其他格式及語言

您可以免費獲取本文件其他語言、大字體、盲文或您首選格式的版本。如欲聯絡 Explore Health，可發送電郵至 explorehealth@oha.oregon.gov 或致電 855-268-3767 (語音) 。我們接受所有轉駁電話。

說明函：年度家庭收入

若您已透過 Explore Health 申請保險，並收到通知要求您提交文件以確認您的年度家庭總收入，但您未能提供信上所載的任何認可文件，請使用此表格。請瀏覽 ExploreHealthOR.gov/Verify，以查閱可接受文件的清單。

第 1 步：主要申請者資料

申請者 ID：_____

此編號可於 Explore Health 發出的信函頂部，或您的網上帳戶內找到。

姓名（名字、中間名、姓氏）：_____

出生日期（月月/日日/年年年年）：_____

電郵：_____

第 2 步：宣誓聲明

我預計我的年度家庭收入為：$_____

年度：_____

此收入來源為：_____

基於以下原因，我沒有此收入的其他證明文件：

- 我明白，我的家庭人數、地址、收入或其他細節的變更，可能會影響我或我家庭獲得特定福利的資格。我明白，如果我的申請資料有任何變更，我須在 30 天內通知 Explore Health。
- 我明白，此表格上的答案僅用於判斷我是否可獲承保或經濟援助。我知悉 Explore Health 將在 Explore Health 資料庫以及聯邦或州資料庫中，核實我的回應。我同意我的資料可能用於檢查申請詳情。我確認已獲申請表上所有人士的同意，可將其資料用於此目的。
- 我是在知悉偽證罪之處罰下簽署本表格。這代表我已據我所知，我對本表格的所有問題都已提供真實、正確及完整的答案。我知道根據聯邦法律，如果我提供虛假及 / 或不實資料，我可能會受處罰及 / 或承擔超額付款的責任。

主要申請者簽署：_____

簽署日期（月月/日日/年年年年）：_____

正楷姓名：_____

第 3 步：透過以下方式之一提交填妥的表格

請勿寄送正本，任何文件保存時間不超過 60 天，並將在上載至申請者入口網站後銷毀。

網上

為了加快處理，請在 ExploreHealthOR.gov 的網上帳戶中上載此文件。

郵件

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

傳真

888-705-8691

Explore Health: Oregon’s Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767（接聽轉駁來電）
ExploreHealthOR.gov