Інші формати та мови
Ви можете безкоштовно отримати цей документ іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або в іншому зручному для вас форматі. Зверніться до Explore Health за адресою explorehealth@oha.oregon.gov або 855-268-3767 (голосовий зв'язок). Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

Пояснювальний лист Explore Health

Якщо Ви отримали повідомлення від Explore Health про необхідність надіслати документи для підтвердження інформації, вказаної у Вашій заявці, **але** у Вас немає жодного з документів, перелічених у повідомленні, Ви можете надіслати до Explore Health письмове пояснення причин відсутності необхідних документів. Скористайтеся цією формою, щоб надати письмове пояснення щодо відсутньої інформації, наведеної нижче:

☐ Статус державної(-их) медичної(-их) програми (програм) (наприклад, Oregon Health Plan (OHP), Медичне страхування для пенсіонерів або пільги для ветеранів)

☐ Річний дохід

☐ Інше (наприклад, підтвердження статусу учасника як американського індіана або корінного жителя Аляски, підтвердження життєвої події, смерті)

Виконайте Крок 1 і заповніть лише кожен Додаток до цієї форми, якщо в ньому відсутня необхідна інформація. Будь ласка, вкажіть всю необхідну інформацію, яка підтверджує Ваше пояснення та статус страхового покриття.

Крок 1: Контактна інформація

Надайте контактну інформацію про основного заявника у своїй заявці Explore Health.

Ідентифікатор заявки: _____

Цей номер можна знайти у верхній частині листа, який Ви отримали від Explore Health, або у Вашому онлайн-акаунті.

П. І. Б. (прізвище, ім'я, по батькові): _____

Дата народження (мм/дд/рррр): _____

Ел. пошта: _____

Додаток А: Державна медична програма (Державні медичні програмі)

Заповніть цей розділ, якщо Вам потрібно підтвердити свій статус учасника в державній медичній програмі.

Чи маєте Ви зараз страхування Medicare Part B (медичне страхування), але не маєте права на страхування Medicare Part A (страхування лікарняних витрат) без сплати страхового внеску? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, з якої дати розпочалося Ваше страхування за Part B (мм/дд/рррр)? _____

Чи мали Ви раніше страхове покриття Medicare Part A? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, з якої дати припинилося Ваше страхове покриття Part A (мм/дд/рррр) _____

Чи мали Ви страхування за програмою Medicare у зв'язку з інвалідністю, але більше не зареєстровані в цій програмі? ☐ Так ☐ Ні
Якщо так, з якої дати припинилося Ваше страхове покриття Medicare (мм/дд/рррр)? _____

Чи мали Ви коли-небудь медичне страхування за програмою TRICARE? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, з якої дати припинилося Ваше страхове покриття TRICARE (мм/дд/рррр)? _____

Чи мали Ви коли-небудь медичне страхування через програму Корпус миру (Peace Corps)? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, з якої дати припинилося Ваше страхове покриття (мм/дд/рррр)? _____

Чи мали Ви коли-небудь медичне страхування через Міністерство у справах ветеранів США? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, з якої дати припинилося Ваше страхове покриття (мм/дд/рррр)? _____

Додайте стільки сторінок, скільки необхідно, та нижче поясніть, чому Ви не можете надати необхідні документи, які підтверджують статус Вашого страхового покриття:

Додаток B: Річний дохід

Заповніть цей розділ, якщо Вам необхідно підтвердити річний дохід Вашого домогосподарства.

Важлива примітка: Ваш вказаний річний дохід має збігатися з доходом, зазначеним у Вашій заявці на участь у програмі Explore Health. Якщо він не збігається, оновіть свою заявку на участь у програмі Explore Health.

Пам'ятайте: Важливо вказувати точну оцінку доходу у Вашій заяві на участь у програмі Explore Health. Якщо дохід, зазначений Вами у заявці, буде нижчим за дохід, який Ви вкажете у своїй податковій декларації наприкінці року, під час подання податкової декларації Вам, можливо, доведеться повернути частину або всю суму авансових податкових пільг на сплату страхових внесків (APTC), якими Ви скористалися. Якщо протягом року Ваш передбачуваний дохід зміниться, негайно оновіть цю інформацію у своїй заявці.

Передбачуваний дохід домогосподарства (сума): $ _____

Рік (наприклад, 2027): _____

Додайте стільки сторінок, скільки необхідно, та нижче поясніть, чому Ви не можете надати необхідні документи, що підтверджують Ваш дохід:

Додаток C: Інше

Заповніть цей розділ, якщо у Вас виникли будь-які інші проблеми зі збігом даних (DM) (наприклад, підтвердження статусу реєстрації як індіанського корінного населення або корінного населення Аляски, підтвердження життєвої події, смерті) і Вам необхідно пояснити, чому Ви не можете надати необхідні документи.

Додайте стільки сторінок, скільки необхідно, та нижче поясніть, чому Ви не можете надати необхідні документи:

- Я розумію, що зміни в кількості осіб у моєму домогосподарстві, адресі, доході або інших даних можуть вплинути на моє право або право мого домогосподарства на отримання певних пільг. Я розумію, що маю 30 днів, щоб повідомити Explore Health про будь-які зміни в інформації, зазначеній у моїй заявці.

- Я розумію, що відповіді в цій формі використовуються лише для того, щоб визначити, чи можу я отримати медичне страхування або фінансову допомогу. Я підтверджую, що Explore Health перевірятиме мої відповіді у базах даних Explore Health, а також у федеральних базах даних та базах даних штату. Я погоджуюся з тим, що моя інформація може бути використана для перевірки даних, вказаних у моїй заявці. Я підтверджую, що маю дозвіл від усіх осіб, включених до цієї заявки, на використання їхньої інформації для цієї мети.

- Я підписую цю форму, усвідомлюючи відповідальність за надання завідомо неправдивих відомостей. Це означає, що, наскільки мені відомо, я надав(-ла) правдиві, точні та повні відповіді на всі запитання в цій формі. Я знаю, що згідно з федеральним законодавством, у разі надання неправдивої та/або недостовірної інформації я можу бути притягнутий(-а) до відповідальності та/або зобов'язаний(-а) повернути надміру виплачені кошти.

Підпис основного заявника: _____

Дата підписання (мм/дд/рррр): _____

П. І. Б. друкованими літерами: _____

Крок 2: Надішліть заповнену форму одним із наведених нижче способів

При завантаженні у свій обліковий запис, будь ласка, об'єднайте всі матеріали та супутню документацію в один PDF-файл. При надсиланні поштою США (USPS) будь ласка, об'єднайте всі матеріали та супутню документацію в один конверт і надішліть рекомендованим листом.

Будь ласка, не надсилайте оригінали документів. Документи зберігаються не більше 60 днів і будуть знищені після завантаження до порталу заявника.

Он лайн	Поштова адреса	Факс
Для швидшої обробки завантажте цей документ у свій онлайн-акаунт на сайті 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 (дзвінки через службу ретрансляції приймаються)
ExploreHealthOR.gov