Iba pang mga format at mga wika
Maaari mong makuha ang dokumentong ito sa ibang mga wika, malalaking titk, braille o sa format na gusto mo, nang libre. Kontakin ang Explore Health sa explore.health@oha.oregon.gov o 855-268-3767 (sa boses). Tinatanggap namin ang lahat ng relay na tawag.

Sulat ng Paliwanag: Taunang Kita ng Sambahayan

Gamitin ang form na ito kung nag-aplay ka para sa pagsaklaw ng Explore Health at nakatanggap ng sulat na nagsasabing kailangan mong magsumite ng mga dokumento upang kumpirmahin ang taunang kita ng iyong sambahayan, ngunit wala kang alinman sa mga katanggap-tanggap na dokumentong nakalista. Bumisita sa ExploreHealthOR.gov/Verify upang makita ang listahan ng mga katanggap-tanggap na dokumento.

Hakbang 1: Impormasyon ng pangunahing aplikante

ID ng Aplikasyon: _____

Makikita mo ang numerong ito sa itaas ng sulat na natanggap mo mula sa Explore Health o sa iyong online account.

Pangalan (Pangalan, Gitnang Pangalan, Apelyido): _____

Petsa ng Kapanganakan (bb/aa/tttt): _____

Email: _____

Hakbang 2: Kumpirmasyon

Inaasahan ko na ang taunang kita ng aking sambahayan ay: $ _____

Para sa taon: _____

Ang pinagmumulan ng kita na ito ay: _____

Wala akong ibang dokumentasyon ng kitang ito para sa mga sumusunod na dahilan:

- Nauunawaan ko na ang mga pagbabago sa bilang ng mga tao sa aking sambahayan, address, kita, o iba pang mga detalye ay maaaring makaapekto sa pagiging karapat-dapat ko o ng aking sambahayan para sa mga partikular na benepisyo. Nauunawaan ko na mayroon akong 30 araw upang ipaalam sa Explore Health kung may anumang pagbabago sa impormasyon sa aking aplikasyon.

- Nauunawaan ko na ang mga sagot sa form na ito ay ginagamit lamang upang malaman kung makatanggap ako ng pagsaklaw o tulong pinansyal. Kinikilala ko na beberipikahin ng Explore Health ang aking mga sagot sa mga database ng Explore Health at sa mga database ng pederal o estado. Sumasang-ayon ako na ang aking impormasyon ay maaaring gamitin upang suriin ang mga detalye sa aking aplikasyon. Kinukumpirma ko na mayroon akong pahintulot mula sa lahat ng kasama sa aplikasyon na ito na gamitin ang kanilang impormasyon para sa layuning ito.

- Nilalagdaan ko ang form na ito nang may parusa kung nagsinungaling. Ibig sabihin, sa abot ng aking kaalaman, nagbigay ako ng totoo, tama, at kumpletong mga sagot sa lahat ng tanong sa form na ito. Alam ko na sa ilalim ng pederal na batas, na kung magbibigay ako ng hindi tama at/o hindi totoong impormasyon, maaari akong mapailalim sa mga parusa at/o managot sa mga sobrang bayad.

Lagda ng Pangunahing Aplikante: _____

Petsa ng Paglagda (bb/aa/tttt): _____

Nakasulat na Pangalan: _____

Hakbang 3: Isumite ang iyong nakumpletong form sa isa sa mga sumusunod na paraan

Mangyaring huwag magpadala ng mga orihinal, hindi itatago ang mga dokumento nang higit sa 60 araw at sisirain pagkatapos ma-upload sa Portal ng Aplikante.

Online

Para sa mas mabilis na pagproseso, i-upload ang dokumentong ito sa iyong online account sa ExploreHealthOR.gov.

Koreo

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

Fax

888-705-8691

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (Tinatanggap ang mga relay na tawag)
ExploreHealthOR.gov