其他格式和语言

您可以免费获取本文件的其他语言版本、大字版、盲文版或您需要的其他格式。请发送电子邮件至 explorehealth@oha.oregon.gov 或拨打 855-268-3767（语音电话）联系 Explore Health。我们接受所有中继电话。

Explore Health 情况说明信

如果您收到 Explore Health 的通知，要求您提交文件以核实申请信息，**而**您无法提供通知中所列的任何文件，则可以向 Explore Health 提交书面说明，解释您为何无法提供所要求的文件。如果您缺少以下任何信息所需的证明文件，请使用此表格提供书面说明：

☐ 公共医疗计划（例如俄勒冈州健康计划 (OHP)、Medicare 或退伍军人事务部 (VA) 福利）的参保状态

☐ 年收入

☐ 其他（例如确认美洲印第安人或阿拉斯加原住民的参保身份、确认生活事件、死亡）

请填写步骤 1，并仅填写本表格中与您缺少的信息相对应的附录。请提供支持您的说明以及确认医疗保险状态所需的所有相关信息。

步骤 1：联系信息

请提供您的 Explore Health 申请表中主要申请人的联系信息。

申请 ID：_____

您可以在 Explore Health 寄给您的信函顶部或您的在线账户中找到此号码。

姓名（名字、中间名、姓氏）：_____

出生日期（月/日/年）：_____

电子邮箱：_____

附录 A：公共医疗计划

如果您需要核实自己参加公共医疗计划的状态，请填写本部分。

您目前是否参加了 Medicare B 部分（医疗保险），但不符合免保费 Medicare A 部分（住院保险）的资格？ ☐ 是 ☐ 否

如果“是”，您的 B 部分保险从何时开始（月/日/年）？

您以前是否参加过 Medicare A 部分保险? ☐ 是 ☐ 否

如果“是”，您的 A 部分保险于何时终止（月/日/年）？

您是否曾因残障而参加 Medicare，但目前已不再参保? ☐ 是 ☐ 否

如果“是”，您的 Medicare 医疗保险于何时终止（月/日/年）？

您是否曾参加过 TRICARE 医疗保险? ☐ 是 ☐ 否

如果“是”，您的 TRICARE 医疗保险于何时终止（月/日/年）？

您是否曾通过和平队获得医疗保险? ☐ 是 ☐ 否

如果“是”，您的医疗保险于何时终止（月/日/年）？

您是否曾通过退伍军人事务部获得医疗保险? ☐ 是 ☐ 否

如果“是”，您的医疗保险于何时终止（月/日/年）？

如有需要，请附上足够的附加页面，并在下方说明您为何无法提交所要求的文件来确认您的医疗保险状态：

附录 B：年收入

如果您需要核实家庭年收入，请填写本部分。

重要提示：您在此填写的年收入必须与您在 Explore Health 申请表中申报的收入一致。如果不一致，请更新您的 Explore Health 申请信息。

请记住：在 Explore Health 申请表中填写准确的预计收入非常重要。如果您在申请表中填写的收入低于您在年终报税时申报的收入，那么在报税时，您可能需要偿还已使用的部分或全部预付保费税收抵免 (APTC)。如果您的预计收入在年内发生变化，请立即更新申请信息。

预计家庭收入（金额）： $

年份（例如 2027 年）：

如有需要，请附上足够的附加页面，并在下方说明您为何无法提交所要求的文件来确认您的收入：

附录 C：其他

如果您收到任何其他类型的数据匹配问题 (DMI) 通知（例如确认美洲印第安人或阿拉斯加原住民的参保身份、确认生活事件或死亡），并需要说明为何无法提供所要求的证明文件，请填写本部分。

如有需要，请附上足够的附加页面，并在下方说明您为何无法提交所要求的文件：

- 我了解，家庭人数、地址、收入或其他信息的变化可能会影响我本人或家庭成员获得特定福利的资格。我了解，如果我的申请信息发生任何变化，我必须在 30 天内通知 Explore Health。

- 我了解，本表格中的回答仅用于确定我是否可以获得医疗保险或经济援助。我知悉，Explore Health 将通过 Explore Health 数据库以及联邦或州政府数据库核实我提供的信息。我同意使用我的信息来核实申请表中的详细信息。我确认，我已获得此申请表中所列每个人的许可，可以将其信息用于此目的。

- 我是在承担伪证罪法律责任的前提下签署此表格。这意味着，据我所知，我对本表格中所有问题提供的回答均真实、准确且完整。我知道，根据联邦法律，如果我提供虚假和/或不实信息，我可能会受到处罚和/或需要偿还多领的款项。

主要申请人签名：_____

签署日期（月/日/年）：_____

楷体姓名：_____

步骤 2：通过以下任一方式提交填写完整的表格

如果您要将材料上传至您的账户，请将所有材料及相关证明文件合并为一个 PDF 文件。如果您要将材料上传至您的账户，请将所有材料及相关证明文件合并为一个 PDF 文件。

请勿寄送原件。任何文件的保存时间均不会超过 60 天，并将在上传至申请人门户后销毁。

在线	**邮寄**	**传真**
为了更快处理您的申请，请登录 ExploreHealthOR.gov 的在线账户并上传此文件。	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（欢迎使用中继服务来电）
ExploreHealthOR.gov