تنسيقات ولغات اخرى

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر مجانًا. يمكنك التواصل مع Explore Health عبر البريد الإلكتروني explorehealth@oha.oregon.gov أو الاتصال بالهاتف على الرقم 855-268-3767 (مكالمة صوتية). نقبل جميع مكالمات الترحيل.

خطاب توضيحي: الدخل السنوي للأسرة

استخدم هذا النموذج إذا كنت قد تقدمت بطلب للحصول على تغطية عبر Explore Health، واستلمت خطابًا يفيد بضرورة إرسال مستندات لإثبات الدخل السنوي لأسرتك، ولكنك لا تمتلك أيًا من المستندات المقبولة المحددة في القائمة. تفضل بزيارة ExploreHealthOR.gov/Verify لعرض قائمة بالمستندات المقبولة.

الخطوة الأولى: معلومات مقدم الطلب الأساسي

الرقم التعريفي للطلب: _____

يمكنك العثور على هذا الرقم في أعلى الخطاب الذي استلمته من Explore Health أو عبر حسابك عبر الإنترنت.

الاسم (الأول، الأوسط، اسم العائلة): _____

تاريخ الميلاد (mm/dd/yyyy): _____

البريد الإلكتروني: _____

الخطوة الثانية: الإقرار

أتوقع أن يكون الدخل السنوي لأسرتي: $ _____

عن العام: _____

مصدر هذا الدخل هو: _____

لا أمتلك أي وثائق أخرى لإثبات هذا الدخل للسبب (الأسباب) التالي:

- أفهم بأن أي تغييرات تطرأ على عدد أفراد أسرتي، أو عنواني، أو دخلي، أو أي تفاصيل أخرى قد تؤثر على أهليتي أو أهلية أسرتي للحصول على إعانات محددة. أفهم أن أمامي 30 يومًا لإبلاغ Explore Health بأي تغيير في معلومات طلبي.

- أفهم أن الإجابات المذكورة في هذا النموذج تُستخدم فقط لمعرفة ما إذا كان بإمكاني الحصول على تغطية أو مساعدة مالية. أقرّ بأن Explore Health ستقوم بالتحقق من إجاباتي ومطابقتها عبر قواعد البيانات الخاصة بها، وكذلك عبر قواعد البيانات الفيدرالية أو الخاصة بالولاية. أوافق على استخدام معلوماتي للتحقق من التفاصيل الواردة في طلبي. أؤكد أنني حصلت على إذن من جميع الأشخاص المدرجين في هذا الطلب لاستخدام معلوماتهم لهذا الغرض.

- أوقع هذا النموذج تحت طائلة عقوبة شهادة الزور. هذا يعني، على حد علمي، أنني قدمت إجابات صحيحة ودقيقة وكاملة لجميع الأسئلة الواردة في هذا النموذج. إني أدرك بأنني قد أكون عرضة للعقوبات و/أو أكون مسؤولاً عن إعادة الدفعات الزائدة بموجب القانون الفيدرالي إذا قدمت معلومات خاطئة و/أو غير صحيحة.

توقيع مقدم الطلب الأساسي: _____

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة): _____

الاسم بخط واضح: _____

الخطوة الثالثة: أرسل النموذج المُكتمل بإحدى الطرق التالية

يُرجى عدم إرسال المستندات الأصلية؛ حيث إنه لا يُحتفظ بأي مستندات لمدة تزيد عن 60 يومًا، وستُتلف فور تحميلها على Applicant Portal (بوابة مقدم الطلب).

عبر الإنترنت	البريد	الفاكس
للحصول على معالجة أسرع، حمّل هذا المستند في حسابك عبر الإنترنت على موقع 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 (تُقبل مكالمات الترحيل)

ExploreHealthOR.gov