Các định dạng và ngôn ngữ khác
Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng các ngôn ngữ khác, bản in chữ lớn, chữ nổi braille hoặc định dạng quý vị muốn hoàn toàn miễn phí. Liên lạc với Explore Health theo địa chỉ explore.health@oha.oregon.gov hoặc 855-268-3767 (thoại). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.

Thư giải trình: Thu nhập hộ gia đình hàng năm

Sử dụng mẫu này nếu quý vị đã nộp đơn xin bảo hiểm qua Explore Health và nhận được thư cho biết quý vị cần nộp tài liệu để xác nhận thu nhập hộ gia đình hàng năm, nhưng quý vị không có giấy tờ nào thuộc danh sách giấy tờ được chấp nhận. Truy cập ExploreHealthOR.gov/Verify để xem danh sách các tài liệu được chấp nhận.

Bước 1: Thông tin người nộp đơn chính

ID Đơn đăng ký: _____

Quý vị có thể tìm thấy số này ở đầu thư quý vị nhận được từ Explore Health hoặc trong tài khoản trực tuyến của quý vị.

Họ tên (Tên, Tên đệm, Họ): _____

Ngày sinh (tháng/ngày/năm): _____

Thư điện tử: _____

Bước 2: Xác nhận

Tôi dự kiến thu nhập hộ gia đình hàng năm của mình là: $ _____

Năm: _____

Nguồn thu nhập này là: _____

Tôi không có tài liệu nào khác về thu nhập này vì (các) lý do sau:

- Tôi hiểu rằng những thay đổi về số người trong hộ gia đình, địa chỉ, thu nhập hoặc các thông tin khác có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện nhận các quyền lợi cụ thể của tôi hoặc hộ gia đình tôi. Tôi hiểu rằng tôi có 30 ngày để thông báo cho Explore Health nếu bất kỳ thông tin nào trong đơn đăng ký của tôi thay đổi.

- Tôi hiểu rằng các câu trả lời trên mẫu này chỉ được sử dụng để xem tôi có thể nhận bảo hiểm hoặc hỗ trợ tài chính hay không. Tôi xác nhận Explore Health sẽ xác minh các câu trả lời của tôi trong cơ sở dữ liệu của Explore Health và trong cơ sở dữ liệu liên bang hoặc tiểu bang. Tôi đồng ý rằng thông tin của tôi có thể được sử dụng để kiểm tra các chi tiết trong đơn đăng ký của tôi. Tôi xác nhận rằng tôi được mọi người có tên trong đơn đăng ký này cho phép sử dụng thông tin của họ cho mục đích này.

- Tôi ký mẫu này và chịu trách nhiệm theo hình phạt về tội khai man. Điều đó có nghĩa là, theo những gì tôi biết, tôi đã đưa ra các câu trả lời trung thực, chính xác và đầy đủ cho tất cả các câu hỏi trên mẫu này. Tôi biết rằng theo luật liên bang, nếu tôi cung cấp thông tin sai và/hoặc không đúng sự thật, tôi có thể phải chịu hình phạt và/hoặc chịu trách nhiệm đối với các khoản thanh toán vượt mức.

Chữ ký của Người nộp đơn chính: _____

Ngày ký (tháng/ngày/năm): _____

Tên viết chữ in hoa: _____

Bước 3: Gửi mẫu đã điền đầy đủ của quý vị theo một trong những cách sau

Vui lòng không gửi bản gốc, không tài liệu nào được lưu giữ quá 60 ngày và sẽ bị tiêu hủy sau khi được tải lên Cổng nộp đơn.

Trực tuyến	**Qua đường bưu điện**	**Fax**
Để được xử lý nhanh hơn, hãy tải tài liệu này lên tài khoản trực tuyến của quý vị tại ExploreHealthOR.gov.	c/o Documents Explore Health PO Box 191 Salem, OR 97308	888-705-8691