Otros formatos e idiomas
Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con Explore Health por correo electrónico a explorehealth@oha.oregon.gov o por teléfono al 855-268-3767 (voz). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

Carta de explicación de Explore Health

Si recibió una notificación de Explore Health en la que se le indica que debe enviar documentos para verificar la información de su solicitud **y** no tiene ninguno de los documentos indicados en la notificación, puede enviar una carta escrita a Explore Health para explicar por qué no tiene los documentos solicitados. Utilice este formulario para proporcionar una explicación por escrito sobre cualquier información faltante que se indica a continuación:

☐ Situación respecto a los programas de atención médica públicos (es decir, Plan de Salud de Oregon [Oregon Health Plan, OHP], Medicare o beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos [Veterans Affairs, VA])

☐ Ingresos anuales

☐ Otro (por ejemplo, confirmación de la condición de inscripción como indígena americano o nativo de Alaska, confirmación de un evento de vida, fallecimiento)

Complete el paso 1 y solo el anexo de este formulario correspondiente a la información que le falte. Incluya toda la información relevante necesaria para respaldar su explicación y confirmar el estado de la cobertura.

Paso 1: Información de contacto

Proporcione la información de contacto del solicitante principal que figura en su solicitud de Explore Health.

ID de la solicitud: _____

Puede encontrar este número en la parte superior de la carta que recibió de Explore Health o en su cuenta en línea.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Correo electrónico: _____

Anexo A: Programas de atención médica públicos

Complete esta sección si necesita verificar su estado de inscripción en un programa de atención médica público.

¿Tiene actualmente la Parte B de Medicare (seguro médico), pero no cumple los requisitos para la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) sin prima? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha comenzó su Parte B (mm/dd/aaaa)? _____

¿Tuvo anteriormente cobertura de la Parte A de Medicare? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha finalizó su cobertura de la Parte A (mm/dd/aaaa)? _____

¿Tuvo Medicare debido a una discapacidad, pero ya no está inscrito? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha finalizó su cobertura de Medicare (mm/dd/aaaa)? _____

¿Ha tenido alguna vez cobertura de salud a través de TRICARE? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha finalizó su cobertura de TRICARE (mm/dd/aaaa)? _____

¿Ha tenido alguna vez cobertura de salud a través del Cuerpo de Paz? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha finalizó su cobertura (mm/dd/aaaa)? _____

¿Ha tenido alguna vez cobertura de salud a través del Departamento de Asuntos de Veteranos? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha finalizó su cobertura (mm/dd/aaaa)? _____

Incluya y adjunte tantas páginas como sea necesario y explique a continuación por qué no puede enviar los documentos solicitados que confirmen el estado de su cobertura:

Anexo B: Ingresos anuales

Complete esta sección si necesita verificar los ingresos anuales de su hogar.

Nota importante: Los ingresos anuales que indique deben coincidir con los ingresos que declaró en su solicitud de Explore Health. Si no coinciden, actualice su solicitud de Explore Health.

Recuerde: Es importante que ingrese una estimación precisa de sus ingresos en su solicitud de Explore Health. Si los ingresos que indicó en su solicitud son inferiores a los que declara en su declaración de impuestos al final del año, es posible que tenga que devolver parte o la totalidad de los créditos fiscales anticipados para las primas (Advance Premium Tax Credits, APTC) que utilizó al presentar su declaración de impuestos. Si sus ingresos estimados cambian durante el año, actualice de inmediato su solicitud con esta información.

Ingresos estimados del hogar (importe): $ _____

Año (por ejemplo, 2027): _____

Incluya y adjunte tantas páginas como sea necesario y explique a continuación por qué no puede enviar los documentos solicitados que confirmen sus ingresos:

Anexo C: Otro

Complete esta sección si recibió cualquier otro tipo de problema de coincidencia de datos (Data Matching Issue, DMI) (por ejemplo, para confirmar la condición de inscripción como indígena americano o nativo de Alaska, para confirmar un evento de vida, fallecimiento) y necesita explicar por qué no puede proporcionar la documentación solicitada.

Incluya y adjunte tantas páginas como sea necesario y explique a continuación por qué no puede enviar los documentos solicitados:

- Entiendo que los cambios en la cantidad de personas que componen mi unidad familiar, en mi dirección, mis ingresos u otros datos pueden afectar mi elegibilidad o la de mi unidad familiar para recibir beneficios específicos. Entiendo que dispongo de 30 días para notificar a Explore Health sobre cualquier cambio en la información que figura en mi solicitud.

- Entiendo que las respuestas de este formulario solo se utilizan para determinar si puedo obtener cobertura o ayuda económica. Reconozco que Explore Health verificará mis respuestas en sus bases de datos y en las bases de datos federales o estatales. Acepto que mi información pueda utilizarse para comprobar los datos de mi solicitud. Confirmo que cuento con el permiso de todas las personas incluidas en esta solicitud para utilizar sus datos con este fin.

- Firmo este formulario bajo pena de perjurio. Esto significa que, a mi leal saber y entender, brindé respuestas verdaderas, correctas y completas a todas las preguntas de este formulario. Conforme a la ley federal, comprendo que, si proporciono información falsa o incorrecta, puedo estar sujeto a sanciones o ser responsable de los sobrepagos.

Firma del solicitante principal: _____

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa): _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Paso 2: Envíe la solicitud completa en cualquiera de las siguientes maneras

Si carga los documentos en su cuenta, incluya todos los materiales y la documentación correspondiente en un único archivo PDF. Si los envía por el Servicio Postal de los Estados Unidos (United States Postal Service, USPS), incluya todos los materiales y la documentación correspondiente en un solo sobre y envíelo por correo certificado.

No envíe documentos originales. Los documentos se conservarán durante un máximo de 60 días y se destruirán después de cargarlos en el Portal del solicitante.

En línea	Correo postal	Fax
Para agilizar el procesamiento, cargue este documento en su cuenta en línea en Espanol.ExploreHealthOR.gov.	c/o Documents Explore Health PO Box 191 Salem, OR 97308	888-705-8691

Explore Health: Mercado de Seguros Médicos de Oregon
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767 (Se aceptan llamadas por servicio de retransmisión)
Espanol.ExploreHealthOR.gov