Health Insurance Marketplace

NE POPUNJAVATI. OVO NIJE APLIKACIJA.

Formular odobren
OMB No. 0938-1191

Aplikacija za zdravstveno osiguranje i pomoć u plaćanju troškova

ŠTO JE POTREBNO ZNATI

Iskoristite ovu aplikaciju da bi ste utvrdili tip osiguranja za koje ste kvalifikovani

- Dostupni paketi privatnog zdravstvenog osiguranja koji nude sveobuhvatno osiguranje Vaših zdravstvenih potreba
- Novi poreski kredit koji Vam trenutačno može pomoći u plaćanju premija za zdravstveno osiguranje
- Besplatno ili jako povoljno osiguranje u Medicaid-u ili Programu za diječije zdravstveno osiguranje (CHIP)
  Možda ste kvalifikovani za program besplatnog ili jako povoljnog osiguranja, čak i ako zarađujete i do $94,000 godišnje (za četvoročlanu porodicu).

Tko može koristiti ovu aplikaciju?

- Koristite ovu aplikaciju da biste istom aplicirali za bilo koga iz vaše porodice.
- Aplicirajte čak i ako Vaša dijeca već imaju zdravstveno osiguranje. Možda imate pravo na program besplatnog ili jako povoljnog zdravstvenog osiguranja.
- Ukoliko niste u braku, možete eventualno koristiti kraći formular. Posjetite HealthCare.gov.
- Porodice sa imigrantima takođe mogu aplicirati. Možete aplicirati za svoju dijecu, čak i ako sami nemate pravo na zdravstveno osiguranje. Apliciranjem nećete ugroziti Vaš imigrantski status ili šanse da dobijete dozvolu stalnog boravka ili samo državljanstvo.
- Ukoliko Vam neko pomaže u ispunjavanju ove aplikacije, možda će biti potrebno da ispunite i Appendix C.

Aplicirajte brže putem Interneta

Aplicirajte brže putem Interneta na HealthCare.gov.

Što Vam može biti potrebno da biste aplicirali

- Brojevi socijalnog osiguranja (ili dokumentacijski brojevi za sve imigrante koji imaju pravo i potrebu za zdravstvenim osiguranjem)
- Informacije o poslodavcu i primanjima za sve članove Vaše porodice (npr. isječci od plate, W-2 formulari, ili platni i poreski izvodi)
- Brojevi polica za bilo koje postojeće zdravstveno osiguranje
- Informacije o bilo kakvom zdravstvenom osiguranje koje je na raspolaganju Vašoj porodicu, a kroz posao koji obavljate.

Zašto su nam sve ove informacije neophodne?

Informacije o Vašim primanjima i druge, gore navedene informacije, su nam potrebne kako bismo utvrdili vrstu zdravstvenog osiguranja za koje ste kvalifikovani, kao i da li možete dobiti pomoć pri plaćanju istog. **Sve informacije koje podijelite s nama će biti privatne i zaštićene, kao što je predviđeno zakonom.** Da biste pročitali Zakon o privatnosti podataka, otiđite na HealthCare.gov ili pogledajte instrukcije.

Što je slijedeće što morate učiniti?

Pošaljite kompletno popunjenu i potpisanu aplikaciju na adresu koja je navedena na stranici broj 7.
Ukoliko nemate sve podatke koje tražimo od Vas, potpišite i pošaljite Vašu aplikaciju u svakom slučaju. Javićemo Vam se u roku od jedne do dve sedmice. Primićete sve potrebne instrukcije kako biste završili proceduru za dobijanje zdravstvenog osiguranja. Ukoliko Vam se ne javimo, posjetite HealthCare.gov ili nas pozovite na **1-800-318-2596**. Popunjavanjem ove aplikacije se ne obavezujete na kupovinu zdravstvenog osiguranja.

Pomoć u popunjavanju aplikacije

- **Putem Interneta:** HealthCare.gov
- **Putem telefona:** Pozovite našu službu za pomoć na **1-800-318-2596.**
- **Lično:** Ukoliko je potrebno, možete se obratite nekom od savjetnika iz Vaše blizine koji bi Vam mogli pomoći. Posjetite HealthCare.gov ili nas pozovite na **1-800-318-2596** za dodatne informacije.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596.**

POTREBNA VAM JE POMOĆ S APLIKACIJOM? Posjetite HealthCare.gov ili nas pozovite na **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Ukoliko Vam je potrebna pomoć na drugom jeziku, sem engleskog, pozovite na **1-800-318-2596** te se, predstavniku iz korisničke službe, izjasnite oko toga koji jezik želite koristiti. Mi smo tu da Vam obezbijedimo besplatnu pomoć. TTY korisnici bi trebali pozvati **1-855-889-4325**.

KORAK 1 Informacije o Vama.

(Potrebno je da navedete jednu odraslu osobu iz Vaše porodice s kojom ćemo kontaktirati u vezi Vaše aplikacije.)

1. Ime	Drugo (krsno) ime	Prezime	Sufiks

2. Kućna adresa (Ostavite prazno ukoliko nemate kućnu adresu.)	3. Broj stana ili apartmana

4. Grad	5. Država	6. Poštanski ZIP kod	7. Zemlja

8. Poštanska adresa (ukoliko se razlikuje od kućne adrese)	9. Broj stana ili apartmana

10. Grad	11. Država	12. Poštanski ZIP kod	13. Zemlja

14. Broj telefona	15. Dodatni broj telefona
( ) –	( ) –

16. Da li želite da Vam proslijedimo informacije o Vašoj aplikaciji putem email-a? ☐ Da ☐ Ne

Email adresa:

17. Kojim jezikom želite obavljati komunikaciju (ukoliko isti nije engleski)?

KORAK 2 Informacije o Vašoj porodici.

Koga iz Vaše porodice navodite u ovoj aplikaciji?

Recite nam više o članovima Vaše porodice koji žive sa Vama. Ukoliko ste poreski obveznik, navedite sve osobe iz Vašeg poreskog povrata. (Da biste dobili zdravstveno osiguranje nije neophodno da budete poreski obveznik.)

Obavezno navedite:

- Sebe
- Vašeg supružnika
- Vašu dijecu mlađu od 21 godinu, koja žive sa Vama
- Vaše nevjenčane partnere kojima je potrebno zdravstveno osiguranje
- Sve koji su navedeni na Vašem poreskom povratu, čak i ako isti ne žive sa Vama.
- Sve ostale osobe mlađe od 21 godinu o kojima se brinete i koji žive sa Vama

NIJE potrebno navesti:

- Vaše nevjenčane partnere kojima nije potrebno zdravstveno osiguranje
- Dijecu Vašeg nevjenčanog partnera
- Vaše roditelje, koji žive sa Vama, ali koji su sopstveni poreski obveznici (ukoliko ste stariji od 21 godinu)
- Ostalu odraslu rodbinu koji su sopstveni poreski obveznici

Iznos pomoći ili tip programa za koji se kvalifikujete zavisi od broja članova u Vašoj porodici i njihovih primanja. Ove informacije su nam potrebne kako bismo obezbijedili da svako dobije najbolje moguće osiguranje.

