特殊情况中资格验证的例外情形

仅在您付出努力且仍无法证明家庭收入后使用此表格。在此表格中，您将证明有关家庭收入的信息，并说明您为何未向我们提交文档。

在 Washington Health Benefit Exchange 收到此表格时，我们将检查您提供的信息。此外，我们将查看从可用电子数据源中获取的 *Washington Healthplanfinder* 申请和任何其他信息（已由美国卫生与公共服务部门批准）。使用此信息，我们将针对具体情况逐案提供资格验证的例外情况。

注意：此表格不得用于与公民身份或移民状态相关的不一致性。
45 CFR 155.315(g).

申请识别号码	社会安全号码	今日日期（月/日/年）

申请人信息

名	中间名缩写	姓	出生日期（月/日/年）

街道名称与门牌号码	公寓/街道号码

城市	州	邮政编码	县

方法说明

*仅*在您没有其他方式证明自己的收入时，填写以下信息。未填写此表格，可能会拒绝或降低健康保险费税收抵免。

A 部分：解释

重要说明：您必须解释您为何无法提供收入证明。我们将使用此说明，以决定此原因是否使您具备豁免资格。请列举详细信息。

如果您的说明未使您获得豁免资格，则将要求您提交其他纸质证明，以证明家庭总收入。

如果您需要更多版面提供说明，您可以将更多页面或其他文档附加到此表格。

解释

请阅读并在以下签名

我证明我没有其他方式记录我的收入，以及上述所有信息均正确无误。我理解此信息将用于决定我是否具有健康保险费税收抵免的资格。我理解该计划工作人员可能会验证此表格上的信息。我也了解如果我有意提供虚假信息，我可能需要偿还收到的税收抵免，和/或未来获得的税收抵免部分。我也证明 Washington Health Benefit Exchange 已要求我提供家庭所有收入来源。在使用此表格前，我已尽全力使用其他文档证明我的收入。

签名	签名日期（月/日/年）
X	

将表格提交到：

将填写完毕的表格上载到 *Washington Healthplanfinder* 帐户或邮寄到：

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, WA 98507

Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥任何人或以不同的方式對待他們。

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority还遵守适用的州法律，且不会因信仰、性别、性别表达或身份、性取向、婚姻状况、宗教、荣誉退伍军人或军人身份，或残疾人使用受训的导盲犬或服务动物而歧视任何人。

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority：

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
  - 合格的手語翻譯員
  - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，如：
  - 合格的翻譯員
  - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要此類服務，請聯絡 1-855-923-4633

如果您认为 Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 未能提供这类服务或通过其他方式歧视您，您可以进行投诉：

Washington Health Benefit Exchange Legal Department ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator 提交投訴 郵寄地址為 PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 電話號碼為 1-855-859-2512 傳真為 360-841-7653 電子信箱為 appeals@wahbexchange.org	Health Care Authority Division of Legal Services ATTN: Compliance Officer 提交投訴 郵寄地址為 PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 電話號碼為 1-855-682-0787 傳真為 Fax: 360-586-9551 電子信箱為 compliance@hca.wa.gov

您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式提交投訴。如果您在提交投訴方面需要幫助，Washington Health Benefit Exchange Legal Department/ Health Care Authority Division of Legal Services 可以幫助您。

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生及公共服務部）的 Office for Civil Rights（民權辦公室）提交民權投訴，透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴：https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf，或者透過郵寄或電話的方式投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C.20201
1-800-368-1019，800-537-7697 (TDD)（聾人用電信設備）
登入 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html 可獲得投訴表格。

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633（TTY：1-855-627-9604）。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: TTY: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: TTY: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរសេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល ,

គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633（TTY: 1-855-627-9604）まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604).

Oromo - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ,ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ,ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ.ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - **توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 1-855-627-9604) 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).