Andere Formate und Sprachen
Sie können dieses Dokument kostenlos in anderen Sprachen, als Großdruck, in Brailleschrift oder in einem von Ihnen bevorzugten Format erhalten. Wenden Sie sich unter explorehealth@oha.oregon.gov oder 855-268-3767 (Telefon) an Explore Health. Wir nehmen alle Anrufe über Relay-Dienste an.

Erläuterungsschreiben: Jährliches Haushaltseinkommen

Verwenden Sie dieses Formular, wenn Sie über Explore Health eine Krankenversicherung beantragt und ein Schreiben erhalten haben, in dem Sie aufgefordert werden, Unterlagen zum Nachweis Ihres jährlichen Haushaltseinkommens einzureichen, Sie jedoch über keine der in dem Schreiben aufgeführten zulässigen Unterlagen verfügen. Besuchen Sie ExploreHealthOR.gov/Verify, um eine Liste der zulässigen Unterlagen anzuzeigen.

Schritt 1: Angaben zur primären antragstellenden Person

Antrags-ID: _____

Sie finden diese Nummer oben auf dem Schreiben, das Sie von Explore Health erhalten haben, oder in Ihrem Online-Konto.

Name (Vorname, zweiter Vorname, Nachname): _____

Geburtsdatum (MM/TT/JJJJ): _____

E-Mail-Adresse: _____

Schritt 2: Bestätigung

Mein erwartetes jährliches Haushaltseinkommen beträgt: $ _____

Für das Jahr: _____

Die Quelle dieses Einkommens ist: _____

Aus folgendem Grund bzw. aus folgenden Gründen verfüge ich über keine weiteren Unterlagen zu diesem Einkommen:

- Ich verstehe, dass Änderungen der Anzahl der Personen in meinem Haushalt, meiner Adresse, meines Einkommens oder anderer Angaben meine Anspruchsberechtigung oder die Anspruchsberechtigung meines Haushalts auf bestimmte Leistungen beeinflussen können. Ich verstehe, dass ich Explore Health innerhalb von 30 Tagen informieren muss, wenn sich Angaben in meinem Antrag ändern.

- Ich verstehe, dass die Angaben in diesem Formular ausschließlich dazu verwendet werden, festzustellen, ob ich Anspruch auf Versicherungsschutz oder finanzielle Unterstützung habe. Ich bestätige, dass Explore Health meine Angaben in den Datenbanken von Explore Health sowie in Datenbanken des Bundes oder der Bundesstaaten überprüfen wird. Ich stimme zu, dass meine Angaben zur Überprüfung der Angaben in meinem Antrag verwendet werden dürfen. Ich bestätige, dass ich von allen in diesem Antrag aufgeführten Personen die Erlaubnis habe, ihre Angaben für diesen Zweck zu verwenden.

- Ich unterzeichne dieses Formular unter Strafandrohung wegen Meineids. Das bedeutet, dass ich alle Fragen in diesem Formular meines Wissens nach wahrheitsgemäß, richtig und vollständig beantwortet habe. Mir ist bewusst, dass ich nach Bundesrecht mit Strafen belegt werden und/oder zur Rückzahlung zu viel gezahlter Beträge verpflichtet sein kann, wenn ich falsche und/oder unwahre Angaben mache.

Unterschrift der primären antragstellenden Person: _____

Datum der Unterschrift (MM/TT/JJJJ): _____

Name in Druckbuchstaben: _____

Schritt 3: Reichen Sie das ausgefüllte Formular auf eine der folgenden Arten ein

Bitte senden Sie keine Originale. Dokumente werden nicht länger als 60 Tage aufbewahrt und nach dem Hochladen in das Antragsportal vernichtet.

Online	**Post**	**Fax**
Für eine schnellere Bearbeitung laden Sie dieses Dokument in Ihrem Online-Konto unter ExploreHealthOR.gov hoch.	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 (Anrufe über einen Relay-Dienst werden angenommen)
ExploreHealthOR.gov