Popunite Korak 2 za svakog člana Vaše porodice. Počnite od sebe, zatim dodajte ostale odrasle osobe i dijecu iz Vašeg domaćinstva. Ukoliko u Vašem domaćinstvu živi više od 2 osobe, biće potrebno da iskopirate potrebne stanice, te iste dodate aplikaciji. Nije potrebno da navedete imigracioni status ili Broj socijalnog osiguranja (SSN) za one članove Vaše porodice kojima nije potrebno zdravstveno osiguranje. Sve informacije koje podijelite s nama će biti privatne i zaštićene, kao što je predviđeno zakonom. Vaše lične informacije ćemo koristiti samo da bismo provjerili da li imate pravo na zdravstveno osiguranje.

KORAK 2 OSOBA 1. (Počnite od sebe)

Popunite Korak 2 za sebe, vašeg supružnika/partnera i dijecu koja žive sa Vama, i/ili bilo koga ko je naveden na Vašem federalnom porezu na dohodak, ukoliko plaćate isti. Pogledajte stranicu broj 1 za dodatne informacije o tome koga sve trebate navesti. Ukoliko niste poreski obveznik, upamtite da je ipak potrebno da navedete sve članove Vaše porodice koji žive sa Vama.

1. Ime | Drugo (krsno) ime | Prezime | Sufiks

2. Srodstvo/veza sa Vama? **O VAMA**

3. Datum rodjenja (mm/dd/gggg) / /

4. Spol ☐ Muški ☐ Ženski

5. Broj socijalnog osiguranja (SSN) - -

Ova informacija nam je potrebna ukoliko želite zdravstveno osiguranje i posijedujete SSN (Broj socijalnog osiguranja). Čak i ako ne tražite zdravstveno osiguranje za sebe, upisivanjem svog broja socijalnog osiguranja možete dodatno ubrzati cijeli aplikacioni proces. Koristeći SSN (Broj socijalnog osiguranja) mi provjeravamo dohodak i druge informacije, kako bismo utvrdili tko ima pravo na pomoć pri plaćanju zdravstvenih troškova. Za pomoć u dobijanju SSN-a, pozvoite 1-800-772-1213 ili posjetite socialsecurity.gov. TTY korisnici bi trebali pozvati 1-800-325-0778.

6. **Da li planirate podnijeti povrat na federalni porez na dohodak IDUĆE GODINE?**
(Možete aplicirati za zdravstveno osiguranje čak i ako ne podnosite povrat na federalni porez na dohodak.)

☐ DA. **Ukoliko je odgovor da,** molimo odgovorite na pitanja od a do c. ☐ NE. **Ukoliko je odgovor ne,** preskočite do pitanja c.

a. Da li ćete izvršiti podnošenje zajedno sa Vašim supružnikom? ☐ Da ☐ Ne
Ukoliko je odgovor da, navedite ime supružnika:

b. Da li ćete navesti troškove za izdržavanje članova porodice u Vašem povratu na porez? ☐ Da ☐ Ne
Ukoliko je odgovor da, navedite ime(na) tih članova porodice:

c. Da li će neko navesti Vas kao osobu koju izdržavaju u njihovom povratu na porez? ☐ Da ☐ Ne
Ukoliko je odgovor da, molimo navedite ime osobe koja će podnositi povrat na porez:
U kom ste srodstvu/vezi sa ovom osobom?

7. Da li ste u drugom stanju? ☐ Da ☐ Ne a. **Ukoliko je odgovor da,** koliko beba očekujete?

8. **Da li vam je potrebno zdravstveno osiguranje?**
(Čak i ako već imate zdravstveno osiguranje, možda možemo pronaći program s boljim osiguranjem ili manjim troškovima istog.)

☐ DA. **Ukoliko je odgovor da**, odgovorite na dole navedena pitanja.

☐ NE. **Ukoliko je odgovor ne,** PRESKOČITE na stranicu 3 sa pitanjima o Vašim primanjima.
Ostatak stranice ostavite praznim.

9. Da li patite od nekog fizičkog, mentalnog, ili emocionlanog zdravstvenog stanja koje ograničava Vaše aktivnosti (kao npr. kupanje, oblačenje, svakodnevni
kućanski poslovi, itd.) ili živite u medicinskoj ustanovi ili staračkom domu? ☐ Da ☐ Ne

10. Da li imate državljanstvo ili nacionalnost SAD-a? ☐ Da ☐ Ne

11. **Ukoliko nemate državljanstvo ili nacionalnost SAD-a,** da li imate pravni imigracijski status? *(Pogledajte instrukcije.)*
☐ Da. U dole navedeno polje unesite vrstu dokumenta koji posjedujete i vaš lični identifikacijski (ID) broj.

a. Tip imigracijskog dokumenta:

b. Identifikacijski (ID) broj dokumenta

c. Da li živite u SAD-u od 1996. godine? ☐ Da ☐ Ne

d. Da li ste Vi, vaš supružnik ili jedan od Vaših roditelja, veteran ili na aktivnoj dužnosti u vojsci SAD-a? ☐ Da ☐ Ne

12. Da li Vam je potrebna pomoć u plaćanju zdravstvenih troškova iz posljednja 3 mjeseca? ☐ Da ☐ Ne

13. Da li živite sa barem jednim dijetetom mlađim od 19 godina, i da li ste Vi osnovni staratelj tog dijeteta? ☐ Da ☐ Ne

14. Da li ste redovni student? ☐ Da ☐ Ne

15. Da li ste živjeli u hraniteljstvu u dobi od 18 ili više godina? ☐ Da ☐ Ne

16. **Ukoliko ste španskog/latino etniciteta (OPCIONALNO—čekirajte sve što se odnosi na Vas.)**
☐ Meksikanac ☐ Meksicki amerikanac ☐ Čikano/a ☐ Portorikanac ☐ Kubanac ☐ Drugo _____

17. **Rasa (OPCIONALNO—čekirajte sve što se odnosi na Vas.)**

☐ Bijelac/bijelkinja
☐ Crnac ili afrički amerikanac
☐ Američki starosjedioc ili domorodac s Aljaske
☐ Azijski indijac
☐ Kinez
☐ Filipinac
☐ Japanac
☐ Korejac
☐ Vijetnamac
☐ Druga azijska rasa
☐ Havajski domorodac
☐ Guamanijan ili Chamorac
☐ Samoanac
☐ Druga rasa s pacifičkih otoka
☐ Druga rasa _____

POTREBNA VAM JE POMOĆ S APLIKACIJOM? Posjetite HealthCare.gov ili nas pozovite na **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Ukoliko Vam je potrebna pomoć na drugom jeziku, sem engleskog, pozovite na **1-800-318-2596** te se, predstavniku iz korisničke službe, izjasnite oko toga koji jezik želite koristiti. Mi smo tu da Vam obezbijedimo besplatnu pomoć. TTY korisnici bi trebali pozvati **1-855-889-4325**.

KORAK 2 OSOBA 1. (Nastavite od sebe)

Trenutni posao koji obavljate i informacije o Vašim primanjima

☐ **Zaposlen/a:** Ukoliko ste trenutno zaposleni, molimo recite nam više o Vašim primanjima. Počnite s pitanjem pod rednim brojem 18.

☐ **Nezaposlen/a:** Preskočite do pitanja pod rednim brojem 28.

☐ **Samozaposlen/a:** Preskočite do pitanja pod rednim brojem 27.

TRENUTNI POSAO 1.

