تکمیل نکنید. این یک درخواستی نیست.

Health Insurance Marketplace

فورمه قبول شده
نمبر OMB 0938-1191

درخواست برای مصارف صیحی و کمک پرداخت نمودن آن.

چیز های که فهمیده شود.

این درخواستی را استفاده کنید تا بدانید که شما چه قسم مصارف صیحی را ضرورت دارید.

- تهیه نمودن پلان های بیمه صیحی شخصی غرض اریه نمودن مصارف مکمل پایه دار.
- یک کریدت تکس جدید که بتواند تادیات مصارف صیحی شما را دفعتآ کمک نماید.
- بیمه رایگان و یا ارزان قیمت از معالجه و یا پروگرام بیمه صیحی اطفال (CHIP)

شما ممکن مستحق بیمه رایگان و یا پروگرام ارزان قیمت باشید حتی اگر عایدات سالانه شما 94000 دالر باشد (برای یک فامیل 4 نفری)

کی میتواند از این درخواستی استفاده کند؟

- این درخواستی را برای هر یک از اعضای فامیل تان استفاده کرده میتوانید.
- حتی اگر شما و یا طفل تان از سابق بیمه صیحی داشته باشید از این درخواستی استفاده کرده میتوانید. شما ممکن قانوناً مستحق بیمه رایگان و یا ارزان قیمت باشید.
- اگر شما مجرد هستید. شما میتوانید از درخواستی مختصرتر استفاده کنید. در ویب سایت HealthCare.gov مراجعه کنید.
- فامیلی ها به شمول پناهندهگان متوانند که درخواست کنند. ما میتوانید که برای طفل تان درخواست بدهید حتی اگر شما واجد شرایط این بیمه صیحی هم نباشید. این درخواست نمودن بالای موقف پناهندگی شما و یا امکانات اقامت دایمی و قبولی تابعت کدام تأثیری نخواهد داشت.
- اگر کسی در خانه پری این درخواست نامه شما را کمک میکند شما باید ضمیمه C را خانه پری کنید.

درخواست نمودن سریعتر از طریق آنلاین.

درخواست نمودن سریعتر از طریق آنلاین به ویبسایط HealthCare.gov.

چه چیز ها را شما برای درخواست نمودن ضرورت خواهید داشت.

- نمبر امنیتی اجتماعی (و یا نمبر های اسناد پناهندگی واجد شرایط برای کسانیکه به بیمه صیحی ضرورت دارند)
- کارفرما و معلومایت عایداتی برای هر یک در فامیل شما (به طور مثال. از سند تادایات . فورمه W-2. و یا مزد و اسناد تکس)
- شرایط و مقررات برای هر نوع بیمه صحی فعلی
- معلومات در باره هر نوع بیمه صحی از طرف کار که برای فامیل شما میسر است

چرا ما این معلومات ها را پرسان میکنیم؟

ما در باره عایدات و دیگر معلومات شما بخاطری پرسان میکنیم تا شما را بفهمانیم که شما واجد شرایط کدام مصارف هستید اگر شما مستحق کمک مالی باشید. **مطابق به شرایط قانون. تمام این معلومات که شما برای ما میدهید نزد ما محرم می باشد.** برای معلومات بشتر تان به ویب سایت HealthCare.gov مراجعه کنید و یا رهنما را ببینید.

بعدآ چه واقع می شود؟

درخواستی تکمیل و امضا شده تان را به آدرس صفحه 7 روان کنید. **اگر تمام معلومات پرسان شده را ندارید. باز هم درخواستی تان را امضا و ارایه نماید.** ما با شما در بین 2-1 هفته تماس می گیریم. بعدآ برای شما رهنمایی می شود که چطور درخواستی برای مصارف صحی را خانه پوری نمایید. اگر از طرف ما آگاهی حاصل ننمودید. در ویب سایط ذیل HealthCare.gov مراجعه نموده و یا به تلفون نمبر **1-800-318-2596** تماس بگیرید. خانه پری نمودن این درخواستی مصارف صحی به این مفهوم نیست که شما بیمه صحی را حاصل کرده اید.

کمک گرفتن برای این درخواستی

- **آنلاین:** HealthCare.gov
- **تلفون:** به مرکز کمک به تلفون شماره **1-800-318-25** تماس بگیرید.
- **شخصی:** ممکن در ساحه شما مشاورین موجود باشد که شما را کمک نماید. برای معلومات بشتر به ویب سایت ذیل HealthCare.gov مراجعه نموده و یا به تلفون نمبر **1-800-318-2596** تماس بگیرید.
- **هسپانوی:** هسپانوی **1-800-318-2596.**

آیا شما با درخواستی خود به کمک ضرورت دارید؟ در ویب سایت HealthCare.gov مراجعه کنید و یا در شماره تلفون **1-800-318-2596** تماس بگیرید. هسپانیوی **1-800-318-2596.**
اگر شما بغیراز لسان انگلسی به کدام لسان دیگر ضرورت دارید به تلفون نمبر **1-800-318-2596** تماس گیرید و با نماینده دفتر اجرایوی لسان مطلوب خود را یاد آور شوید. ما همرای شما بدون کدام حق الزحمه کمک می نمایم. TTY مشتری ها به این شماره **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

تکمیل نکنید. این یک درخواستی نیست.

برای خانه پوری این درخواستی از قلم رنگ سیاه و یا آبی استفاده کنید.

قدم اول

راجع به شخص خود تان معلومات بدهید.

(ما یک نفر کلان اعضای فامیل شما را ضرورت داریم که منحیث نماینده با ما در تماس باشد.)

1. اسم
اسم دومی
تخلص
سفیکس

2. آدرس خانه (اگر کدام یک را ندارید خالی بگذارید.)
3. نمبر اپرتمان و یا خانه

4. شهر
5. ایالت
6. ذیپ کود
7. مملکت

8. آدرس پوستی (اگر از آدرس خانه فرق دارد.)
9. نمبر اپرتمان و یا خانه

10. شهر
11. ایالت
12. ذیپ کود
13. مملکت

14. شماره تلفون
( ) –
15. دیگر کدام تلفون نمبر
( ) –

16. آیا شما می خواهید در باره این درخواستی توسط ایمل معلومات بگیرید؟ بلی نه خیر

ایمل آدرس:

17. لسان دلخواه شما که نوشته و سخن می گوید کدام است؟ (اگر انگلسی نیست.)

قدم دوم

راجع به فامیل تان معلومات بدهید.

کی را می خواهید در این درخواستی شامل کنید؟

در باره تمام اعضای فامیل که همراه شما زندگی می کند برای ما معلومات بدهید. اگر شما فورمه های تکس را خانه پوری نموده اید. ما باید به تمام مشخصات فورمه های هر یک شما بفهمم. (شما ضرورت ندارید که فورمه های تکس خانه پوری کنید تا مصارف صحی بگیرید.)

شامل بسازید:

- شخص خود تان
- شوهر و یا خانم تان
- اولاد های تان که از سن 21 پاینتر می باشد و با شما زندگی می کند.
- پارتنر عروسی نکرده شما که به مصارف صحی ضرورت دارد.
- هر یکی از کسانیکه در فورمه تکس شما شامل هستند با وجودکه با شما زندگی نمی کنند.
- کسانیکه از سن 21 پاینتر است و با شما زندگی می کنند و شما مسؤلیت شان را دارید.

