其他格式和语言

您可免费获取使用其他语言、大号字体、盲文或您首选格式编写的本文件。请发送电子邮件至 explorehealth@oha.oregon.gov 或拨打 855-268-3767（语音电话）联系 Explore Health。我们接受所有中继电话。

情况说明信：家庭年收入

如果您已通过 Explore Health 申请医疗保险，并收到信函要求您提交文件以确认您的家庭年收入，但您无法提供所列的任何可接受文件，请使用此表格。请访问 ExploreHealthOR.gov/Verify 查看可接受文件的清单。

步骤 1：主要申请人信息

申请 ID：_____

您可以在 Explore Health 寄给您的信函顶部或您的在线账户中找到此号码。

姓名（名字、中间名、姓氏）：_____

出生日期（月/日/年）：_____

电子邮箱：_____

步骤 2：声明

我预计我的家庭年收入为：$_____

年份：_____

此收入的来源是：_____

由于以下原因，我没有其他文件可以证明此项收入：

- 我了解，家庭人数、地址、收入或其他信息的变化可能会影响我本人或家庭成员获得特定福利的资格。我了解，如果我的申请信息发生任何变化，我必须在 30 天内通知 Explore Health。

- 我了解，本表格中的回答仅用于确定我是否可以获得医疗保险或经济援助。我知悉，Explore Health 将通过 Explore Health 数据库以及联邦或州政府数据库核实我提供的信息。我同意使用我的信息来核实申请表中的详细信息。我确认，我已获得此申请表中所列每个人的许可，可以将其信息用于此目的。

- 我是在承担伪证罪法律责任的前提下签署此表格。这意味着，据我所知，我对本表格中所有问题提供的回答均真实、准确且完整。我知道，根据联邦法律，如果我提供虚假和/或不实信息，我可能会受到处罚和/或需要偿还多领的款项。

主要申请人签名：_____

签署日期（月/日/年）：_____

楷体姓名：_____

步骤 3：通过以下任一方式提交填写完整的表格

请勿寄送原件。任何文件的保存时间均不会超过 60 天，并将在上传至申请人门户后销毁。

在线	**邮寄**	**传真**
为了更快处理您的申请，请登录 ExploreHealthOR.gov 的在线账户并上传此文件。	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（欢迎使用中继服务来电）
ExploreHealthOR.gov