18. Naziv Vašeg poslodavca

a. Adresa Vašeg poslodavca

b. Grad | c. Država | d. Poštanski ZIP kod | 19. Broj telefona Vašeg poslodavca ( ) –

20. Vaš dohodak/bakšiš (bez poreskih odbitaka) $ ☐ Po satu ☐ Po sedmici ☐ Svake 2 sedmice ☐ Svaka dva mjeseca ☐ Po mjesecu ☐ Po godini

21. Prosječan broj radnih sati svake SEDMICE

TRENUTNI POSAO 2. (Ukoliko imate i drugi posao, te Vam je potreban dodatni prostor za popunjavanje ove aplikacije, molimo dodajte još jednu stranicu papira.)

22. Naziv Vašeg poslodavca

a. Adresa Vašeg poslodavca

b. Grad | c. Država | d. Poštanski ZIP kod | 23. Broj telefona Vašeg poslodavca ( ) –

24. Vaš dohodak/bakšiš (bez poreskih odbitaka) $ ☐ Po satu ☐ Po sedmici ☐ Svake 2 sedmice ☐ Svaka dva mjeseca ☐ Po mjesecu ☐ Po godini

25. Prosječan broj radnih sati svake SEDMICE

26. **U protekloj godini, da li ste:** ☐ Mijenjali posao ☐ Prestali raditi ☐ Počeli raditi skraćenim radnim vremenom ☐ Nijedno od navedenog

27. **Ukoliko ste samozaposleni, molimo odgovorite na slijedeća pitanja:**

a. Vrsta posla koji obavljate:

b. Koji je Vaš planirani neto prihod (profit koji Vam ostaje nakon što platite sve poslovne troškove) kao samozaposlenika za ovaj mjesec? *(Pogledajte instrukcije.)* $

28. **OSTALI DOHOCI ZA OVAJ MJESEC:** Čekirajte sve što se odnosi na Vas, te upišite iznos i koliko često primate isti. Čekirajte ovde ako se ništa od navednog ne odnosi na Vas. ☐
NAPOMENA: Nije potrebno da navodite pomoć koju primate za Vašu dijecu, iznose koja primate kao veteran, ili vaš SSI prihod.

☐ Nezaposlen/a $ Koliko često?

☐ Penzija $ Koliko često?

☐ Socijalno osiguranje $ Koliko često?

☐ Mirovinski računi $ Koliko često?

☐ Alimentacija koju primate $ Koliko često?

☐ Neto prihod od poljoprivrede/ stočarstva/ribolova $ Koliko često?

☐ Neto prihod od iznajmljivanja/ honorara $ Koliko često?

☐ Ostali vidovi primanja Tip: _____ $ Koliko često?

29. **ODBICI:** Čekirajte sve što se odnosi na Vas, te upišite iznos i koliko često primate isti. Ukoliko plaćate za nešto na čemu možete primiti odbitke pri plaćanju federalnog poreskog povrata, recite nam, jer bi to moglo umanjiti troškove Vašeg zdravstvenog osiguranja.
NAPOMENA: Nemojte navoditi troškove koje ste već naveli u Vašem odgovoru na pitanje o neto prihodu za samozaposlenike (pitanje pod rednim brojem 27b).

☐ Alimentacija koju plaćate $ Koliko često?

☐ Studentski zajmovi i kamate $ Koliko često?

☐ Ostali odbici Tip: _____ $ Koliko često?

30. **GODIŠNJA PRIMANJA: Popunite samo ukoliko se Vaša primanja mijenjaju iz mjeseca u mjesec. Ukoliko ne očekujete ikakve promjene u Vašim primanjima, molimo preskočite na slijedeću osobu.**

Vaša kompletna primanja za **ovu godinu** $

Vaša kompletna primanja za **idućugodinu** (ukoliko očekujete da će iznos biti drugačiji) $

HVALA!

To je sve što moramo znati o Vama.

POTREBNA VAM JE POMOĆ S APLIKACIJOM? Posjetite HealthCare.gov ili nas pozovite na **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Ukoliko Vam je potrebna pomoć na drugom jeziku, sem engleskog, pozovite na **1-800-318-2596** te se, predstavniku iz korisničke službe, izjasnite oko toga koji jezik želite koristiti. Mi smo tu da Vam obezbijedimo besplatnu pomoć. TTY korisnici bi trebali pozvati **1-855-889-4325**.

KORAK 2 OSOBA 2.

Ukoliko navodite više od dve osobe u ovoj aplikaciji, kopirajte Korak 2: Osoba 2 (stranice 4 i 5) i popunite.

Popunite Korak 2 za sebe, vašeg supružnika/partnera i dijecu koja žive sa Vama, i/ili bilo koga ko je naveden na Vašem federalnom porezu na dohodak, ukoliko plaćate isti. Pogledajte stranicu broj 1 za dodatne informacije o tome koga sve trebate navesti. Ukoliko niste poreski obveznik, upamtite da je ipak potrebno da navedete sve članove Vaše porodice koji žive sa Vama.

1. Ime | Drugo (krsno) ime | Prezime | Sufiks

2. Srodstvo/veza sa Vama? *(Pogledajte instrukcije.)*

3. Datum rodjenja (mm/dd/gggg) ___ / ___ / ___

4. Spol ☐ Muški ☐ Ženski

5. Broj socijalnog osiguranja (SSN) ___ - ___ - ___

Ova informacija nam je potrebna ukoliko želite zdravstveno osiguranje za OSOBU 2 i ukoliko OSOBA 2 posjeduje SSN (Broj socijalnog osiguranja).

6. Da li OSOBA 2 živi na istoj adresi kao i Vi? ☐ Da ☐ Ne

Ukoliko je odgovor ne, upišite njihovu adresu:

7. **Da li OSOBA 2 planira podnijeti povrat na federalni porez na dohodak IDUĆE GODINE?**

(Možete aplicirati za zdravstveno osiguranje čak i ako OSOBA 2 ne podnosi povrat na federalni porez na dohodak.)

☐ DA. **Ukoliko je odgovor da,** molimo odgovorite na pitanja od a do c. ☐ NE. **Ukoliko je odgovor ne,** preskočite do pitanja c.

a. Da li će OSOBA 2 izvršiti podnošenje zajedno sa svojim supružnikom? ☐ Da ☐ Ne

Ukoliko je odgovor da, navedite ime supružnika:

b. Da li će OSOBA 2 navesti troškove za izdržavanje članova porodice u Vašem povratu na porez? ☐ Da ☐ Ne

Ukoliko je odgovor da, navedite ime(na) tih članova porodice:

c. Da li će OSOBA 2 biti navedena kao osoba koju izdržavaju u nečijem povratu na porez? ☐ Da ☐ Ne

Ukoliko je odgovor da, molimo navedite ime osobe koja će podnositi povrat na porez:

U kom srodstvu/vezi je OSOBA 2 s podnosiocem povrata na porez?

8. Da li je OSOBA 2 u drugom stanju? ☐ Da ☐ Ne a. **Ukoliko je odgovor da,** koliko beba očekujete?

9. **Da li je OSOBI 2 potrebno zdravstveno osiguranje?**

(Čak i ako OSOBA 2 već ima zdravstveno osiguranje, možda možemo pronaći program s boljim osiguranjem ili manjim troškovima istog.)

☐ DA. **Ukoliko je odgovor da**, odgovorite na sva dole navedena pitanja.

☐ NE. **Ukoliko je odgovor ne,** PRESKOČITE na stranicu 3 sa pitanjima o dohotku. Ostatak stranice ostavite praznim.