شما مجبور به شامل نمودن نیستید.

- پارتنر عروسی نکرده شما که به مصارف صحی ضرورت ندارد.
- اولاد ها ی پارتنر عروسی نکرده شما
- پدر و مادر تان که به شما زندگی می کند مگر تکس های خود را خانه پوری می کنند. (اگر شما از 21 بالا تر هستید.)
- دیگر خویشاوندانیکه تکس های خود را خانه پوری می کنند.

مقدار و یا نوع پروگرام که شما مستحق می شوید تعلق به نمبر اعضای فامیل و عاید شان دارد. این معلومات ما را کمک می کند تا هر یک بتوانند بهترین مصارف را به دست بیاورند.

مرحله دوم را برای هر یک از اعضای فامیل تان تکمیل کنید. با شخص خود شروع نموده و بعدا هر یک از کلان ها و اطفال فامیل تان را شامل کنید. اگر از دو نفر زیاد تر در فامیل تان دارید در آن صورت این صفحه ها را فوتو کاپی نموده و ضمیمه کنید. اگر یکی از اعضای فامیل تان به مصارف صحی ضرورت ندارد. به تهیه نمودن اسناد پناهندگی و یا نمبر امنیتی اجتماعی آن ضرورت نیست. مطابق به شرایط قانون. تمام این معلومات که شما برای ما میدهید نزد ما محرم می باشد. چک نمودن معلوما ت شخصی تان صرف برای مستحق بودن تان استفاده می شود.

آیا شما با درخواستی خود به کمک ضرورت دارید؟ در ویب سایت HealthCare.gov مراجعه کنید و یا در شماره تلفون **1-800-318-2596** تماس بگیرید. هسپانیوی **1-800-318-2596**.
اگر شما بغیراز لسان انگلسی به کدام لسان دیگر ضرورت دارید به تلفون نمبر **1-800-318-2596** تماس گیرید و با نماینده دفتر اجرایوی لسان مطلوب خود را یاد آور شوید. ما همرای شما بدون کدام حق الزحمه کمک می نمایم. TTY مشتری ها به این شماره **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

تکمیل نکنید. این یک درخواستی نیست.

مرحله 2: نفر 1 (از خود شروع کنید)

مرحله دوم را برای خود تان، خانم تان/ پارتنر تان و اطفال تان و یا کسانی دیگری که همرای شما زندگی میکند و شامل فورمه تکس شما مربوط به ایا لت فدرال اگر خانه پری میکنید. تکمیل نماید. برای معلومات بیشتر درباره کسانیکه شامل میکنید به صفحه 1 **مراجعه کنید.** اگر شما فورمه تکس را خانه پری نمیکنید، به خاطر داشته باشید که اعضای فامیل تان را شامل نماید که همرای شما یکجا زندگی میکند.

1. اسم _____ اسم دومی _____ تخلص _____ سفیکس _____

2. ارتباط با شما؟ **خود** _____

3. تاریخ تولد (ماه / روز / سال) ____ / ____ / ____

4. جنس ☐ مذکر ☐ مونث

5. نمبر امنیتی اجتماعی ____ - ____ - ____

ما به این نمبر ضرورت داریم اگر شما مصارف صحی می خواهید و دارای نمبرامنیتی اجتماعی می باشید. حتی اگر شما مصارف صحی برای خود نمی خواهید، باز هم نمبر امنیتی اجتماعی تان را نوشته کنید چون این پروسه درخواستی تان را سریع تر می سازد. ما نمبر امنیتی اجتماعی و دیگر معلومات ها را استفاده می کنیم تا بدانیم که کی برای اخذ مصارف صحی مستحق است. کمک برای گرفتن نمبر امنیتی اجتماعی در شماره 1-800-772-1213 و یا به ویب سایت ذیل socialsecurity.gov مراجعه کنید. TTY مشتری ها به این شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند.

6. **آیا شما پلان دارید که فورمه تکس ایابت فدرال را در سال آینده خانه پوری کنید؟**
(شما می توانید برای بیمه صحی درخواستی نمایید باوجود که شما فورمه تکس را برای ایالت فدرال خانه پری نمی کنید.)

☐ **بلی.** اگر جواب شما **بلی** است، سوال های a – c را جواب بدهید.

نه خیر. اگر جواب شما **نه خیر** است به سوال C مراجعه نماید.

a. آیا شما همرا با خانم ویا شوهر تان یکجا خانه پری می کنید. ☐ بلی ☐ نه خیر

اگر جواب **تان بلی** است، نام شوهر و یا خانم تان را بنویسید: _____

b. آیا شما حقوق کسان را که با شما یکجا زندگی می کند مطالبه خواهی نمود؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

اگر جواب **تان بلی** است، نام متعلقین تان را بنویسید: _____

c. آیا حقوق شما در خانه پری فورمه تکس متعلقین شما مطالبه خواهید بود؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

اگر جواب تان بلی است، نام خانه پری کننده فورمه تکس را نوشته کنید: _____

شما چه رابطه با خانه پری کننده فورمه تکس دارید _____

7. آیا شما حامله هستید؟ ☐ بلی ☐ نه خیر a. اگر جواب **تان بلی** است، چند طفل به دنیا می آید؟ ____

8. **آیا شما به مصارف صحی ضرورت دارید؟**
(حتی اگر شما بیمه صحی دارید، ممکن است برای شما یک پروگرام خوبتر و ارزانتر باشد.)

☐ **بلی.** اگر جواب شما **بلی** است، سوال های ذیل را جواب بدهید.

☐ **نه خیر.** اگر جواب **تان نخیر** است در صفحه 3 برای سوال های عایدات بروید. این صفحه را خالی بگذارید.

9. آیا شما کدام مریضی جسمانی، عصبی و روانی دارید که باعث ناتوانی شما در بعضی کار ها (به مثل، جان شستن، کا لا پوشیدن، کار های روز مره و یا غیره)و یا شما با سهولت های تداوی و یا مراقبت در خانه زندگی می کنید؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

10. آیا شما تبعه امریکا و یا شهر نشین امریکا هستید؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

11. **اگر شما تبعه امریکا و یا شهر نشین امریکا نیستید،** آیا شما اسناد پناهندگی قانونی دارید؟ *(رهنما را ببینید.)*

☐ بلی، نوع اسناد و نمبر شناخت تان را به قسم ذیل تحریر نماید.

a. نوع اسناد پناهندگی : _____

b. نمبر اسناد شناسایی _____

c. آیا شما در امریکا از سال 1996 تا اکنون زندگی می کنید؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

d. آیا شما و یا خانم و شوهر تان و یا پدر و مادر تان از اعضای برحال و یا باز نشسته اردوی امریکا می باشند؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

12. آیا شما برای پرداخت بل های طبی در 3 ماه گذشته به کمک مالی ضرورت دارید؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

13. آیا شما با یک طفل که از 19 پاینتر باشد زندگی می کنید، و شما شخصی هستید که مسؤلیت مراقبت از این طفل را دارید؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

14. آیا شما یک شاگرد هستید؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

15. آیا شما در یتیم خانه در سن 18 سالگی و یا بالا تر بوده اید؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

16. **اگر هسپانیوی و لتینو، نژادی (انتخابی – خط کنید بکس که به شما ارتباط دارد.)**

