Другие форматы и языки
Мы готовы бесплатно предоставить вам этот документ в переводе на другие языки, в варианте для слабовидящих (крупным шрифтом или шрифтом Брайля) или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с Explore Health по адресу эл. почты explorehealth@oha.oregon.gov или по телефону 855-268-3767 (голосовая связь). Мы работаем со всеми службами коммутируемых сообщений.

Письмо с разъяснениями: годовой доход домохозяйства

Используйте эту форму, если вы подали заявку на страховку через Explore Health и получили письмо с просьбой предоставить документы, подтверждающие годовой доход вашего домохозяйства, но у вас нет ни одного из перечисленных принимаемых документов. Для ознакомления со списком принимаемых документов посетите веб-сайт ExploreHealthOR.gov/Verify.

Шаг 1. Информация об основном заявителе

Идентификационный номер заявки: _____
Этот номер указан в верхней части письма, полученного от Explore Health, или в вашей учетной записи на сайте.

Ф. И. О. (имя, отчество, фамилия): _____

Дата рождения (мм/дд/гггг): _____

Электронная почта: _____

Шаг 2. Подтверждение

Я ожидаю, что годовой доход моего домохозяйства составит: $ _____

За год: _____

Источник этого дохода: _____

У меня нет других документов, подтверждающих этот доход, по следующим причинам:

- Я понимаю, что изменения количества человек в моем домохозяйстве, изменения адреса, дохода или других данных могут повлиять на мое право или право членов моего домохозяйства на получение определенных пособий. Я понимаю, что у меня есть 30 дней на то, чтобы уведомить Explore Health в случае каких-либо изменений в информации, указанной в моей заявке.

- Я понимаю, что ответы, содержащиеся в этой форме, используются исключительно для того, чтобы определить, могу ли я получить страховое покрытие или финансовую помощь. Я даю согласие на то, чтобы компания Explore Health проверила мои ответы в базах данных Explore Health, а также в федеральных базах данных или базах данных штата. Я даю согласие на использование предоставленной мной информации для проверки сведений, указанных в моей заявке. Я подтверждаю, что у меня есть разрешение от всех лиц, указанных в этой заявке, на использование их данных для этой цели.

- Я подписываю эту форму под страхом наказания за лжесвидетельство. Это означает что, насколько мне известно, я дал(а) правдивые, правильные и полные ответы на все вопросы в этой форме. Я знаю, что согласно федеральному закону, если я предоставляю ложную и (или) недостоверную информацию, то меня могут оштрафовать и (или) привлечь к ответственности за излишние выплаты.

Подпись основного заявителя: _____

Дата подписания (мм/дд/гггг): _____

Имя и фамилия печатными буквами: _____

Шаг 3. Подайте заполненную форму одним из указанных ниже способов

Пожалуйста, не отправляйте оригиналы, все документы хранятся не более 60 дней и уничтожаются после загрузки на портал для заявителей.

Онлайн	**Почта**	**Факс**
Для ускорения обработки загрузите этот документ в свою учетную запись на сайте 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 (принимаются ретрансляционные звонки)
ExploreHealthOR.gov