Các định dạng và ngôn ngữ khác
Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng các ngôn ngữ khác, bản in chữ lớn, chữ nổi braille hoặc định dạng quý vị muốn hoàn toàn miễn phí. Liên lạc với Explore Health theo địa chỉ explorehealth@oha.oregon.gov hoặc 855-268-3767 (thoại). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.

Thư giải trình của Explore Health

Nếu quý vị nhận được thông báo từ Explore Health cho biết quý vị cần gửi tài liệu để xác minh thông tin trong đơn đăng ký của mình **và** quý vị không có bất kỳ tài liệu nào được liệt kê trong thông báo, quý vị có thể gửi thư giải trình cho Explore Health để giải thích lý do quý vị không có các tài liệu được yêu cầu. Vui lòng sử dụng mẫu này để cung cấp phần giải trình bằng văn bản của quý vị về bất kỳ thông tin nào còn thiếu dưới đây:

☐ Tình trạng tham gia (các) chương trình bảo hiểm y tế công (ví dụ: Chương trình Y tế Oregon (Oregon Health Plan, OHP), Medicare hoặc phúc lợi VA)

☐ Thu nhập hàng năm

☐ Khác (ví dụ: xác nhận tình trạng ghi danh là Người Mỹ Bản địa hoặc Người bản địa Alaska, xác nhận một sự kiện trong đời, tử vong)

Hoàn thành Bước 1 và chỉ hoàn thành từng Phụ lục của mẫu này tương ứng với thông tin quý vị còn thiếu. Vui lòng cung cấp tất cả thông tin liên quan cần thiết để hỗ trợ phần giải trình của quý vị nhằm xác nhận tình trạng bảo hiểm.

Bước 1: Thông tin liên lạc

Cung cấp thông tin liên lạc của Người nộp đơn chính trong đơn đăng ký Explore Health của quý vị.

ID Đơn đăng ký: _____

Quý vị có thể tìm thấy số này ở đầu thư quý vị nhận được từ Explore Health hoặc trong tài khoản trực tuyến của quý vị.

Họ tên (Tên, Tên đệm, Họ): _____

Ngày sinh (tháng/ngày/năm): _____

Thư điện tử: _____

Phụ lục A: (Các) chương trình bảo hiểm y tế công

Hoàn thành phần này nếu quý vị cần xác minh tình trạng ghi danh của mình trong một chương trình bảo hiểm y tế công.

Hiện tại quý vị có Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế), nhưng không hội đủ điều kiện nhận Medicare Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) không phải trả phí bảo hiểm không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, Phần B của quý vị bắt đầu vào ngày nào (tháng/ngày/năm)? _____

Trước đây quý vị có bảo hiểm Medicare Phần A không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, bảo hiểm Phần A của quý vị kết thúc vào ngày nào (tháng/ngày/năm)? _____

Quý vị có Medicare do tình trạng khuyết tật, nhưng hiện không còn ghi danh không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, bảo hiểm Medicare của quý vị kết thúc vào ngày nào (tháng/ngày/năm)? _____

Quý vị đã từng có bảo hiểm sức khỏe thông qua TRICARE không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, TRICARE của quý vị kết thúc vào ngày nào (tháng/ngày/năm)? _____

Quý vị đã từng có bảo hiểm y tế thông qua Peace Corps chưa? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, bảo hiểm của quý vị kết thúc vào ngày nào (tháng/ngày/năm)? _____

Quý vị đã từng có bảo hiểm y tế thông qua Bộ Cựu chiến binh chưa? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, bảo hiểm của quý vị kết thúc vào ngày nào (tháng/ngày/năm)? _____

Đính kèm bao nhiêu trang tùy theo nhu cầu và giải thích bên dưới lý do quý vị không thể gửi các tài liệu được yêu cầu để xác nhận tình trạng bảo hiểm của mình:

Phụ lục B: Thu nhập hàng năm

Hoàn thành phần này nếu quý vị cần xác minh thu nhập hộ gia đình hàng năm của mình.

Lưu ý quan trọng: Thu nhập hàng năm quý vị nhập phải khớp với thu nhập quý vị đã khai trong đơn đăng ký Explore Health. Nếu không khớp, vui lòng cập nhật đơn đăng ký Explore Health của quý vị.