☐ مکسیکوئی ☐ مکسیکوئی امریکائی ☐ چیکانو ☐ پورتو ریکن ☐ کیوبائی ☐ دیگر _____

17. **نژاد (انتخابی – خط کنید بکس که به شما ارتباط دارد.)**

☐ سفید ☐ امریکائی هندی و یا نتف الاسکا ☐ فلپاینی ☐ ویتنامی ☐ گوامانین و کمرو
☐ سیاه و یا امریکائی افریقایی ☐ هندی آسیائی ☐ جاپانی ☐ آسیایی دیگر ☐ سمون
☐ چنائی ☐ کوریایی ☐ هوایان ☐ دیکر در بحر پسیفیک
☐ دیگر _____

آیا شما با درخواستی خود به کمک ضرورت دارید؟ در ویب سایت HealthCare.gov مراجعه کنید و یا در شماره تلفون **1-800-318-2596** تماس بگیرید. هسپانیوی **1-800-318-2596**.
اگر شما بغیراز لسان انگلسی به کدام لسان دیگر ضرورت دارید به تلفون نمبر **1-800-318-2596** تماس گیرید و با نماینده دفتر اجرایوی لسان مطلوب خود را یاد آور شوید. ما همرای شما بدون کدام حق الزحمه کمک می نمایم. TTY مشتری ها به این شماره **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

تکمیل نکنید. این یک درخواستی نیست.

مرحله 2: نفر 1

(از خود تان ادامه بدهید)

وظیفه فعلی و معلومات عایدات

☐ **کار:** اگر شما فعلاً کار و یا وظیفه دارید. در باره عایدات تان برای ما بگوید. از سوال 18 شروع کنید.

☐ **کار ندارید:** به سوال 28 بروید.

☐ **کار شخصی:** به سوال 27 بروید.

وظیفه فعلی 1:

18. نام کار فرما

a. آدرس کار فرما

b. شهر | c. ایالت | d. ذیپ کود | 19. نمبر کار فرما ( ) –

20. مزد/بخشش (قبل از تکس) $ ☐ ساعتانه ☐ هفته وار ☐ هر دو هفته ☐ دو بار در یک ماه ☐ ماهانه ☐ سالانه

21. اوسط ساعات کاری در یک هفته

وظیفه فعلی 2: (اگر شما کدام وظیفه دیگری دارید و جای زیادتر به کار است. از ورقه اضافی استفاده کرده می توانید)

22. نام کار فرما

a. آدرس کار فرما

b. شهر | c. ایالت | d. ذیپ کود | 23. نمبر کار فرما ( ) –

24. مزد/بخشش (قبل از تکس) $ ☐ ساعتانه ☐ هفته وار ☐ هر دو هفته ☐ دو بار در یک ماه ☐ ماهانه ☐ سالانه

25. اوسط ساعات کاری در یک هفته

26. **در سال گذشته، آیا شما:** ☐ تبدیل وظیفه نموده اید ☐ ترک وظیفه نموده اید ☐ ساعات کاری تان را کم کرده اید ☐ هیچ کدام از این ها

27. **اگر شما وظیفه شخصی دارید، این سوالات را جواب بدهید:**

a. نوع کار:

b. چقدر عاید خالص (مفاد بعد از پرداخت مصارف کار) از این وظیفه شخصی در این ماه به دست می آورید. $
(رهنما را ببینید)

28. **دیگر عایدات در این ماه:** تمام آن را چک کنید. و مقدار که معمولا شما بدست می آورید بنویسید اینجا چک کنید اگر هیچ چیزی نیست. ☐
نوت: شما ضرورت ندارید که برای ما در باره کمک مالی برای اطفال، تادیات برای اشخاص باز نشسته از اردو، عاید امنیتی دیگر.معلومات بدهید.

☐ بیکاری $ چی اوقات؟ _____ ☐ خرج گرفته شده $ چی اوقات؟ _____

☐ مقرری $ چی اوقات؟ _____ ☐ جمع مزرعه/ماهیگیری $ چی اوقات؟ _____

☐ امنیتی اجتماعی $ چی اوقات؟ _____ ☐ جمع کرایه/حق خانواده $ چی اوقات؟ _____

☐ حسابات تقاعد $ چی اوقات؟ _____ ☐ نوع دیگر عایدات: _____ $ چی اوقات؟ _____

29. **کسرات:** چیز های که مربوط شما می شود چک کنید. مبلغ و چی اوقات که شما آن را بدست می آورید نوشته کنید. اگر تادیات شما برای بعضی چیز ها در فورمه تکس عایداتی ایالت فدرال قابل کسر باشد. یاد آوری آن ممکن است که هزینه مصارف صحی شما را کم کند.
نوت: شما نباید هزینه را شامل کنید که شما قبلا آن را در جوابات عاید کار شخصی شامل کرده باشید. (سوال 27B)

☐ خرج داده شده $ چی اوقات؟ _____ ☐ نوع دیگر کسرات: _____ $ چی اوقات؟ _____

☐ قرضه برای شاگرد و سود $ چی اوقات؟ _____

30. **عاید سالانه:** در صورت تکمیل کنید که اگر عاید ماهانه شما تغیر می کند. اگر کدام توقع در تغیر عایدات ماهانه تان ندارید، برای خانه پری شخص دیگر بروید.

جمع عایدات شما در این سال $

جمع عایدات شما برای سال آینده (اگر شما فکر می کنید عاید شما تغیر می کند) $

تشکر!
ما صرف همین چیز ها را در باره شما می خواستیم بدانیم.

آیا شما با درخواستی خود به کمک ضرورت دارید؟ در ویب سایت HealthCare.gov مراجعه کنید و یا در شماره تلفون **1-800-318-2596** تماس بگیرید. هسپانیوی **1-800-318-2596**.
اگر شما بغیراز لسان انگلسی به کدام لسان دیگر ضرورت دارید به تلفون نمبر **1-800-318-2596** تماس گیرید و با نماینده دفتر اجرایوی لسان مطلوب خود را یاد آور شوید. ما همرای شما بدون کدام حق الزحمه کمک می نمایم. TTY مشتری ها به این شماره **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

تکمیل نکنید. این یک درخواستی نیست.

مرحله 2: شخص 2:

اگر از دو نفر زیادتر شامل می کنید، مرحله 2 را کاپی کنید. شخص 2 (صفحه 4 و 5) و تکمیل کنید.

مرحله دوم را برای خود تان، خانم تان/ پارتنر تان و اطفال تان و یا کسانی دیگری که همرای شما زندگی میکند و شامل فورمه تکس شما مربوط به ایا لت فدرال اگر خانه پری میکنید. تکمیل نماید. برای معلومات بیشتر درباره کسانیکه شامل میکنید به صفحه 1 مراجعه کنید. اگر شما فورمه تکس را خانه پری نمیکنید. به خاطر داشته باشید که اعضای فامیل تان را شامل نماید که همرای شما یکجا زندگی میکند.

1. اسم | اسم دومی | تخلص | سفیکس

2. ارتباط با شما؟ (*رهنما را ببینید*)

3. تاریخ تولد (ماه / روز / سال) / /

4. جنس ☐ مذکر ☐ مونث

5. نمبر امنیتی اجتماعی - -

ما این معلومات را ضرورت داریم اگر شما مصارف صحی برای شخص 2 می خواهید و شخص 2 نمبر امنیتی اجتماعی دارد.

