その他のフォーマットと言語
この文書は他の言語、大活字、点字またはご希望の形式にて無料で入手することができます。Explore Health（explorehealth@oha.oregon.govまたは855-268-3767［音声］）までお問い合わせください。すべてのリレー通話サービスをご利用いただけます。

弁明書：世帯年間所得

Explore Healthを通じて保険を申請し、年間世帯所得を確認するために文書を提出する必要があるとの書簡を受け取り、一覧内の認められる文書のいずれもない場合はこのフォームを使用してください。提出可能な書類の一覧については、ExploreHealthOR.gov/Verify をご覧ください。

ステップ1：主たる申請者情報

申請書ID：

この番号は、Explore Healthから受け取った書簡の上部、またはオンラインアカウントで確認できます。

氏名（ミドルネームを含む）：

生年月日：

メールアドレス：

ステップ2：証明書

私の推定世帯年間所得は以下のとおりです：　$

対象年：

この所得の収入源：

この所得を証明する他の書類を提出できない理由は、以下のとおりです。

- 世帯人数、住所、所得、その他の情報に変更があった場合、私または私の世帯が特定の給付を受ける資格に影響する可能性があることを理解しています。申請書の情報に何らかの変化があった場合、Explore Healthに30日以内に通知しなければならないことを理解しています。

- このフォームの回答は、私が保険に加入できるか、または経済的支援を受けられるかどうかを判断するためのみに使用されることを理解しています。Explore Healthが、Explore Healthのデータベースならびに連邦または州のデータベースを使用して、私の回答内容を確認することを了承します。私の情報が、申請内容を確認するために使用される場合があることに同意します。この申請書に記載されているすべての方から、この目的のためにその方の情報を使用する許可を得ていることを確認します。

- 偽証すれば処罰されるという条件の下で、このフォームに署名します。これは、私の知る限り、このフォームのすべての質問に対し、私の知る限りにおいて真実、正確、および完全な回答をしたことを意味します。連邦法の下、虚偽の情報を提供した場合、罰則を受けるおよび / または過払い金の返還責任を負う場合があることを理解しています。

主たる申請者の署名: _____

署名日（年月日）: _____

氏名（活字体）: _____

ステップ3：記入したフォームは以下のいずれかの方法で提出してください

原文書は送信しないでください。どの書類も60日を超えて保持されることはなく、申請者ポータルにアップロードされた後は廃棄されます。

オンライン

この文書は、ExploreHealthOR.govでご自分のオンラインアカウントからアップロードすると、より迅速に処理されます。

郵送先

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

ファックス

888-705-8691

Explore Health: Oregon’s Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 （リレー通話サービスも対応可能）
ExploreHealthOR.gov