Otros formatos e idiomas
Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con Explore Health por correo electrónico a explorehealth@oha.oregon.gov o por teléfono al 855-268-3767 (voz). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

Carta de explicación: Ingreso anual del hogar

Utilice este formulario si solicitó cobertura a través de Explore Health y recibió una carta en la que se le indica que debe presentar documentos para confirmar los ingresos anuales de su hogar, pero no tiene ninguno de los documentos aceptables que se indican. Visite Espanol.ExploreHealthOR.gov/Verificar para consultar la lista de documentos aceptables.

Paso 1: Información del solicitante principal

ID de la solicitud: _____

Puede encontrar este número en la parte superior de la carta que recibió de Explore Health o en su cuenta en línea.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Correo electrónico: _____

Paso 2: Declaración

Preveo que los ingresos anuales de mi hogar serán: $ _____

Para el año: _____

La fuente de estos ingresos es: _____

No dispongo de otra documentación sobre estos ingresos por los siguientes motivos:

- Entiendo que los cambios en la cantidad de personas que componen mi unidad familiar, en mi dirección, mis ingresos u otros datos pueden afectar mi elegibilidad o la de mi unidad familiar para recibir beneficios específicos. Entiendo que dispongo de 30 días para notificar a Explore Health sobre cualquier cambio en la información que figura en mi solicitud.

- Entiendo que las respuestas de este formulario solo se utilizan para determinar si puedo obtener cobertura o ayuda financiera. Reconozco que Explore Health verificará mis respuestas en sus bases de datos y en las bases de datos federales o estatales. Acepto que mi información pueda utilizarse para comprobar los datos de mi solicitud. Confirmo que cuento con el permiso de todas las personas incluidas en esta solicitud para utilizar sus datos con este fin.

- Firmo este formulario bajo pena de perjurio. Esto significa que, a mi leal saber y entender, brindé respuestas verdaderas, correctas y completas a todas las preguntas de este formulario. Conforme a la ley federal, comprendo que, si proporciono información falsa o incorrecta, puedo estar sujeto a sanciones o ser responsable de los sobrepagos.

Firma del solicitante principal: _____

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa): _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Paso 3: Envíe la solicitud completa en cualquiera de las siguientes maneras

No envíe documentos originales. Los documentos se conservarán durante un máximo de 60 días y se destruirán después de cargarlos en el Portal del solicitante.

En línea	Correo postal	Fax
Para agilizar el procesamiento, cargue este documento en su cuenta en línea en ExploreHealthOR.gov.	c/o Documents Explore Health PO Box 191 Salem, OR 97308	888-705-8691

Explore Health: Mercado de Seguros Médicos de Oregon
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767 (Se aceptan llamadas por servicio de retransmisión)
ExploreHealthOR.gov