10. Do li OSOBA 2 pati od nekog fizičkog, mentalnog, ili emocionlanog zdravstvenog stanja koje ograničava njihove aktivnosti (kao npr. kupanje, oblačenje, svakodnevni kućanski poslovi, itd.) ili živi u medicinskoj ustanovi ili staračkom domu? ☐ Da ☐ Ne

11. Da li OSOBA 2ima državljanstvo ili nacionalnost SAD-a? ☐ Da ☐ Ne

12. **Ukoliko OSOBA 2 nema državljanstvo ili nacionalnost SAD-a,** da li ima pravni imigracijski status? *(Pogledajte instrukcije.)*

☐ Da. U dole navedeno polje unesite vrstu dokumenta koji OSOBA 2 posjeduje i njihov lični identifikacijski (ID) broj.

a. Tip imigracijskog dokumenta:

b. Identifikacijski (ID) broj dokumenta

c. Da li OSOBA 2 živi u SAD-u od 1996. godine? ☐ Da ☐ Ne

d. Da li je OSOBA 2, njihov supružnik ili jedan od njihovih roditelja, veteran ili na aktivnoj dužnosti u vojsci SAD-a? ☐ Da ☐ Ne

13. Da li OSOBI 2 potrebna pomoć u plaćanju zdravstvenih troškova iz posljednja 3 mjeseca? ☐ Da ☐ Ne

14. Da li OSOBA 2živi sa barem jednim dijetetom mlađim od 19 godina, i da li je OSOBA 2 osnovni staratelj tog dijeteta? ☐ Da ☐ Ne

15. Da li je OSOBA 2 živjela u hraniteljstvu u dobi od 18 ili više godina? ☐ Da ☐ Ne

Molimo odgovorite na slijedeća pitanja ukoliko je OSOBA 2 dobi od 22 godine ili mlađa:

16. Da li je OSOBA 2 imala zdravstveno osiguranja kroz zaposlenje, te isto izgubila u protekla 3 mjeseca? ☐ Da ☐ Ne

a. **Ukoliko je odgovor da**, unesite datum okončanja: b. Razlog zbog kojeg je osiguranje okonočano:

17. Da li je OSOBA 2 redovan student? ☐ Da ☐ Ne

18. **Ukoliko španskog/latino etniciteta (OPCIONALNO—čekirajte sve što se odnosi na OSOBU 2.)**

☐ Meksikanac ☐ Meksicki amerikanac ☐ Čikano/a ☐ Portorikanac ☐ Kubanac ☐ Drugo

19. **Rasa (OPCIONALNO—čekirajte sve što se odnosi na Vas.)**

☐ Bijelac/bijelkinja
☐ Crnac ili afrički amerikanac
☐ Američki starosjedioc ili domorodac s Aljaske
☐ Azijski indijac
☐ Kinez
☐ Filipinac
☐ Japanac
☐ Korejac
☐ Vijetnamac
☐ Druga azijska rasa
☐ Havajski domorodac
☐ Guamanijan ili Chamorac
☐ Samoanac
☐ Druga rasa s pacifičkih otoka
☐ Druga rasa

Sada Vas molimo da na poleđini navedete detalje o primanjima OSOBE 2.

POTREBNA VAM JE POMOĆ S APLIKACIJOM? Posjetite HealthCare.gov ili nas pozovite na **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Ukoliko Vam je potrebna pomoć na drugom jeziku, sem engleskog, pozovite na **1-800-318-2596** te se, predstavniku iz korisničke službe, izjasnite oko toga koji jezik želite koristiti. Mi smo tu da Vam obezbijedimo besplatnu pomoć. TTY korisnici bi trebali pozvati **1-855-889-4325**.

KORAK 2 OSOBA 2.

Trenutni posao koji obavljate i informacije o Vašim primanjima

☐ **Zaposlen/a:** Ukoliko je OSOBA 2 trenutno zaposlena, navedite detaljeo njihovim primanjima. Počnite s pitanjem pod rednim brojem 20.

☐ **Nezaposlen/a:** Preskočite do pitanja pod rednim brojem 30.
☐ **Samozaposlen/a:** Preskočite do pitanja pod rednim brojem 29.

TRENUTNI POSAO 1.

20. Naziv Vašeg poslodavca

a. Adresa Vašeg poslodavca

b. Grad | c. Država | d. Poštanski ZIP kod | 21. Broj telefona Vašeg poslodavca ( ) –

22. Vaš dohodak/bakšiš (bez poreskih odbitaka) $ ☐ Po satu ☐ Po sedmici ☐ Svake 2 sedmice ☐ Svaka dva mjeseca ☐ Po mjesecu ☐ Po godini

23. Prosječan broj radnih sati svake SEDMICE

TRENUTNI POSAO 2. (Ukoliko OSOBA 2 ima i drugi posao, te Vam je potreban dodatni prostor za popunjavanje ove aplikacije, molimo dodajte još jednu stranicu papira.)

24. Naziv Vašeg poslodavca

a. Adresa Vašeg poslodavca

b. Grad | c. Država | d. Poštanski ZIP kod | 25. Broj telefona Vašeg poslodavca ( ) –

26. Vaš dohodak/bakšiš (bez poreskih odbitaka) $ ☐ Po satu ☐ Po sedmici ☐ Svake 2 sedmice ☐ Svaka dva mjeseca ☐ Po mjesecu ☐ Po godini

27. Prosječan broj radnih sati svake SEDMICE

28. **U protekloj godini, da li je OSOBA 2:** ☐ Mijenjala posao ☐ Prestala raditi ☐ Počela raditi skraćenim radnim vremenom ☐ Nijedno od navedenog

29. Molimo odgovorite na slijedeća pitanja ukoliko je OSOBA 2 samozaposlena:

a. Vrsta posla koju obavlja:

b. Koji je planirani neto prihod (preostali profit nakon plaćanja svih poslovnih troškova) OSOBE 2 kao samozaposlenika za ovaj mjesec? *(Pogledajte instrukcije.)* $

30. OSTALI DOHOCI ZA OVAJ MJESEC:

Čekirajte sve što se odnosi na OSOBU 2, te upišite iznos i koliko često OSOBA 2 prima isti. Čekirajte ovde ako se ništa od navednog ne odnosi na OSOBU 2. ☐

NAPOMENA: Nije potrebno da navodite pomoć koju OSOBA 2 prima za svoju dijecu, iznose koja prima kao veteran, ili njihov SSI prihod.

☐ Nezaposlen/a $ Koliko često?

☐ Penzija $ Koliko često?

☐ Socijalno osiguranje $ Koliko često?

☐ Mirovinski računi $ Koliko često?

☐ Alimentacija koju OSOBA 2 prima $ Koliko često?

☐ Neto prihod od poljoprivrede/ stočarstva/ribolova $ Koliko često?

☐ Neto prihod od iznajmljivanja/ honorara $ Koliko često?

☐ Ostali vidovi primanja Tip: _____ $ Koliko često?

31. ODBICI:

Čekirajte sve što se odnosi na OSOBU 2, te upišite iznos i koliko često OSOBA 2 prima isti. Ukoliko OSOBA 2 plaća za nešto na čemu može primiti odbitke pri plaćanju federalnog poreskog povrata, recite nam, jer bi to moglo umanjiti troškove zdravstvenog osiguranja.

NAPOMENA: Nemojte navoditi troškove koje ste već naveli u Vašem odgovoru na pitanje o neto prihodu za samozaposlenike (pitanje pod rednim brojem 29b).

☐ Alimentacija koju OSOBA 2 plaća $ Koliko često?

☐ Studentski zajmovi i kamate $ Koliko često?