Hãy nhớ: Điều quan trọng là phải nhập ước tính thu nhập chính xác trong đơn đăng ký Explore Health của quý vị. Nếu thu nhập quý vị nhập trong đơn đăng ký thấp hơn thu nhập quý vị khai thuế vào cuối năm, quý vị có thể phải hoàn trả một phần hoặc toàn bộ các Khoản tín dụng thuế phí bảo hiểm trả trước (APTC) mà quý vị đã sử dụng khi khai thuế. Nếu thu nhập ước tính của quý vị thay đổi trong năm, hãy cập nhật ngay thông tin này trong đơn đăng ký của quý vị.

Thu nhập hộ gia đình ước tính (Số tiền): $ _____

Năm (ví dụ: 2027): _____

Đính kèm bao nhiêu trang tùy theo nhu cầu và giải thích bên dưới lý do quý vị không thể gửi các tài liệu được yêu cầu để xác nhận thu nhập của mình:

Phụ lục C: Khác

Hoàn thành phần này nếu quý vị nhận được bất kỳ loại Vấn đề đối chiếu dữ liệu (DMI) nào khác (ví dụ: xác nhận tình trạng ghi danh là Người Mỹ Bản địa hoặc Người bản địa Alaska, xác nhận một sự kiện trong đời, tử vong) và cần giải thích lý do quý vị không thể cung cấp tài liệu được yêu cầu.

Đính kèm bao nhiêu trang tùy theo nhu cầu và giải thích bên dưới lý do quý vị không thể gửi các tài liệu được yêu cầu:

- Tôi hiểu rằng những thay đổi về số người trong hộ gia đình, địa chỉ, thu nhập hoặc các thông tin khác có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện nhận các quyền lợi cụ thể của tôi hoặc hộ gia đình tôi. Tôi hiểu rằng tôi có 30 ngày để thông báo cho Explore Health nếu bất kỳ thông tin nào trong đơn đăng ký của tôi thay đổi.

- Tôi hiểu rằng các câu trả lời trên mẫu này chỉ được sử dụng để xem tôi có thể nhận bảo hiểm hoặc hỗ trợ tài chính hay không. Tôi xác nhận Explore Health sẽ xác minh các câu trả lời của tôi trong cơ sở dữ liệu của Explore Health và trong cơ sở dữ liệu liên bang hoặc tiểu bang. Tôi đồng ý rằng thông tin của tôi có thể được sử dụng để kiểm tra các chi tiết trong đơn đăng ký của tôi. Tôi xác nhận rằng tôi được mọi người có tên trong đơn đăng ký này cho phép sử dụng thông tin của họ cho mục đích này.

- Tôi ký mẫu này và chịu trách nhiệm theo hình phạt về tội khai man. Điều đó có nghĩa là, theo những gì tôi biết, tôi đã đưa ra các câu trả lời trung thực, chính xác và đầy đủ cho tất cả các câu hỏi trên mẫu này. Tôi biết rằng theo luật liên bang, nếu tôi cung cấp thông tin sai và/hoặc không đúng sự thật, tôi có thể phải chịu hình phạt và/hoặc chịu trách nhiệm đối với các khoản thanh toán vượt mức.

Chữ ký của Người nộp đơn chính: _____

Ngày ký (tháng/ngày/năm): _____

Tên viết chữ in hoa: _____

Bước 2: Gửi mẫu đã điền đầy đủ của quý vị theo một trong những cách sau

Vui lòng gộp tất cả tài liệu và giấy tờ liên quan vào một tệp PDF nếu quý vị tải lên tài khoản của mình. Nếu gửi qua USPS, vui lòng cho tất cả tài liệu và giấy tờ liên quan vào một phong bì và gửi bằng thư bảo đảm.

Vui lòng không gửi bản gốc, không tài liệu nào được lưu giữ quá 60 ngày và sẽ bị tiêu hủy sau khi được tải lên Cổng nộp đơn.

Trực tuyến	Qua đường bưu điện	Fax
Để được xử lý nhanh hơn, hãy tải tài liệu này lên tài khoản trực tuyến của quý vị tại 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 (Chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp)
ExploreHealthOR.gov