использование предоставленной мной информации для проверки сведений, указанных в моей заявке. Я подтверждаю, что у меня есть разрешение от всех лиц, указанных в этой заявке, на использование их данных для этой цели.

- Я подписываю эту форму под страхом наказания за лжесвидетельство. Это означает что, насколько мне известно, я дал(а) правдивые, правильные и полные ответы на все вопросы в этой форме. Я знаю, что согласно федеральному закону, если я предоставляю ложную и (или) недостоверную информацию, то меня могут оштрафовать и (или) привлечь к ответственности за излишние выплаты.

Подпись основного заявителя: _____

Дата подписания (мм/дд/гггг): _____

Имя и фамилия печатными буквами: _____

Шаг 2. Подайте заполненную форму одним из указанных ниже способов

Если вы загружаете материалы в свою учетную запись, пожалуйста, объедините все материалы и сопутствующую документацию в один файл PDF. При отправке через USPS просим поместить все материалы и сопутствующую документацию в один конверт и отправить заказным письмом.

Пожалуйста, не отправляйте оригиналы, все документы хранятся не более 60 дней и уничтожаются после загрузки на портал для заявителей.

Онлайн	**Почта**	**Факс**
Для ускорения обработки загрузите этот документ в свою учетную запись на сайте ExploreHealthOR.gov.	c/o Documents Explore Health PO Box 191 Salem, OR 97308	888-705-8691

Explore Health: Oregon’s Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (принимаются ретрансляционные звонки)
ExploreHealthOR.gov