6. آیا شخص 2 همراه شما در عین آدرس زندگی می کند. ☐ بلی ☐ نه خیر

اگر نه خیر، آدرس را تحریر نماید: _____

7. **آیا شخص 2 پلان دارد که برای سال آینده فورمه های تکس ایالت فدرال را خانه پری نماید؟**

(*شما می توانید بیمه صحی برای شخص 2 درخواستی نمایید باوجود که شخص 2 فورمه های تکس ایالت فدرال را خانه پری نکرده باشد.*)

☐ **بلی.** اگر جواب شما **بلی** است، سوال های A – C را جواب بدهید. ☐ **نه خیر.** اگر جواب **شما نه خیر** است به سوال C مراجعه نماید.

a. آیا شخص 2 همرا با خانم ویا شوهر شان فورمه های تکس را خانه پری می کنند؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

اگر جواب تان بلی است، نام شوهر و یا خانم شان را بنویسید: _____

b. آیا شخص 2 حقوق کسان را که با ایشان یکجا زندگی می کند مطالبه خواهی نمود؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

اگر جواب **تان بلی** است، نام متعلقین را بنویسید: _____

c. آیا حقوق شخص 2 در خانه پری فورمه تکس متعلقین شخص مطالبه خواهید بود؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

اگر جواب **تان بلی** است، نام خانه پری کننده فورمه تکس را نوشته کنید: _____

ارتباط شخص 2 همراه با خانه پری کننده فورمه تکس چی می باشد: _____

8. آیا شخص 2 حامله هست؟ ☐ بلی ☐ نه خیر a. اگر جواب **تان بلی** است، چند طفل به دنیا می آید؟

9. **آیا شخص 2 به مصارف صحی ضرورت دارید؟**

(*حتی اگر شخص 2 بیمه صحی دارد، ممکن است یک پروگرام خوبتر و ارزانتر برای شان باشد.*)

☐ **بلی.** اگر جواب شما **بلی** است، سوال های ذیل را جواب بدهید.

☐ **نه خیر.** اگر جواب تان نخیر است در صفحه 3 برای سوال های عایدات بروید. این صفحه را خالی بگذارید.

10. آیا شخص 2 کدام مریضی جسمانی، عصبی و روانی دارد که باعث ناتوانی در بعضی کار ها (به مثل، جان شستن، کا لا پوشیدن، کار های روز مره و یا غیره)و یا با سهولت های تداوی و یا مراقبت در خانه زندگی می کند؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

11. آیا شخص 2 تبعه امریکا و یا شهر نشین امریکا هستند؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

12. **اگر شخص 2 تبعه امریکا و یا شهر نشین امریکا نیستند**، آیا شخص 2 اسناد پناهندگی قانونی دارند؟ (*رهنما را ببینید*)

☐ بلی. نوع اسناد و نمبر شناخت شخص 2 را به قسم ذیل تحریر نماید.

a. نوع اسناد پناهندگی:

b. نمبر اسناد شناسایی

c. آیا شخص 2 در امریکا از سال 1996 تا اکنون زندگی می کند؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

d. آیا شخص 2 و یا خانم و شوهر شان و یا پدر و مادر شان از اعضای برحال و یا باز نشسته اردوی امریکا می باشند؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

13. آیا شخص 2 برای پرداخت بل های طبی در 3 ماه گذشته به کمک مالی ضرورت دارند؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

14. آیا شخص 2 با یک طفل که از 19 پاینتر باشد زندگی می کند، و شخص 2 شخص هستند که مسؤلیت مراقبت از این طفل را دارند؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

15. آیا شخص 2 در یتیم خانه در سن 18 سالگی و یا بالا تر بوده است؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

سوالات ذیل را جواب بدهید اگر شخص 2 سن 22 ساله و یا خوردتر می باشد:

16. آیا شخص 2 بیمه از طریق کار داشته است و در 3 ماه گذشته از دست داده است؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

a. اگر جواب شما **بلی** است، آخرین تاریخ را بنویسید: _____ b. علت برای ختم شدن بیمه: _____

17. آیا شخص 2 شاگرد هست؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

18. **اگر هسپانیوی و لتینو، نژادی (انتخابی – خط کنید بکس که به شما ارتباط دارد.)**

☐ مکسیکوئی ☐ مکسیکوئی امریکائی ☐ چیکانو ☐ پورتو ریکن ☐ کیوبائی ☐ دیگر _____

19. **نژاد (انتخابی – خط کنید بکس که به شما ارتباط دارد.)**

☐ سفید ☐ امریکائی هندی و یا نتف الاسکا ☐ فلپاینی ☐ ویتنامی ☐ گوامانین و کمرو
☐ سیاه و افریقائی امریکائی ☐ هندی آسیائی ☐ جاپانی ☐ آسیائی دیگر ☐ سمون
☐ چینائی ☐ کوریای ☐ هوایان ☐ دیگر در بحر پسیفیک
☐ دیگر _____

حالا، در باره عایدات شخص 2 در عقب صفحه بنویسید.

آیا شما با درخواستی خود به کمک ضرورت دارید؟ در ویب سایت HealthCare.gov مراجعه کنید و یا در شماره تلفون **1-800-318-2596** تماس بگیرید. هسپانیوی **1-800-318-2596**.
اگر شما بغیراز لسان انگلسی به کدام لسان دیگر ضرورت دارید به تلفون نمبر **1-800-318-2596** تماس گیرید و با نماینده دفتر اجرایوی لسان مطلوب خود را یاد آور شوید. ما همرای شما بدون کدام حق الزحمه کمک می نمایم. TTY مشتری ها به این شماره **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

مرحله 2: شخص 2:

وظیفه فعلی و معلومات عایدات

☐ **کار:** اگر شخص 2 فعلاً کار و یا وظیفه دارند. در باره عایدات شان برای ما بگوید. از سوال 20 شروع کنید.

☐ **کار ندارد:** به سوال 30 بروید.

☐ **کار شخصی:** به سوال 29 بروید.

وظیفه فعلی 1:

20. نام کار فرما

a. آدرس کار فرما

b. شهر | c. ایالت | d. ذیپ کود | 21. نمبر کار فرما ( ) –

22. مزد/بخشش (قبل از تکس) $ ☐ ساعتانه ☐ هفته وار ☐ هر دو هفته ☐ دو بار در یک ماه ☐ ماهانه ☐ سالانه

23. اوسط ساعات کاری در یک هفته

وظیفه فعلی 2: (اگر شما کدام وظیفه دیگری دارید و جای زیادتر به کار است. از ورقه اضافی استفاده کرده می توانید)

24. نام کار فرما

a. آدرس کار فرما

b. شهر | c. ایالت | d. ذیپ کود | 25. نمبر کار فرما ( ) –

26. مزد/بخشش (قبل از تکس) $ ☐ ساعتانه ☐ هفته وار ☐ هر دو هفته ☐ دو بار در یک ماه ☐ ماهانه ☐ سالانه

27. اوسط ساعات کاری در یک هفته

28. **در سال گذشته، آیا ش ما:** ☐ تبدیل وظیفه نموده اید ☐ ترک وظیفه نموده اید ☐ ساعات کاری تان را کم کرده اید ☐ هیچ کدام از این ها

29. **اگر شما وظیفه شخصی دارید، این سوالات را جواب بدهید:**

a. نوع کار:

b. چقدر عاید خالص (مفاد بعد از پرداخت مصارف کار) از این وظیفه شخصی در این ماه شخص 2 به دست می آورد؟ *(رهنما را ببینید)* $

30. **دیگر عایدات در این ماه:** تمام آن را چک کنید. و مقدار که معمولا شخص 2 بدست می آورد بنویسید. اینجا چک کنید اگر هیچ چیز نیست. ☐

نوت: شما ضرورت ندارید که راجع به کمک مالی برای اطفال، عسکر ترخیص شده، و نمبر امنیتی اجتماعی شخص 2 را بنویسید.