☐ Ostali odbici Tip: _____ $ Koliko često?

32. GODIŠNJA PRIMANJA:

Popunite samo ukoliko se primanja OSOBE 2 mijenjanju iz mjeseca u mjesec. Ukoliko ne očekujete ikakve promjene u primanjima OSOBE 2, molimo preskočite na slijedeću osobu.

Kompletna primanja OSOBE 2 za **ovu godinu** $

Kompletna primanja OSOBE 2 za **idućugodinu** (ukoliko očekujete da će iznos biti drugačiji) $

HVALA!

To je sve što moramo znati o OSOBI 2.

POTREBNA VAM JE POMOĆ S APLIKACIJOM? Posjetite HealthCare.gov ili nas pozovite na **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Ukoliko Vam je potrebna pomoć na drugom jeziku, sem engleskog, pozovite na **1-800-318-2596** te se, predstavniku iz korisničke službe, izjasnite oko toga koji jezik želite koristiti. Mi smo tu da Vam obezbijedimo besplatnu pomoć. TTY korisnici bi trebali pozvati **1-855-889-4325**.

KORAK 3 Članovi porodice Američkih starosjedioca ili domorodaca s Aljaske (AI/AN)

1. **Da li ste Vi ili bilo ko u Vašoj porodici Američki starosjedioc ili domorodac s Aljaske?**

☐ **NE. Ukoliko je odgovor ne,** preskočite do pitanje pod rednim brojem 4.

☐ **DA. Ukoliko je odgovor da,** idite na Appendix B.

KORAK 4 Zdravstveno osiguranja Vaše porodice

Odgovorite na ova pitanja za sve članove Vaše porodice kojima je potrebno zdravstveno osiguranje.

1. **Da li je itko u Vašoj porodici već pretplaćen na određeno zdravstveno osiguranje?**

☐ **DA. Ukoliko je odgovor da**, molimo provjerite tip osiguranja koje imaju te upišite ime osobe(a) pored osiguranja koje imaju. ☐ **NE.**

☐ Medicaid _____

☐ CHIP _____

☐ Medicare _____

☐ TRICARE (Nemojte čekirati ukoliko ste pokriveni po službenoj dužnosti ili ste pod direktnom brigom)

_____

☐ VA program zdravstvenog osiguranja

_____

☐ Peace Corps _____

☐ Osiguranje preko poslodavca

Naziv zdravstvenog osiguranja:

Broj police:

Da li je ovo COBRA osiguranje? ☐ Da ☐ Ne

Da li je ovo dio zdravstvenog osiguranja za umirovljenike? ☐ Da ☐ Ne

☐ Drugo

Naziv zdravstvenog osiguranja:

Broj police:

Da li je ovo beneficijski ograničen plan (kao npr. polica osiguranja od nesreća u školi)?

☐ Da ☐ Ne

2. **Da li itko od navednih u ovoj aplikaciji ima ponuđeno zdravstveno osiguranje kroz posao koji obavljaju?**

Čekirajte pod da ukoliko je osiguranje obezbjeđeno kroz zaposlenje druge osobe, kao na primjer kroz zaposlenje roditelja ili supružnika.

☐ **DA. Ukoliko je odgovor da,** potrebno je da popunite i pridodate Appendix A ovoj aplikaciji. Da li je u pitanju zdravstveno osiguranje državnog službenika? ☐ Da ☐ Ne

☐ **NE. Ukoliko je odgovor ne, nastavite do Koraka 5.**

KORAK 5 Pročitajte i potpišite ovu aplikaciju.

- Potpisujem ovu aplikaciju svjestan/a kazne za krivokletstvo, što znači da sam istinito, po svom najboljem znanju, odgovorio/la na sva pitanja u ovom formularu. Svjestan/a sam da, ukoliko podnesem lažne i netačne informacije, mogu biti predmet kažnjavanja po federalnom zakonu.
- Svjestan/a sam da, ukoliko dođe do bilo kakvih promjena od onoga što sam upisao/la u ovoj aplikaciji, o tome moram obvjestiti tržište zdravstvenog osiguranja tj. Health Insurance Marketplace. Svjestan/a sam da mogu posjetiti HealthCare.gov ili pozvati na **1-800-318-2596** da prijavim bilo kakve promjene. Svjestan/a sam da bilo kakve promjene u unesenim informacijama mogu uticati na članove moje porodice, odnosno na njihovo pravo u sticanju zdravstvenog osiguranja.
- Svjestan/a sam da po federalnom zakonu nije dozvoljen nikakav oblik diskriminacije na bazi rase, boje kože, nacionalnosti, spola, dobi, seksualne orijentacije, spolnog identiteta, ili invaliditeta. Ukoliko bude potrebno, mogu podnijeti žalbu za diskriminaciju tako što ću posjetiti www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Svjestan/a sam da će informacije iz ovog formulara biti iskorištene samo da bi se utvrdila moja podobnost za zdravstveno osiguranje, te da će iste biti privatne kao što je predviđeno zakonom.
- Potvrđujem da nitko od navedenih osoba u ovoj aplikaciji nije u zatvoru ili pritvoru. Ukoliko ne potvrdim gore navedeno, _____ time se podrazumjeva da jesu u zatvoru.
  (ime osobe)

Sve ove informacije su nam potrebne kako bi provjerili Vašu podobnost i pravo na novčanu pomoć u plaćanju zdravstvenog osiguranja, ukoliko se odlučite da aplicirate za isto. Sve informacije koje nam dostavite će biti provjerene unutar naše elektronske baza podataka, kao i u bazama podataka IRS-a, socijalnog osiguranja, Odjeljenja za državnu bezbjednost, i/ili kreditnom birou. Ukoliko se dostavljene informacije ne podudaraju, možemo tražiti od Vas da nam dostavite dokaz o istim.

POTREBNA VAM JE POMOĆ S APLIKACIJOM? Posjetite HealthCare.gov ili nas pozovite na **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Ukoliko Vam je potrebna pomoć na drugom jeziku, sem engleskog, pozovite na **1-800-318-2596** te se, predstavniku iz korisničke službe, izjasnite oko toga koji jezik želite koristiti. Mi smo tu da Vam obezbijedimo besplatnu pomoć. TTY korisnici bi trebali pozvati **1-855-889-4325**.

KORAK 5 (Nastavak)

Obnavljanje osiguranja za nadolazeće godine

Da bi se olakšao proces provjere moje podobnosti i prava na pomoć u plaćanju zdravstvenog osiguranja za nadolazeće godine, prihvatam i dajem pravo Marketplace-u da koristi podatke o mojim primanjima, uključujući i podatke iz mojih poreskih povrata. Marketplace će me obavjestiti i dati pravo da napravim bilo kakve izmjene, kao i mogućnost da se u bilo kom trenutku odjavim.

Da, automatski obnovite moju podobnost za sledećih

☐ 5 godina (maksimalno dozvoljen broj godina), ili za kraći period od:

☐ 4 godine ☐ 3 godine ☐ 2 godine ☐ 1 godinu ☐ Nemojte koristiti informacije iz mojih poreskih povrata za obnavljanje mog zdravstvenog osiguranja.

