其他格式及語言

您可以免費獲取本文件其他語言、大字體、盲文或您首選格式的版本。如欲聯絡 Explore Health，可發送電郵至 explorehealth@oha.oregon.gov 或致電 855-268-3767 (語音) 。我們接受所有轉駁電話。

Explore Health 說明函

若您收到 Explore Health 的通知，指您需要提交文件以核實申請資料，**而**您未能提供通知書上所載的任何文件，您可向 Explore Health 提交書面說明，闡述為何未能提供所需文件。請使用本表格，就以下任何缺失資料提供書面解釋：

☐ 公共醫療計劃（即俄勒岡州健康計劃 (OHP)、Medicare 或 VA 福利）狀態

☐ 年度收入

☐ 其他（例如確認美洲印第安人或阿拉斯加原住民的登記身份、確認生活事件、身亡）

請完成第 1 步，並僅填寫此表格中與您缺失資料相關的各個附錄。請包括所有必要相關資料，以支持您的解釋，從而確認承保狀態。

第 1 步：聯絡資料

提供您 Explore Health 申請表上主要申請者的聯絡資料。

申請者 ID：_____

此編號可於 Explore Health 發出的信函頂部，或您的網上帳戶內找到。

姓名（名字、中間名、姓氏）：_____

出生日期（月月/日日/年年年年）：_____

電郵：_____

附錄 A：公共醫療計劃

如果需要核實公共醫療計劃的投保狀況，請填寫此部分。

您目前是否擁有 Medicare B 部分（醫療保險），但不符合免保費 Medicare A 部分（醫院保險）的資格？	☐ 是 ☐ 否
如是，您的 B 部分從哪日開始（月月/日日/年年年年）？	
您之前是否擁有 Medicare A 部分承保？	☐ 是 ☐ 否
如是，您的 A 部分保險於哪日結束（月月/日日/年年年年）？	
您是否曾因殘疾而參加 Medicare，但現已沒有投保？	☐ 是 ☐ 否
如是，您的 Medicare 保險於哪日結束（月月/日日/年年年年）？	
您是否曾透過 TRICARE 獲享醫療保險？	☐ 是 ☐ 否
如是，您的 TRICARE 於哪日結束（月月/日日/年年年年）？	
您是否曾透過 Peace Corps 獲享醫療保險？	☐ 是 ☐ 否
如是，您的保險於哪日結束（月月/日日/年年年年）？	
您是否曾透過退伍軍人事務部獲享醫療保險？	☐ 是 ☐ 否
如是，您的保險於哪日結束（月月/日日/年年年年）？	

按需要附加額外頁數，並在下方說明為何未能提交所要求文件以核實您的保險狀況：

附錄 B：年度收入

如要核實年度家庭總收入，請填寫此部分。

重要事項：您填寫的年度收入必須與 Explore Health 申請表上申報的收入一致。如不一致，請更新您的 Explore Health 申請資料。

請記住：在 Explore Health 申請表上填寫準確的收入估算很重要。若您在申請表上填寫的收入低於年終報稅時申報的收入，您可能在報稅時需要退還部分或全部已使用的預付保費稅務優惠 (APTC)。如您的估算收入在年內有變，請立即更新申請表上的資料。

估算家庭收入（金額）： $ _____

年份（例如 2027 年）： _____

按需要附加額外頁數，並在下方說明為何未能提交所要求文件以核實您的收入：

附錄 C：其他

如您收到任何其他類型的數據核對問題 (DMI)（例如確認美洲印第安人或阿拉斯加原住民的投保身份、確認生活事件、身亡），並需要解釋為何未能提供所要求的文件，請填寫此部分。

按需要附加額外頁數，並在下方說明為何未能提交所要求文件：

- 我明白，我的家庭人數、地址、收入或其他細節的變更，可能會影響我或我家庭獲得特定福利的資格。我明白，如果我的申請資料有任何變更，我須在 30 天內通知 Explore Health。

- 我明白，此表格上的答案僅用於判斷我是否可獲承保或經濟援助。我知悉 Explore Health 將在 Explore Health 數據庫以及聯邦或州數據庫中，核實我的回應。我同意我的資料可能用於檢查申請詳情。我確認已獲申請表上所有人士的同意，可將其資料用於此目的。

- 我是在知悉偽證罪之處罰下簽署本表格。這代表我已據我所知，我對本表格的所有問題都已提供真實、正確及完整的答案。我知道根據聯邦法律，如果我提供虛假及／或不實資料，我可能會受處罰及／或承擔超額付款的責任。

主要申請者簽署：

簽署日期（月月/日日/年年年年）：

正楷姓名：

第 2 步：透過以下方式之一提交填妥的表格

如您選擇上載至帳戶，請將所有資料及相關文件合併為一個 PDF 檔案。若透過 USPS 郵寄，請將所有資料及相關文件放入一個信封內，並以掛號郵件寄出。

請勿寄送正本，任何文件保存時間不超過 60 天，並將在上載至申請者入口網站後銷毀。

網上

為了加快處理，請在 ExploreHealthOR.gov 的網上帳戶中上載此文件。

郵件

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

傳真

888-705-8691

Explore Health: Oregon’s Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767（接聽轉駁來電）
ExploreHealthOR.gov