☐ بیکاری $ چی اوقات؟ _____ ☐ خرچ گرفته شده $ چی اوقات؟ _____

☐ مقرری $ چی اوقات؟ _____ ☐ جمع مزرعه/ماهیگیری $ چی اوقات؟ _____

☐ امنیتی اجتماعی $ چی اوقات؟ _____ ☐ جمع کرایه/حق خانواده $ چی اوقات؟ _____

☐ حسابات تقاعد $ چی اوقات؟ _____ ☐ نوع دیگر عایدات: $ چی اوقات؟ _____

31. کسرات: چیز های که مربوط شخص 2 می شود چک کنید. مبلغ و چی اوقات که شخص 2 آن را بدست می آورد نوشته کنید. اگر تادیات شخص 2 برای بعضی چیز ها در فورمه تکس عایداتی ایالت فدرال قابل کسر باشد. یاد آوری آن ممکن است که هزینه مصارف صحی شخص 2 را کم کند.

نوت: شما نباید هزینه را شامل کنید که شما قبلا آن را در جوابات عاید کار شخصی شامل کرده باشید. (سوال 29b)

☐ خرچ داده شده $ چی اوقات؟ _____ ☐ نوع دیگر کسرات: $ چی اوقات؟ _____

☐ قرضه برای شاگرد و سود $ چی اوقات؟ _____

32. **عاید سالانه:** در صورت تکمیل کنید که عاید ماهانه شخص 2 ماه به ماه تغیر کند. اگر کدام تغیر در عاید ماهانه شخص 2 توقع نمی کنید. برای خانه پری فورمه شخص دیگر بروید.

جمع عاید شخص 2 در این سال $

جمع عاید شخص 2 در سال آینده (اگر عاید شان تغیر می کند) $

تشکر!

ما صرف همین چیز ها را در باره شخص 2 می خواستیم بدانیم.

مرحله 3 اعضای فامیل امریکائی هندی و یا مردم محلی الاسکا

1. **آیا شما و یا یکی از اعضای فامیل شما امریکائی هندی و یا مردم محلی الاسکا می باشد؟**

☐ **نه خیر.** اگر جواب تان **نه خیر** است، به مرحله 4 مراجعه کنید.

☐ **بلی.** اگر جواب تان **بلی** است، به ضمیمه B بروید.

مرحله 4 مصارف صحی فامیل شما

این سوالات را جواب بدهید برای کسانیکه به مصارف صحی ضرورت دارند.

1. **آیا کسی برای مصارف صحی ذیل شامل شده اند؟**

☐ **بلی.** اگر جواب تان بلی است، نوع مصارف و نام شخص را در نزدیک مصارف که آن ها دارند نوشته کنید. ☐ **نه خیر.**

☐ Medicaid _____

☐ CHIP _____

☐ Medicare _____

☐ TRICARE (چک نکنید اگر شما مراقبت راسأ و یا وظیفه ارتباطی دارید)

_____

☐ VA health care program _____

☐ Peace Corps _____

☐ بیمه کارفرما _____

نام بیمه صحی: _____

نمبر شرایط: _____

آیا این COBRA مصارف است؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

آیا این یک پلان صحی برای متقاعدین است؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

☐ دیگر

نام بیمه صحی: _____

نمبر شرایط: _____

آیا این پلان برای یک مدتی است (مثال از طرف مکتب و یا شرایط تصادمات)؟

☐ بلی ☐ نه خیر

2. **آیا هر یک از کسانیکه در این درخواستی هستند، مصارف صحی از طرف کار دارند؟**

بلی را چک کنید حتی اگر مصارف از کار کسی دیگر می باشد به مثل پدر و مادر و یا خانم و شوهر.

☐ **بلی.** اگر جوات **تان بلی** است، شما باید ضمیمه A را تکمیل و شامل کنید. آیا این یک پلان مفید برای کارگر ایالتی می باشد؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

☐ **نخیر.** **اگر جواب تان نخیر است، به مرحله 5 بروید.**

مرحله 5 این درخواستی را بخوانید و امضأ کنید.

- من این درخواستی را بدون کدام زور و جبر و دروغ امضا می نمایم، به این مفهوم که من مطابق به علم و دانش خود به تمام سوال های فورمه هذا جوابات درست و صحیح داده ام، من می دانم که مطابق به قانون حکومت فدرال مجازات خواهم شد در صورت که اگر من قصداً معلومات غیر حقیقی و دروغ داده باشم.
- من می دانم که من باید مارکیت بیمه صیحی را آگاه بسازم اگر کدام تغیرات در (و یا فرق) معلومات داده شده من وارد شود. من هر نوع تغیرات را می توانم در ویب سایت HealthCare.gov و یا به شماره **1-800-318-2596** راپور بدهم. من می دانم که یک تغیر در معلومات من می تواند تأثیر قانونی برای هر یک از اعضای خانواده من داشته باشد.
- من می دانم که تحت قانون فدرال، تبعیض نژادی، رنگ، منطقوی، جنسی، عمر، ارتباطات جنسی، شناخت جنسی، و یا معیوبیت وجود ندارد. من می توانم که برای شکایت تبعیضی به ویب سایت www.hhs.gov/ocr/office/file مراجعه نمایم.
- من می دانم که معلومات من در این فورمه فقط بخاطر در یافت مصارف صحی واجد شرایط است و مطابق قانون به شکل محرم می باشد.
- من تأیید می کنم که هیچ یک از درخواست کننده های این فورمه بندی و یا در حبس نمی باشند. اگر حبس یا بندی نشده است.

_____

(نام شخص)

ما به این معلومات ضرورت داریم که قانوناً کمک مصارف صحی شما را چک کنیم اگر شما این درخواستی را انتخاب کنید. ما با استفاده از معلومات در داتابس الکترونی خود، داتابس خدمات عایداتی داخلی، امنیت اجتماعی، دپارتمنت امنیتی هوم لند، و یا یک نمایندگی راپور دهی مصرف کننده جوابات شما را چک کرده می توانیم. اگر معلومات شما مطابقت نمی کند، ما ممکن از شما ثبوت مطالبه کنیم.

مرحله 5 (ادامه)

تجدید مصارف در سال های آینده

برای آسانی کار غرض دریافت کمک برای پرداخت مصارف صحی قانونی من در سال های آینده، من مارکیت پلس را اجازه می دهم که از ازقام عایداتی به شمول معلومات از فورمه تکس استفاده نماید. مارکیت پلس برای من یک یادداشت روان خواهد نمود و مرا اجازه تغیر دادن و خارج شدن را در هر وقت می دهد.

