기타 형식 및 언어

본 문서는 다른 언어, 큰 글자, 점자 또는 원하는 형식으로 무료로 받아볼 수 있습니다. Explore Health 에 explorehealth@oha.oregon.gov 또는 855-268-3767 번(음성)으로 문의해 주십시오. 저희는 청각 장애인을 위한 모든 통신중계서비스를 허용합니다.

사유서: 연간 가구 소득 (Letter of Explanation: Annual Household Income)

Explore Health 를 통해 건강보험 가입을 신청하고 연간 가구 소득을 확인하기 위해 서류를 제출해야 한다는 통지서를 받았으나, 목록에 있는 허용되는 서류가 없는 경우 이 양식을 사용하십시오. 허용되는 서류 목록은 ExploreHealthOR.gov/Verify 에서 확인할 수 있습니다.

1 단계: 주 신청인 정보

신청 ID: _____

Explore Health 에서 받은 서신 상단이나 온라인 계정에서 이 번호를 찾을 수 있습니다.

성명(이름, 중간 이름, 성): _____

생년월일(mm/dd/yyyy): _____

이메일: _____

2 단계: 확인 진술(Attestation)

본인의 예상 연간 가구 소득: $ _____

해당 연도: _____

이 소득의 출처: _____

본인에게 이 소득을 증명할 다른 서류가 없는 이유는 다음과 같습니다.

- 본인은 가구 인원수, 주소, 소득 또는 기타 세부 사항의 변경이 본인 또는 본인 가구의 특정 혜택 자격에 영향을 미칠 수 있음을 이해합니다. 본인은 신청서 정보에 변경이 있을 경우 30 일 이내에 Explore Health 에 통지해야 한다는 것을 이해합니다.

- 본인은 이 양식의 답변이 본인이 건강보험 또는 재정 지원을 받을 수 있는지 확인하는 데에만 사용된다는 것을 이해합니다. 본인은 Explore Health 가 Explore Health 데이터베이스 및 연방 또는 주 데이터베이스에서 본인의 답변을 검증할 것임을 인정합니다. 본인은 본인의 정보가 신청서의 세부 사항을 확인하는 데 사용될 수 있음에 동의합니다. 본인은 이 신청서에 포함된 모든 사람으로부터 이러한 목적으로 그들의 정보를 사용하는 데 대한 허락을 받았음을 확인합니다.

- 본인은 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 이 양식에 서명합니다. 이는 본인이 아는 한 본 양식의 모든 질문에 진실하고 정확하며 완전한 답변을 제공했음을 의미합니다. 연방법에 따라 본인이 허위 및/또는 사실이 아닌 정보를 제공할 경우, 본인이 처벌을 받거나 초과 지급액에 대한 책임이 있을 수 있음을 알고 있습니다.

주 신청인 서명: _____

서명일(mm/dd/yyyy): _____

정자체 성명: _____

3 단계: 작성 완료된 양식 제출 방법(다음 중 택일)

원본을 보내지 마십시오. 서류는 60 일 이상 보관되지 않으며, 신청인 포털(Applicant Portal)에 업로드된 후에는 파기됩니다.

온라인

더 빠른 처리를 위해 ExploreHealthOR.gov 의 귀하의 온라인 계정에 이 서류를 업로드해 주십시오.

우편:

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

팩스:

888-705-8691

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767(청각 장애인을 위한 통신중계서비스 이용 환영)
ExploreHealthOR.gov