Ukoliko itko od navednih osoba u ovoj aplikaciji ima pravo na Medicaid

- Dajem pravo Medicaid agenciji da potražuju i preuzme bilo kakav novac od drugih zdravstvenih osiguranja, zakonskih pogodbi, ili trećih stranki. Takođe, dajem Medicaid agenciji pravo da potražuje i preuzme medicinsku pomoć od mog supružnika ili roditelja.
- Da li ijedno od dijece navedeno u ovoj aplikaciji ima roditelja koji živi van porodičnog doma? ☐ Da ☐ Ne
- Ukoliko je odgovor da, svjestan/a sam da će od mene biti traženo da surađujem sa agencijom koja potražuje medicinsku pomoć od odsutnog roditelja. Ukoliko budem smatrao/la da bi se potraživanjem medicinske pomoći naudilo meni ili mojoj dijeci, svjestan/a sam da o tome mogu obavjestiti Medicaid i odbiti suradnju.

Što mogu učiniti ukoliko smatram da su rezultati moje podobnosti za tip osiguranja pogrešni?

Ukoliko se ne slažete sa tipom osiguranja za koje ste se kvalifikovali, u većini slučajeva možete podnijeti žalbu. Molimo da u tom slučaju pregledate Vaše obavještenje o podobnosti, gdje možete pronaći instrukcije za žalbu specifične za svakog člana Vašeg domaćinstva, kao i vremenski period u toku kojeg morate podnjeti žalbu. Dole navedene su važne informacije koje morate imati u vidu pri podnošenju žalbe:

- Ukoliko želite, možete tražiti od nekoga da zajedno sa Vama podnese i učestvuje u žalbi. Ta osoba može biti prijatelj, rođak, advokat ili bilo tko drugi. Ili, možete zahtjevati da sami učestvujete i podnosite žalbu.
- Ukoliko podnesete žalbu, možda ćete, u toku obrade iste, moći zadržati svoja prava na zdravstveno osiguranje.
- Krajnji ishod Vaše žalbe može uticati na članove Vašeg domaćinstva, odnosno na njihova prava na specifičan tip zdravstvenog osigurajna.

Da biste podnijeli žalbu na Vaše Marketplace rezulate podobnosti, ulogujete se na svoj Marketplace nalog na **HealthCare.gov/marketplace** ili nas pozovite na **1-800-318-2596**. TTY korisnici bi trebali pozvati **1-855-889-4325**. Takođe možete poštom poslati formular zahtjeva za žalbu ili pismo u kojem zahtjevate žalbu na **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750. Možete podnijeti žalbu na podobnost kupovine zdravstvenog osiguranja kroz Markeplace, periode podnošenja, poreske kredite, podjele u smanjenju troškova, Medicaid, i CHIP, ukoliko su vam isti uskraćeni. Ukoliko ste se kvalifikovali za poreske kredite ili podjele u smanjenju troškova, možete se žaliti na utvrđeni iznos. U zavisnosti od države u kojoj živite, možete podnijeti žalbu kroz Marketplace ili možete podnijeti žalbu preko državne Medicaid ili CHIP agencije.

Potpišite ovu aplikaciju. Osoba koja je popunila Korak 1 treba potpisati ovu aplikaciju. Ukoliko ste ovlašteni predstavnik možete se potpisati, ali samo pod uslovom da ste unijeli tražene informacije u Appendix-u C.

Potpis	Datum (mm/dd/gggg)
	/ /

KORAK 6 Poštom pošaljite ispunjenu aplikaciju.

Svoju potpisanu aplikaciju poštom pošaljite na:

Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750

Ukoliko se želite registrovati kao glasač, možete popuniti formular za registraciju glasača na **usa.gov**.

PRA Izjava

Na osnovu Akta o smanjenju papirologije iz 1995. godine, nitko nije dužan odgovoriti na kolekciju podataka ukoliko isti na sebi nemaju validni OMB kontrolni broj. Validni OMB kontrolni broj za ovu kolekciju podataka je 0938-1191. Vrijeme potrebno za ispunjenje ove kolekcije podataka je procijenjeno na 45 minuta po odgovoru, uključujući vrijeme potrebno za pregled instrukcija, pretragu postojećih izvora podataka, sakupljanje potrebnih podataka, te kompletiranja i pregled kolekcije podataka. Ukoliko imate bilo kakve komentare vezane za tačnost procijenjenog vremena ili sugestije kojima bi se unaprijedio ovaj formular, molimo da nam pišete na: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

NE POPUNJAVATI. OVO NIJE APLIKACIJA.

APPENDIX A

Formular odobren
OMB No. 0938-1191

Zdravstveno osiguranje kroz posao koji obavljate

NIJE potrebno da odgovorite na ova pitanja, osim ako neko u Vašem domaćinstv ima pravo na zdravstveno osiguranja kroz posao koji obavlja. Pridodajte kopiju ove stranice za svaki posao kroz koji Vam se nudi zdravstveno osiguranje.

Recite nam više o poslu preko kojeg Vam se nudi zdravstveno osiguranje.

Odnesite 'Employer Coverage Tool' sa slijedeće stranice poslodavcu koji Vam nudi zdravstveno osiguranje, kako biste dobili pomoć pri odgovoranja na ova pitanja. Potrebno je da pridodate samo ovu stranicu Vašoj aplikaciji, ne i gore navedeni 'Employer Coverage Tool'.

Informacije o zaposleniku:

1. Ime zaposlenike (Ime, drugo ime, prezime)	2. Broj socijalnog osiguranja zaposlenika
	- -

Informacije o poslodavcu:

3. Naziv Vašeg poslodavca	4. Identifikacioni broj poslodavca (EIN) -	
5. Adresa Vašeg poslodavca	6. Broj telefona Vašeg poslodavca ( ) –	
7. Grad	8. Država	9. Poštanski ZIP kod
10. Koga možemo kontaktirati u vezi zdravstvenog osiguranja zaposlenika na ovom poslu?		
11. Broj telefona (ukoliko je drugačiji od gore navedenog) ( ) –	12. Email adresa:	

13. **Da li trenutno imate pravo na zdravstveno osiguranje od strane ovog poslodavca, ili ćete ga steći u narednih 3 mjeseca?**

☐ **Da** (Nastavite)

13a. **Ukoliko ste na čekanju ili probnom radu, kada ćete steći pravo na zdravstveno osiguranje?** (mm/dd/gggg)

/ /

Upišite imena svih osoba koje imaju pravo na zdravstveno osiguranje kroz posao koji obavljate.

Ime: Ime: Ime:

☐ **Ne** (Zaustavite se ovde i pređite na Korak 5 ove aplikacije)

Recite nam više o tipu zdravstvenog osiguranja koje vam se nudi od strane ovog poslodavca.