بلی، حق قانونی مرا به صورت اتومات تجدید نماید.

☐ در 5 سال آینده (به صورت اعضمی برای 5 سال اجازه داده شده) و یا برای سال های کمتر از آن.

☐ 4 سال ☐ 3 سال ☐ 2 سال ☐ 1 سال ☐ از معلومات فورمه های تکس استفاده نکنید.

اگر کسی در این درخواستی برای Medicaid واجد شرایط است.

- من برای به دست آوردن پول از دیگر بیمه صحی، کمک های قانونی، و یا شرکا های دیگر سوم برای نمایندگی Medicaid اجازه می دهم. من همچنان برای بدست آوردن کمک های طبی از شوهر و خانم و یا پدر و مادر برای نمایندگی Medicaid اجازه می دهم.
- آیا کدام طفل در این درخواستی پدر و یا مادر دارند که خارج از خانه زندگی می کند. ☐ بلی ☐ نه خیر
- ااگر جواب شما بلی است، من می دانم که من باید همراه با نمایندگی که به کمک طبی در غیاب والدین جمع آوری می کنند همکاری کنم. اگر من فکر می کنم که همکاری من برای جمع آوری معلومات طبی برای من و اولاد های من ضرر می رساند، من می توانم Medicaid را آگاه بسازم که من همکاری کرده نمی توانم.

من چی باید کنم اگر من فکر می کنم که نتایج قانونی بودن من درست نیست؟

اگر شما یه این شرایط موافقه ندارید، در اکثر موارد، می توانید درخواست استیناف نمایید. لطفاً یادداشت حق قانونی خود تانرا غرض دریافت رهنمای استیناف مشخص برای هر فرد در خانواده شما، به شمول چند روز که شما درخواست یک استیناف را دارید مرور کنید. در ذیل معلومات مهم غرض فهمیدن در وقت تقاضا نمودن یک استیناف موجود است:

- اگر شما بخواهید شما می توانیداز بعضی کسان تقاضا کنید که در درخواستی و یا استیناف شما اشتراک کند. آن شخص می تواند که یک دوست، قریب، وکیل، و یا کدام کسی جداگانه دیگر باشد، و یا شما می توانید که خود تان به درخواست و استیناف تان اشتراک کنید.
- اگر شما تقاضا یک درخواستی و یا استیناف را می کنید، شما ممکن قادر باشد که مصارف حق قانونی خود را در دوران درخواستی و یا استیناف نگهدارید.
- نتیجه یک درخواستی و یا استیناف می تواند حق قانونی دیگر اعضای خانواده شما را تغیر بدهد.

غرض درخواستی و یا استیناف نتیجه حق قانونی مارکیت پلس شما، به حساب مارکیت پلس در ویب سایت HealthCare.gov/marketplace مراجعه و یا به تلفون شماره **1-800-318-2596** تماس بگیرید. TTY مشتری ها به این شماره **1-855-889-4325** تماس بگیرند. شما همچنان می توانید فورمه درخواستی و استیناف را و یا مکتوب درخواستی شخصی یک استیناف را به **Health Insurance Marketplace,** Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750. پوسته کنید. شما می توانید برای خریدن مصارف صحی از طریق مارکیت پلس، دوران شمولیت، تکس کریدت، کاهش ارزش مشترک، Medicaid، و CHIP اگر برای شما منکر شده باشند قانوناً درخواست نماید. اگر شما برای تکس کریدت و یا کاهش ارزش مشترک مساعد باشید، شما می توانید مبلغ را که از طرف ما قانوناً برای شما تعین شده است درخواست نماید. مربوط بودن به ایالت شما، شما ممکن قادر باشید که از طریق مارکیت پلس در خواست نماید، و یا شما مجبوراً به درخواست استیناف از طریق نمایندگی Medicaid و CHIP ایالت خواهی بود.

این درخواستی را امضا کنید. شخص که مرحله 1 را تکمیل کرده است این درخواستی را امضا کنید. اگر شما یک نماینده با صلاحیت هستید، شما باید در اینجا امضا کنید تا وقتکه شما معلومات های تقاضا شده را در ضمیمه C داده باشید.

امضا	تاریخ (ماه/روز/سال)
	____ / ____ / ____

مرحله 6

درخواستی تکمیل شده را پوسته کنید.

درخواستی امضا شده را پوسته کنید:

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

اگر شما می خواهید که برای رای دهی خود را ثبت کنید، فورم ثبت رای دهنده گان را تکمیل کنید در usa.gov.

متن آشکارا PRA

مطابق به قانون کاهش اسناد کاغذی سال 1995، هیچ فردی جواب به معلومات دسته جمعی را تقاضا کرده نمی تواند مگر اینکه این به یک نمبر کنترول با اعتبار OMB ظاهر شود، نمبر کنترول با اعتبار OMB برای این معلومات دسته جمعی 0938-1191 است، غرض تکمیل این معلومات دسته جمعی طور متوسط 45 دقیقه برای یک جواب . به شمول مرور نمودن رهنما ها، تحقیقات در مورد منابع ارقام موجود، جمع آوری معلومات ضرورت شده و تکمیل نمودن و مرور نمودن جمع آوری معلومات تقاضا شده است. اگر شما کدام نظر در باره دقت سنجش وقت دارید و یا پیشنهاد برای بهتر نمودن این فورمه دارید، لطفاً بنویسید به: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

تکمیل نکنید. این یک درخواستی نیست.

فورمه قبول شده
نمبر OMB 0938-1191

ضمیمه A

مصارف صحی از طرف کار

شما ضرورت ندارید این سوالات را جواب بدهید جز اینکه یکی از اعضای فامیل تان واجد اشرایط مصارف صحی از طرف کار است. یک کاپی از ین صفحه را هر کار که مصارف ارائه کنید ضمیمه کنید. در باره کار که این مصارف را ارائه می کند معلومات بدهید.

در باره کار که این مصارف را ارائه می کند معلومات بدهید.

صفحه مصارف کارفرما که در صفحه بعدی می باشد برای کارفرما خود ببرید تا شما را با جواب دادن این سوالات کمک کند. شما فقط ضرورت دارید که این صفحه را شامل کنید وقتکه درخواستی تان را روان می کنید. نه صفحه مصارف کارفرما را.

معلومات در باره کارگر

1. اسم کارگر (اسم، اسم دومی، تخلص)	2. نمبر امنیتی اجتماعی کارگر - -

معلومات در باره کار فرما

3. نام کار فرما		4. (نمبر شناسای کارفرما) -
5. آدرس کار فرما		6. نمبر کار فرما ( ) –
7. شهر	8. ایالت	9. ذیپ کود
10. با کی ما می توانیم در باره مصارف صحی در این کار تماس بگیریم ؟		
11. شماره تلفون (اگر از شماره بالاتر فرق دارد) ( ) –		12. ایمل آدرس

13. **آیا شما واجد شرایط برای مصارف این کار هستید و یا شما در سه ماه آینده واجد شرایط می شوید؟**

☐ **بلی** (ادامه بدهید)

13a. **اگر شما در انتظار ویا در دوره آزمایش هستید، چی وقت شما می توانید به این مصارف شامل شوید؟** (ماه/روز/سال)

/ /

اسم کسان دیگر را که واجد شرایط این کار است بنویسید.

