Iba pang mga format at mga wika
Maaari mong makuha ang dokumentong ito sa ibang mga wika, malalaking titk, braille o sa format na gusto mo, nang libre. Kontakin ang Explore Health sa explorehealth@oha.oregon.gov o 855-268-3767 (sa boses). Tinatanggap namin ang lahat ng relay na tawag.

Sulat ng Paliwanag ng Explore Health

Kung nakatanggap ka ng abiso mula sa Explore Health na nagsasaad na kailangan mong magpadala ng mga dokumento upang maberipika ang impormasyon sa iyong aplikasyon **at** wala kang alinman sa mga dokumentong nakalista sa abiso, maaari kang magsumite ng nakasulat na sulat sa Explore Health upang ipaliwanag kung bakit wala sa iyo ang mga hiniling na dokumento. Mangyaring gamitin ang form na ito upang maibigay ang iyong nakasulat na paliwanag para sa alinman sa mga nawawalang impormasyon sa ibaba:

☐ Katayuan sa (mga) pampublikong programang medikal (ibig sabihin, mga benepisyo ng Oregon Health Plan (OHP), Medicare, o VA)

☐ Taunang kita

☐ Iba pa (hal., pagkumpirma ng katayuan sa pagpapatala bilang Amerikanong Indiyano o Katutubo ng Alaska, pagkumpirma ng isang pangyayari sa buhay, pagkamatay)

Kumpletuhin ang Hakbang 1 at bawat Apendise lamang ng form na ito para sa impormasyong nawawala sa iyo. Mangyaring isama ang lahat ng may kaugnayang impormasyong kinakailangan upang masuportahan ang iyong paliwanag upang kumpirmahin ang katayuan ng pagsaklaw.

Hakbang 1: Impormasyon sa pakikipag-ugnayan

Ibigay ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa Pangunahing Aplikante sa iyong aplikasyon sa Explore Health.

ID sa Aplikasyon: _____

Makikita mo ang numerong ito sa itaas ng sulat na natanggap mo mula sa Explore Health o sa iyong online account.

Pangalan (Pangalan, Gitnang Pangalan, Apelyido): _____

Petsa ng Kapanganakan (bb/aa/tttt): _____

Email: _____

Apendise A: (Mga) pampublikong programang medikal

Kumpletuhin ang seksyong ito kung kailangan mong beripikahin ang iyong katayuan sa pagpapatala sa isang pampublikong programang medikal.

Kasalukuyan ka bang may Medicare Part B (Medikal na Seguro), ngunit hindi ka karapat-dapat para sa walang premium na Medicare Part A (Seguro sa Ospital)? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, anong petsa nagsimula ang iyong Part B (bb/aa/tttt)? _____

Dati ka bang may pagsaklaw ng Medicare Part A? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, anong petsa nagwakas ang pagsaklaw sa iyo ng Part A (bb/aa/tttt)? _____

Nagkaroon ka ba ng Medicare dahil sa isang kapansanan, ngunit hindi ka na nakatala? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, anong petsa nagwakas ang pagsaklaw ng Medicare sa iyo (bb/aa/tttt)? _____

Nagkaroon ka na ba dati ng pagsaklaw sa kalusugan ng TRICARE? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, anong petsa nagwakas ang iyong TRICARE (bb/aa/tttt)? _____

Nagkaroon ka na ba dati ng pagsaklaw sa kalusugan ng Peace Corps? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, anong petsa nagwakas ang iyong pagsaklaw (bb/aa/tttt)? _____

Nagkaroon ka na ba dati ng pagsaklaw sa kalusugan ng Departamento ng mga Ugnayang Pangbeterano? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, anong petsa nagwakas ang iyong pagsaklaw (bb/aa/tttt)? _____

Isama at ilakip ang kahit gaano karaming pahina kung kinakailangan, at ipaliwanag kung bakit hindi mo maipapadala ang mga hiniling na dokumentong nagkukumpirma sa iyong katayuan sa pagsaklaw sa ibaba:

Apendise B: Taunang Kita

Kumpletuhin ang seksyong ito kung kailangan mong beripikahin ang taunang kita ng iyong sambahayan.

Mahalagang tala: Ang taunang kita na iyong ilalagay ay dapat tumugma sa kita na iyong iniulat sa iyong aplikasyon sa Explore Health. Kung hindi, mangyaring i-update ang iyong aplikasyon sa Explore Health.