14. Da li Vaš poslodavac nudi zdravstveno osiguranje koje ispunjava minimalne standarde vrijednosti*? ☐ Da ☐ Ne

15. Za tip osiguranja sa najnižim troškovima, a koji ispunjava minimalne standarde vrijednosti* **ponuđen samo za zaposlenika** (nemojte upisivati tipove osiguranja za cijelu porodicu):
Ukoliko poslodavac kroz osiguranje nudi 'wellness' program, molimo upišite iznos premije koji bi zaposlenik plaćao ukoliko bi on/ona primio/la maksimalan popust na svaki program odvikavanja od cigareta, a pri tom nebi primio/la bilo kakav drugi popust baziran na navedenom 'wellness' programu.

a. Koji iznos bi zaposlenik morao plaćati u premijama za ovaj plan? **$**

b. Koliko često? ☐ Sedmično ☐ Svake 2 sedmice ☐ Dva puta mjesečno ☐ Jednom mjesečno ☐ Svaka 3 mjeseca ☐ Godišnje

16. Koje promijene će poslodavac implementirati za narednu godinu (ukoliko znate)?

☐ Poslodavac neće nuditi zdravstveno osiguranje

☐ Poslodavac će početi da nudi zdravstveno osiguranje svojim zaposlenicima ili će promijeniti premiju na najjeftiniji raspoloživi plan osiguranja samo za one zaposlenike koji ispunjavaju minimalne standarde vrijednosti.* (Premija bi trebala odražavati popust za 'wellness' programe. Pogledajte pitanje pod rednim brojem 15.)

a. Koji iznos bi zaposlenik morao plaćati u premijama za ovaj plan? **$**

b. Koliko često? ☐ Sedmično ☐ Svake 2 sedmice ☐ Dva puta mjesečno ☐ Jednom mjesečno ☐ Svala 3 mjeseca ☐ Godišnje

c. Datum promjene (mm/dd/gggg): / /

*Zdravstveno osiguranje sponzorisano od strane poslodavca ispunjava "minimalne standarde vrijednosti" ukoliko udio osiguranja od totalno dozvoljenih benificijskih troškova pokrivenih osiguranjem nije manji od 60% tih troškova (Sekcija 36B(c)(2)(C)(ii) IRS-a iz 1986.godine).

POTREBNA VAM JE POMOĆ S APLIKACIJOM? Posjetite **HealthCare.gov** ili nas pozovite na **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Ukoliko Vam je potrebna pomoć na drugom jeziku, sem engleskog, pozovite na **1-800-318-2596** te se, predstavniku iz korisničke službe, izjasnite oko toga koji jezik želite koristiti. Mi smo tu da Vam obezbijedimo besplatnu pomoć. TTY korisnici bi trebali pozvati **1-855-889-4325**.

NE POPUNJAVATI. OVO NIJE APLIKACIJA.

Health Insurance Marketplace

Formular odobren
OMB No. 0938-1191

EMPLOYER COVERAGE TOOL

Koristite se ovim pomagalom da biste lakše odgovorili na pitanja u vašoj Marketplace aplikaciji, navedena u Appendix-u A. Taj dio aplikacije se odnosi na Vašeg poslodavca i tip zdravstvenog osiguranja na koji imate pravo kroz zaposlenje (čak i ako to pravo stičete kroz zaposlenje druge osobe, kao npr. Vašeg roditelja ili supružnika). Informacije navedene u dole navedenim numerisanim poljima se podudaraju sa poljima navedenim u Appendix-u A. Primjera radi, odgovor na pitanje sa ove stranice pod rednim brojem 14, možete iskoristiti kao odgovor na pitanje pod rednim brojem 14 u Appendix-u A. **Upišite svoje ime i broj socijalnog osiguranja u poljima 1 i 2, te zatražite od Vašeg poslodavca da ispuni ostatak formulara. Popunite jedno od ovih pomagala za svako poslodavca koji Vam nudi zdravstveno osiguranje.**

Informacije o ZAPOSLENIKU

Zaposlenik treba ispuniti ovu sekciju.

1. Ime zaposlenike (Ime, drugo ime, prezime)

2. Broj socijalnog osiguranja zaposlenika
___ - ___ - ___

Informacije o POSLODAVCU

Tražite od Vašeg **poslodavca** da unese ove podatke.

3. Naziv Vašeg poslodavca

4. Identifikacioni broj poslodavca (EIN)

5. Adresa poslodavca (Marketplace će poslati obaviještenje na ovu adresu)

6. Broj telefona Vašeg poslodavca
( ) –

7. Grad

8. Država

9. Poštanski ZIP kod

10. Koga možemo kontaktirati u vezi zdravstvenog osiguranja zaposlenika na ovom poslu?

11. Broj telefona (ukoliko je drugačiji od gore navedenog)
( ) –

12. Email adresa:

13. **Da li zaposlenik trenutno ima pravo na zdravstveno osiguranje od strane ovog poslodavca, ili će ga steći u narednih 3 mjeseca?**

☐ **Da** (Idite na pitanje pod rednim brojem 13a.)

13a. Ukoliko zaposlenik trenutno nema pravo na zdravstveno osiguranje, bilo zbog činjenice da je na čekanju ili probnom radu, kada će spomenuti zaposlenik steći pravo na zdravstveno osiguranje? ___ (mm/dd/gggg) (Pređite na slijedeće pitanje)

☐ **Ne** (Prestanite sa ispunjavanjem ovog formulara te isti vratite zaposleniku)

Recite nam više o **zdravstvenom osiguranju** koje nudi ovaj**poslodavac**.
Da li poslodavac nudi zdravstveno osiguranje i za zaposlenikovog supružnika ili drugu osobu o kojoj se stara?

☐ Da. Navedite koje su to osobe. ☐ Supružnik ☐ Osoba(e) o kojima se starate

☐ Ne.

(Preskočite do pitanja pod rednim brojem 14.)

14. Da li poslodavac nudi zdravstveno osiguranje koje ispunjava minimalne standarde vrijednosti*?

☐ Da (Preskočite do pitanja pod rednim brojem 15.) ☐ Ne (Prestanite sa ispunjavanjem ovog formulara te isti vratite zaposleniku)

15. Za tip osiguranja sa najnižim troškovima, a koji ispunjava minimalne standarde vrijednosti* **ponuđen samo za zaposlenika** (nemojte upisivati tipove osiguranja za cijelu porodicu): Ukoliko poslodavac kroz osiguranje nudi 'wellness' program, molimo upišite iznos premije koji bi zaposlenik plaćao ukoliko bi on/ona primio/la maksimalan popust na svaki program odvikavanja od cigareta, a pri tom nebi primio/la bilo kakav drugi popust baziran na navedenom 'wellness' programu.

a. Koji iznos bi zaposlenik morao plaćati u premijama za ovaj plan? **$**

b. Koliko često? ☐ Sedmično ☐ Svake 2 sedmice ☐ Dva puta mjesečno ☐ Jednom mjesečno ☐ Svaka tri mjeseca ☐ Godišnje (Pređite na slijedeće pitanje)

Ukoliko će plan godišnjeg osiguranja uskoro isteći, i znate da će doći do promijena u zdravstvenom osiguranju, pređite na pitanje pod rednim brojem 16. Ukoliko ne znate više o tome, prestanite sa ispunjavanjem ovog formulara te isti vratite zaposleniku.

16. Koje promijene će poslodavac implementirati za narednu godinu?

☐ Poslodavac neće nuditi zdravstveno osiguranje

☐ Poslodavac će početi da nudi zdravstveno osiguranje svojim zaposlenicima ili će promijeniti premiju na najjeftiniji raspoloživi plan osiguranja koji ispunjavaju minimalne standarde vrijednosti* i koji će biti na raspolaganju samo zaposlenicima. (Premija bi trebala odražavati popust za 'wellness' programe. Pogledajte pitanje pod rednim brojem 15.)

a. Koji iznos bi zaposlenik morao plaćati u premijama za ovaj plan? **$**

b. Koliko često? ☐ Sedmično ☐ Svake 2 sedmice ☐ Dva puta mjesečno ☐ Jednom mjesečno ☐ Svaka tri mjeseca ☐ Godišnje

c. Datum promijene (mm/dd/gggg): / /

*Zdravstveno osiguranje sponzorisano od strane poslodavca ispunjava "minimalne standarde vrijednosti" ukoliko udio osiguranja od totalno dozvoljenih benificijskih troškova pokrivenih osiguranjem nije manji od 60% tih troškova (Sekcija 36B(c)(2)(C)(ii) IRS-a iz 1986.godine).