اسم: اسم: اسم:

☐ **نه خیر** (اینجا توقف کنید و به مرحله 5 در این درخواستی بروید)

در باره پلان صحی از طرف این کارفرما برای ما بنویسید.

14. آیا کارفرما پلان صحی ارائه می کند که کم ترین ارزش ستندرد را داشته باشد*؟ ☐ بلی ☐ نه خیر

15. برای کمترین پلان که مطابقت به کم ترین ارزش ستندرد داشته باشد* **صرف برای کارگران** ارائه می شود (پلان فامیلی شامل نمی باشد): اگر کارفرما پروگرام خوبی صحی دارد. مفاد را که کارگر تادیه خواهد نمود اگر آن ها بلندترین تخفیف را برای پروگرام های توقف تنباکو و کدام تخفیف دیگر در باره پروگرام های خوب صحی تا هنوز نگرفته باشند تهیه کنید.

a. چه مقدار پول را کارگر برای این منفعت در این پلان خواهد پرداخت؟ $

b. چی اوقات؟ ☐ هفته وار ☐ هر 2 هفته ☐ دو بار در یک ماه ☐ ماهوار ☐ ربعوار ☐ سالانه

16. چی تغیر کارفرما در پلان برای سال نو می آورد (اگر می دانید)؟

☐ کارفرما مصارف صحی را ارائه نمی کند

☐ کارفرما شروع مصارف صحی را به کارگران ارائه خواهد نمود و یا تغیر در منفعت برای کمترین هزینه فقط در پلان برای کارگرن که کمترین ارزش ستندرد را مطابقت دارند آماده می کند. (منفعت باید برای تخفیف پروگرام خوبی صحی اثر گذار باشد. سوال 15. را ببینید.)

a. چه مقدار پول را کارگر برای این منفعت در این پلان خواهد پرداخت؟ $

b. چی اوقات؟ ☐ هفته وار ☐ هر 2 هفته ☐ دو بار در یک ماه ☐ ماهوار ☐ ربعوار ☐ سالانه

c. تاریخ تبدیل شدن (ماه/روز/سال): / /

*پلان صحی قبول شده یک کارفرما مطابقت می کند به "پایین ترین ارزش ستندرد" اگر مجموع مفاد اجازه داده شده این پلان از 60 فیصد مثل ارزش های (بخش 36B(c)(2)(C)(ii) از کود عایداتی داخلی سال 1986) کم تر نباشد.

آیا شما با درخواستی خود به کمک ضرورت دارید؟ در ویب سایت HealthCare.gov مراجعه کنید و یا در شماره تلفون **1-800-318-2596** تماس بگیرید. هسپانیوی **1-800-318-2596**. اگر شما بغیراز لسان انگلسی به کدام لسان دیگر ضرورت دارید به تلفون نمبر **1-800-318-2596** تماس گیرید و با نماینده دفتر اجرایوی لسان مطلوب خود را یاد آور شوید. ما همرای شما بدون کدام حق الزحمه کمک می نمایم. TTY مشتری ها به این شماره **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

Health Insurance Marketplace

فورمه قبول شده
نمبر OMB 0938-1191

تکمیل نکنید. این یک درخواستی نیست.

اسباب مصارف کارفرما

با استفاده از این وسیله غرض کمک به جواب سوالات در درخواست مارکیت پلس شما. ضمیمه A. آن بخش درخواستی در باره مصارف صحی هر کارفرما پرسان می کند که شما برای (حتی اگر از کار کدام شخص دیگر است. مثل والدین و یا خانم و شوهر) واجد شرایط هستید. معلومات در بکس های نمبر زده شده ذیل مطابقت به بکس ها در ضمیمه A می کند. به طور مثال. شما می توانید جواب سوال 14 را در این صفحه استفاده کنید تا به سوال 14 در ضمیمه A جواب بدهید. **اسم و نمبر امنیتی اجتماعی خود را در بکس های 1 و 2 بنویسید و کارفرما خود را بگویید که متباقی فورمه را خانه پری کند. یک وسیله را برای هر کارفرما تکمیل نمایید که مصارف صحی را ارائه می نماید که شما واجد شرایط برای آن هستید.**

معلومات در باره کارگر

از کارفرما در باره این معلومات پرسان کنید.

1. اسم کارگر (اسم. اسم دومی. تخلص)

2. نمبر امنیتی اجتماعی کارگر
- -

معلومات کارفرما

از کارفرما در باره این معلومات پرسان کنید.

3. نام کار فرما

4. (نمبر شناسای کارفرما)
-

5. آدرس کار فرما

6. نمبر کار فرما
( ) –

7. شهر

8. ایالت

9. ذیپ کود

10. با کی ما می توانیم در باره مصارف صحی در این کار تماس بگیریم ؟

11. شماره تلفون (اگر از شماره بالاتر فرق دارد)
( ) –

12. ایمل آدرس

13. آیا این کارگر فعلا برای مصارف صحی ارائه شده توسط این کار فرما واجد شرایط می باشد. و یا کارگر در مدتی 3 ماه آینده واجد شرایط می باشد؟

☐ **بلی** (در سوال 13a. بروید)

13a. اگر کارگر امروز واجد شرایط نیست. به شمول نتیجه انتظار بودن و یا دوره آزمایشی. چی وقت این کارگر برای مصارف واجد شرایط می باشد؟
_____ (ماه/روز/سال) (در سوال بعدی بروید)

☐ **نه خیر** (متوقف کنید و این درخواستی را برای کارگر بدهید)

در باره پلان صحی ارائه شده توسط این کارفرما برای ما بگویید.

آیا کارفرما یک پلان صحی را که متعلقین و یا خانم و شوهر یک کارگر را دربر داشته باشد ارائه کرده است؟

☐ **بلی. کدام کسان؟** ☐ **(خانم و شوهر)** ☐ **(متعلقین)**

☐ **نه خیر**

(به سوال 14 بروید)

14. آیا کارفرما پلان صحی ارائه می کند که کم ترین ارزش ستندرد را داشته باشد*؟

☐ بلی (به سوال 15 بروید) ☐ نه خیر (توقف کنید و این فورمه را برای کارگر واپس بدهید)

15. برای کمترین پلان که مطابقت به کم ترین ارزش ستندرد داشته باشد* **صرف برای کارگران** ارائه می شود (پلان فامیلی شامل نمی باشد): اگر کارفرما پروگرام خوبی صحی دارد. مفاد را که کارگر تادیه خواهد نمود اگر آن ها بلندترین تخفیف را برای پروگرام های توقف تنباکو و کدام تخفیف دیگر در باره پروگرام های خوب صحی تا هنوز نگرفته باشند تهیه کنید.

a. چه مقدار پول را کارگر برای این منفعت در این پلان خواهد پرداخت؟ $

b. چی اوقات؟ ☐ هفته وار ☐ هر 2 هفته ☐ دو بار در یک ماه ☐ ماهوار ☐ ربعوار ☐ سالانه (در سوال بعدی بروید)

اگر پلان سال زود رو به ختم است و شما می دانید که پلان صحی ارائه شده تغیر خواهد نمود. به سوال 16 بروید؟ اگر شما نمی دانید. توقف کنید و این فورمه را برای کارگر واپس بدهید.

16. چی تغیر کارفرما در پلان برای سال نو می آورد (اگر می دانید)؟

☐ کارفرما مصارف صحی ارائه نمی کند.