Tandaan: Mahalagang maglagay ng tumpak na pagtantya sa kita sa iyong aplikasyon sa Explore Health. Kung ang kitang inilagay mo sa iyong aplikasyon ay mas mababa kaysa sa kitang iniulat mo sa iyong mga buwis sa katapusan ng taon, maaaring kailanganin mong bayaran ang ilan o lahat ng mga Paunang Kredito sa Premium ng Buwis (Advance Premium Tax Credits, APTC) na ginamit mo noong naghain ka ng iyong mga buwis. Kung magbago ang iyong tinantyang kita sa loob ng isang taon, i-update kaagad ang iyong aplikasyon gamit ang impormasyong ito.

Tinatayang Kita ng Sambahayan (Halaga): $ _____

Taon (hal., 2027): _____

Isama at ilakip ang kahit gaano karaming pahina kung kinakailangan, at ipaliwanag kung bakit hindi mo maipapadala ang mga hiniling na dokumentong kumukumpirma sa iyong kita sa ibaba:

Apendise C: Iba Pa

Kumpletuhin ang seksyong ito kung nakatanggap ka ng anumang iba pang uri ng Data Matching Issue (DMI) (hal., pagkumpirma sa katayuan sa pagpapatala bilang Amerikanong Indiyano o Katutubo ng Alaska, pagkumpirma ng isang pangyayari sa buhay, pagkamatay) at kailangang ipaliwanag kung bakit hindi mo maibigay ang hiniling na dokumentasyon.

Isama at ilakip ang kahit gaano karaming pahina kung kinakailangan, at ipaliwanag kung bakit hindi mo maipapadala ang mga hiniling na dokumento sa ibaba:

- Nauunawaan ko na ang mga pagbabago sa bilang ng mga tao sa aking sambahayan, address, kita, o iba pang mga detalye ay maaaring makaapekto sa pagiging karapat-dapat ko o ng aking sambahayan para sa mga partikular na benepisyo. Nauunawaan ko na mayroon akong 30 araw upang ipaalam sa Explore Health kung may anumang pagbabago sa impormasyon sa aking aplikasyon.

- Nauunawaan ko na ang mga sagot sa form na ito ay ginagamit lamang upang malaman kung makakatanggap ako ng pagsaklaw o tulong pinansyal. Kinikilala ko na beberipikahin ng Explore Health ang aking mga sagot sa mga database ng Explore Health at sa mga database ng pederal o estado. Sumasang-ayon ako na maaaring gamitin ang aking impormasyon upang suriin ang mga detalye sa aking aplikasyon. Kinukumpirma ko na mayroon akong pahintulot mula sa lahat ng kasama sa aplikasyon na ito na gamitin ang kanilang impormasyon para sa layuning ito.

- Nilalagdaan ko ang form na ito nang may parusa kung nagsinungaling. Ibig sabihin, sa abot ng aking kaalaman, nagbigay ako ng totoo, tama, at kumpletong mga sagot sa lahat ng tanong sa form na ito. Alam ko na sa ilalim ng pederal na batas, kung magbibigay ako ng hindi tama at/o hindi totoong impormasyon ay maaari akong mapailalim sa mga parusa at/o managot sa mga sobrang bayad.

Lagda ng Pangunahing Aplikante: _____

Petsa ng Paglagda (bb/aa/tttt): _____

Nakasulat na Pangalan: _____

Hakbang 2: Isumite ang iyong nakumpletong form sa isa sa mga sumusunod na paraan

Mangyaring isama ang lahat ng materyales at kaugnay na dokumentasyon sa loob ng isang PDF kung ia-upload mo ito sa iyong account. Kung magpapadala gamit ang USPS, mangyaring isama ang lahat ng materyales at kaugnay na dokumento sa loob ng isang sobre at ipadala sa pamamagitan ng sertipikadong koreo.

Huwag magpadala ng mga orihinal, walang dokumentong itatago nang higit sa 60 araw at sisirain pagkatapos ma-upload sa Portal ng Aplikante.

Online	Koreo	Fax
Para sa mas mabilis na pagproseso, i-upload ang dokumentong ito sa iyong online account sa 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 (Tinatanggap ang mga relay na tawag)
ExploreHealthOR.gov