POTREBNA VAM JE POMOĆ S APLIKACIJOM? Posjetite **HealthCare.gov** ili nas pozovite na **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Ukoliko Vam je potrebna pomoć na drugom jeziku, sem engleskog, pozovite na **1-800-318-2596** te se, predstavniku iz korisničke službe, izjasnite oko toga koji jezik želite koristiti. Mi smo tu da Vam obezbijedimo besplatnu pomoć. TTY korisnici bi trebali pozvati **1-855-889-4325**.

NE POPUNJAVATI. OVO NIJE APLIKACIJA.

APPENDIX B.

Formular odobren
OMB No. 0938-1191

Članovi porodice američkih starosjedioca ili domorodaca s Aljaske (AI/AN)

Popunite ovaj appendix samo ukoliko ste Vi ili neko iz Vaše porodice američki starosjedioc ili domorodac s Aljaske. Podnesite ovaj appendix zajedno s aplikacijom za zdravstveno osiguranje & pomoć u plaćanju troškova

Recite nam više o članovima Vaše porodice koji su porijeklom američki starosjedioci ili domorodci s Aljaske. Američki starosjedioci ili domorodci s Aljaske mogu dobiti zdravstvene usluge preko Indian Health Services (Zdravstvene službe za američke starosjedioce), plemenskih zdravstvenih programa, ili urbanih zdravstvenih programa za američke starosjedioce. Oni takođe mogu dobiti pravo neplaćanja troškova, te mogu dobiti posebne popuste za svaki mjesečni period plaćanja. Odgovorite na slijedeća pitanja kako biste bili sigurni da će Vaša porodica dobiti najvišu moguću pomoć.

NAPOMENA: Ukoliko navodite više od dve osobe u ovoj aplikaciji, kopirajte ovu stranicu i pridodajte je aplikaciji.

	AI/AN OSOBA 1.	AI/AN OSOBA 2.
1. Ime: (Ime, Drugo (krsno) ime, Prezime)	Ime Drugo (krsno) ime Prezime	Ime Drugo (krsno) ime Prezime
2. Da li je ova osoba član federalno priznatog plemena?	☐ Da. **Ukoliko je odgovor da**, upišite naziv plemena ☐ Ne.	☐ Da. **Ukoliko je odgovor da**, upišite naziv plemena ☐ Ne.
3. Da li je navedena osoba ikada koristila usluge Indian Health Services (Zdravstvene službe za američke starosjedioce), plemenskih zdravstvenih programa, ili urbanih zdravstvenih programa za američke starosjedioce, ili kroz uputu preko jednog od ovih programa?	☐ Da ☐ Ne **Ukoliko je odgovor ne**, da li navedena osoba ima pravo korištenja usluga Indian Health Services (Zdravstvene službe za američke starosjedioce), plemenskih zdravstvenih programa, ili urbanih zdravstvenih programa za američke starosjedioce, ili kroz uputu preko jednog od ovih programa? ☐ Da ☐ Ne	☐ Da ☐ Ne **Ukoliko je odgovor ne**, da li navedena osoba ima pravo korištenja usluga Indian Health Services (Zdravstvene službe za američke starosjedioce), plemenskih zdravstvenih programa, ili urbanih zdravstvenih programa za američke starosjedioce, ili kroz uputu preko jednog od ovih programa? ☐ Da ☐ Ne
4. Određeni primljeni iznosti novca možda neće biti uračunati za Medicaid ili Program za zdravstveno osiguranje dijece (CHIP). Upišite bilo kakva primanja (iznos i koliko često ista dobijate) koja su navedena u Vašoj aplikaciji, a koja primate preko navedenih izvora: • Sva plemenska per capita (po glavi) plaćanja kroz prirodne resurse, prava korištenja, najam, ili honorare • Plaćanje kroz prirodne resurse, poljoprivredu, stočarstvo, ribolov, najam, ili honorare od zemlje koja se, od strane Ministarstva unutrašnjih poslova, smatra zemljom američkih starosjedioca (uključujući bivše i sadašnje rezervate) • Novac stečen prodajom predmeta koji imaju kulturološki značaj	$ Koliko često?	$ Koliko često?

POTREBNA VAM JE POMOĆ S APLIKACIJOM? Posjetite HealthCare.gov ili nas pozovite na **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Ukoliko Vam je potrebna pomoć na drugom jeziku, sem engleskog, pozovite na **1-800-318-2596** te se, predstavniku iz korisničke službe, izjasnite oko toga koji jezik želite koristiti. Mi smo tu da Vam obezbijedimo besplatnu pomoć. TTY korisnici bi trebali pozvati **1-855-889-4325**.

NE POPUNJAVATI. OVO NIJE APLIKACIJA.

APPENDIX C.

Formular odobren
OMB No. 0938-1191

Pomoć pri ispunjavanju ove aplikacije

Možete odabrati ovlaštenog predstavnika.
Možete, osobi od povjerenja, dati pravo da sa nama razgovara o ovoj aplikaciji, pregleda Vaše podatke, te djeluje u Vaše ime po pitanju onoga što se odnosi na ovu aplikaciju, uključujući informacije o Vašoj aplikaciji, i potpisivanje iste u Vaše ime. Ova osoba se naziva "ovlaštenim predstavnikom." Ukoliko se odlučite da promjenite Vašeg ovlaštenog predstavnika, molimo da u vezi s tim kontaktirate Marketplace. Ukoliko ste zakonski izabran predstavnik za neku od osoba navedenu u ovoj aplikaciji, molimo da podnesete dokaz o tome zajedno sa ovom aplikacijom.

1. 1.Ime ovlaštenog predstavnika (Ime, Drugo (krsno) ime, Prezime)

2. Adresa

3. Broj stana ili apartmana

4. Grad

5. Država

6. Poštanski ZIP kod

7. Broj telefona
( ) –

8. Naziv organizacije

9. Identifikacioni broj (ukoliko je primjenjivo)

Potpisivanjem, Vi ovoj osobi dajete pravo da potpiše aplikaciju u Vaše ime, da prima informacije o ovoj aplikaciji, te djeluje u Vaše ime u vezi svih budućih pitanja vezanih za ovu aplikaciju.

10. Vaš potpis

11. Datum (mm/dd/gggg)
/ /

Samo za certifikovane aplikacione savjetnike, navigatore, agente i brokere.
Popunite ovu sekciju samo ukoliko ste certifikovani aplikacioni savjetnik, navigator, agent, ili broker koji popunjava ovu aplikaciju u nečije drugo ime.

1. Datum popunjavanja aplikacije (mm/dd/gggg)
/ /

2. Ime, Drugo (krsno) ime, Prezime, & Sufiks

3. Naziv organizacije

4. Identifikacioni broj (ukoliko je primjenjivo)

5. Samo za agente/brokere: NPN broj

POTREBNA VAM JE POMOĆ S APLIKACIJOM? Posjetite HealthCare.gov ili nas pozovite na **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Ukoliko Vam je potrebna pomoć na drugom jeziku, sem engleskog, pozovite na **1-800-318-2596** te se, predstavniku iz korisničke službe, izjasnite oko toga koji jezik želite koristiti. Mi smo tu da Vam obezbijedimo besplatnu pomoć. TTY korisnici bi trebali pozvati **1-855-889-4325**.