Інші формати та мови
Ви можете безкоштовно отримати цей документ іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або в іншому зручному для вас форматі. Зверніться до Explore Health за адресою explorehealth@oha.oregon.gov або 855-268-3767 (голосовий зв'язок). Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

Пояснювальний лист: Річний дохід домогосподарства

Скористайтеся цією формою, якщо Ви подали заявку на страхове покриття через програму Explore Health та отримали листа про необхідність подати документи для підтвердження Вашого річного доходу домогосподарства, але у Вас немає жодного з перелічених прийнятних документів. Відвідайте ExploreHealthOR.gov/Verify, щоб переглянути перелік прийнятних документів.

Крок 1: Інформація про основного заявника

Ідентифікатор заявки: _____

Цей номер можна знайти у верхній частині листа, який Ви отримали від Explore Health, або у Вашому онлайн-акаунті.

П. І. Б. (прізвище, ім'я, по батькові): _____

Дата народження (мм/дд/рррр): _____

Ел. пошта: _____

Крок 2: Підтвердження

Я очікую, що річний дохід мого домогосподарства становитиме: $ _____

За рік: _____

Джерело цього доходу: _____

У мене немає інших документів, що підтверджують цей дохід, з наступної(-их) причини(-н):

- Я розумію, що зміни в кількості осіб у моєму домогосподарстві, адресі, доході або інших даних можуть вплинути на моє право або право мого домогосподарства на отримання певних пільг. Я розумію, що маю 30 днів, щоб повідомити Explore Health про будь-які зміни в інформації, зазначеній у моїй заявці.

- Я розумію, що відповіді в цій формі використовуються лише для того, щоб визначити, чи можу я отримати медичне страхування або фінансову допомогу. Я підтверджую, що Explore Health перевірятиме мої відповіді у базах даних Explore Health, а також у федеральних базах даних та базах даних штату. Я погоджуюся з тим, що моя інформація може бути використана для перевірки даних, вказаних у моїй заявці. Я підтверджую, що маю дозвіл від усіх осіб, включених до цієї заявки, на використання їхньої інформації для цієї мети.

- Я підписую цю форму, усвідомлюючи відповідальність за надання завідомо неправдивих відомостей. Це означає, що, наскільки мені відомо, я надав(-ла) правдиві, точні та повні відповіді на всі запитання в цій формі. Я знаю, що згідно з федеральним законодавством, у разі надання неправдивої та/або недостовірної інформації я можу бути притягнутий(-а) до відповідальності та/або зобов'язаний(-а) повернути надміру виплачені кошти.

Підпис основного заявника: _____

Дата підписання (мм/дд/рррр): _____

П. І. Б. друкованими літерами: _____

Крок 3: Надішліть заповнену форму одним із наведених нижче способів

Будь ласка, не надсилайте оригінали документів. Документи зберігаються не більше 60 днів і будуть знищені після завантаження до порталу заявника.

Он лайн	**Поштова адреса**	**Факс**
Для швидшої обробки завантажте цей документ у свій онлайн-акаунт на сайті ExploreHealthOR.gov.	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 (дзвінки через службу ретрансляції приймаються)
ExploreHealthOR.gov