Qaabab iyo luqado kale
Dukumeentigan waxaad ku heli kartaa luqado kale, far waaweyn, farta Braille-ka ama qaab aad doorbidayso, lacag la'aan. Kala xiriir Explore Health explorehealth@oha.oregon.gov ama 855-268-3767 (cod). Waxaan aqbalnaa dhammaan wicitaanada gudbinta.

Waraaqda Sharraxaadda: Dakhliga Qoyska ee Sanadkii

Isticmaal foomkan haddii aad ku codsatay caymiska Explore Health oo aad heshay waraaq dhahaysa 'waxaad u baahan tahay inaad gudbiso dokumentiyo si aad u xaqiijiso dakhligaaga qoyska ee sanadkii', laakiin aadan haysan wax ka mid ah dokumentiyada la aqbali karo ee qoran. Booqo ExploreHealthOR.gov/Verify si aad u aragto liis ah dokumentiyada la aqbali karo.

Tallaabada 1-aad: Macluumaadka codsadaha muhiimka ah

Aqoonsiga codsiga: _____

Waxaad ka heli kartaa lambarkan xagga sare ee waraaqda aad ka heshay Explore Health ama akoonkaaga onlaynka ah.

Magaca (Magaca Hore, kan Dhexe, kan Dambe): _____

Taariikhda Dhalashada (bb/mm/ssss): _____

Iimeylka: _____

Tallaabada 2-aad: Maragfurka

Waxaan rajaynayaa dakhligayga qoyska ee sanadkii inuu noqdo: $ _____

Marka la eego sanadka: _____

Isha dakhligani waa: _____

Ma haysto caddaymo kale oo dakhligan la xiriira sababta/sababaha soo socda dartood:

- Waan fahamsanahay in isbeddelada ku dhaca tirada dadka qoyskayga, cinwaanka, dakhliga ama faahfaahin kale laga yaabo inay saamayso u qalmitaankayga ama u qalmitaanka qoyskayga ee dheefo khaas ah. Waan fahamsanahay inaan haysto 30 maalmood inaan wargeliyo Explore Health haddii wax iska beddelaan macluumaadka codsigayga.

- Waan fahamsanahay in jawaabaha foomkan kaliya loo isticmaali doono in la ogaado haddii aan heli karo caymis ama caawimo maaliyadeed. Waxaan qirayaa Explore Health inay ka xaqiijin doonaan jawaabayga kayd-xogeedka Explore Health iyo kayd-xogeedyada fadaraalka ama gobolka. Waxaan oggolahay in macluumaadkayga ay dhici karto in loo isticmaalo hubinta faahfaahinta ku qoran codsigayga. Waxaan qirayaa inaan ka haysto oggolaansho cid kasta oo ku jirta codsigan si loogu isticmaalo macluumaadkooda ujeedadan.

- Waxaan saxiixay foomkan aniga oo og ciqaabta ka dhalan karta been-abuurka. Taasi waxay ka dhigan tahay, intii karaankayga ah, waxaan ka bixiyey jawaabo dhab ah, sax ah oo dhammaystiran dhammaan su'aalaha foomkan ku qoran. Waan ogahay sida uu dhigayo sharciga fadaraalku in haddaan bixiyo macluumaad been ah iyo/ama aan run ahayn la igu ciqaabi karo iyo/ama aan masuul ka noqon karo wixii aanan u qalmin ee la i siiyey.

Saxiixa Codsadaha Muhiimka ah: _____

Taariikhda Saxiixa (bb/mm/ssss): _____

Magaca oo Far Waawayn ah: _____

Tallaabada 3-aad: Ku gudbi foomkaaga dhammaystiran mid ka mid ah qaababka soo socda

Fadlan ha dirin nuqulada asalka ah, ma jiraan dokumentiyo la haynayo in ka badan 60 maalmood waana la burburinayaa kadib marka la galiyo Degelka Codsadaha (Applicant Portal).

Onleenka	**Boostada**	**Fakiska**
Si degdeg looga hawlgalo, dokumentigan gali akoonkaaga onlaynka ah ee ExploreHealthOR.gov.	laga helo 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 (Wicitaanada gudbinta waa la oggol yahay)
ExploreHealthOR.gov