☐ کارفرما شروع مصارف صحی را به کارگران ارائه خواهد نمود و یا تغیر در منفعت برای کمترین هزینه فقط در پلان برای کارگرن که کمترین ارزش ستندرد را مطابقت دارند آماده می کند. (منفعت باید برای تخفیف پروگرام خوبی صحی اثر گذار باشد. سوال 15. را ببینید.)

a. چه مقدار پول را کارگر برای این منفعت در این پلان خواهد پرداخت؟ $

b. چی اوقات؟ ☐ هفته وار ☐ هر 2 هفته ☐ دو بار در یک ماه ☐ ماهوار ☐ ربعوار ☐ سالانه

c. تاریخ تغیر (ماه/روز/سال): / /

*پلان صحی قبول شده یک کارفرما مطابقت می کند به "پایین ترین ارزش ستندرد" اگر مجموع مفاد اجازه داده شده این پلان از 60 فیصد مثل ارزش های (بخش 36B(c)(2)(C)(ii) از کود عایداتی داخلی سال 1986) کم تر نباشد.

آیا شما با درخواستی خود به کمک ضرورت دارید؟ در ویب سایت HealthCare.gov مراجعه کنید و یا در شماره تلفون **1-800-318-2596** تماس بگیرید. هسپانیوی **1-800-318-2596**. اگر شما بغیراز لسان انگلسی به کدام لسان دیگر ضرورت دارید به تلفون نمبر **1-800-318-2596** تماس گیرید و با نماینده دفتر اجرایوی لسان مطلوب خود را یاد آور شوید. ما همرای شما بدون کدام حق الزحمه کمک می نمایم. TTY مشتری ها به این شماره **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

ضمیمه B

اعضای فامیل امریکایی هندی و یا مردم محلی الاسکا

این ضمیمه را خانه پوری کنید اگر شما و یا یکی از اعضای فامیل شما امریکایی هندی و یا مردم محلی الاسکا هستید. این را همراه با درخواستی برای مصارف صیحی و کمک پرداخت نمودن آن تسلیم نمایید.

در باره اعضای فامیل امریکایی هندی و یا مردم محلی الاسکا برای ما بگویید.

امریکایی هندی و یا مردم محلی الاسکا می توانند از خدمات صحی هندی، پروگرام های صحی قومی، و یا پروگرام های شهری صحی هندی استفاده کنند. آن ها همچنان مجبور نیستند که به صورت یکجایی پول بدهند و میتوانند که به شکل دوره یی خاص ماهانه بگیرند. سوالات ذیل را جواب بدهید اگر می خواهید فامیل شما زیادترین کمک را حاصل کنند.

نوت: اگر شما نفر زیادتر شامل می کنید، این صفحه را کاپی کنید و ضمیمه کنید.

	امریکائی هندی و یا مردم محلی الاسکا شخص 1	امریکائی هندی و یا مردم محلی الاسکا شخص 2
1. اسم (اسم، اسم دومی، تخلص)	اسم اسم دومی تخلص	اسم اسم دومی تخلص
2. اعضای قوم شناخته شده فدرال؟	☐ بلی اگر جواب شما **بلی** است، نام قوم _____ ☐ نه خیر	☐ بلی اگر جواب شما **بلی** است، نام قوم _____ ☐ نه خیر
3. آیا این شخص کدام وقت کمک خدماتی از طرف خدمات صحی هندی، پروگرام های صحی قومی، و پروگرام های صحی هندی شهری و یا از طریق یکی از این پروگرام ها مشوره گرفته است؟	☐ بلی ☐ نه خیر اگر جواب شما **نه خیر** است، آیا این شخص واجد شرایط خدمات از طرف خدمات صحی هندی، پروگرام های صحی قومی، و پروگرام های صحی هندی شهری بوده و یا از طریق یکی از این پروگرام ها کدام مشوره گرفته باشد؟ ☐ بلی ☐ نه خیر	☐ بلی ☐ نه خیر اگر جواب شما **نه خیر** است، آیا این شخص واجد شرایط خدمات از طرف خدمات صحی هندی، پروگرام های صحی قومی، و پروگرام های صحی هندی شهری بوده و یا از طریق یکی از این پروگرام ها کدام مشوره گرفته باشد؟ ☐ بلی ☐ نه خیر
4. از پول بدست آورده شده باید برای Medicaid و یا پروگرام بیمه صیحی اطفال (CHIP) استفاده نشود، هر یک از عایدات که (مقدار و چی اوقات) در این درخواستی راپور داده شده به شمول مدرک آن پول لست شود. • تادیات برای هر نفر از طرف قومی از منابع طبعی، حق استفاده، کرایه، و یا حقوق خانوادگی داده می شود. • تادیات از منابع طبعی، زراعتی، مالداری، ماهی گیری، کرایه، و یا حقوق خانوادگی از زمین های که به قسم زمین های اعتباری هندی توسط دپارتمنت داخله (به شمول تعیین شدن و یا تعیین شده قبلی) تخصیص داده شده است. • پول که از طریق فروش چیز های کلتوری با ارزش بدست آمده است.	$ چی اوقات؟ _____	$ چی اوقات؟ _____

تکمیل نکنید. این یک درخواستی نیست.

فورمه قبول شده
نمبر OMB 0938-1191

ضمیمه C

کمک برای تکمیل نمودن این فورمه

شما می توانید یک نماینده باصلاحیات را انتخاب کنید.

شما می تواند یک شخص اعتباری را اجازه بدهید که در باره این درخواست با ما گپ بزند. معلومات شما را ببیند. و به مشکلات که ارتباط به این درخواستی دارد. به شمول گرفتن معلومات در باره درخواستی تان و امضا نمودن آن عمل کند. این شخص را یک "شخص با صلاحیت" می گویند. اگر شما گاهی می خواستید شخص باصلاحیت خود را تبدیل کنید. با مارکیت پلس تماس بگیرید. اگر شما یک نماینده تعین شده قانونی برای بعضی اشخاص در این درخواستی هستید تصدیق و یا ثبوت با این درخواستی تسلیم کنید.

1. اسم شخص باصلاحیت (اسم, اسم دومی, تخلص)

2. ایمل آدرس

3. نمبر اپرتمان و یا خانه

4. شهر

5. ایالت

6. ذیپ کود

7. شماره تلفون
( ) –

8. اسم شرکت

9. نمبر شناخت (اگر ارتبارط دارد)

اگر شما این را امضا کنید شما این شخص را اجازه می دهید که معلومات در باره این درخواستی حاصل کند. و در آینده به مشکلات که اربتاط به این درخواستی دارد عمل کند.

10. امضا شما

11. تاریخ (ماه/روز/سال)
/ /

صرف برای وکیل های مدافع قانونی، مشاورین، نماینده ها و رهنما ها .

این بخش را تکمیل کنید اگر شما وکیل مدافع قانونی، مشاورین، نماینده ها و رهنما ها هستید و این درخواستی را برای شخص دیگری خانه پری می کنید.

1. تاریخ شروع (ماه/روز/سال)
/ /

2. اسم, اسم, اسم دومی, تخلص

3. اسم شرکت

4. نمبر شناخت (اگر ارتبارط دارد)

5. صرف نماینده/بروکر شماره NPN

آیا شما با درخواستی خود به کمک ضرورت دارید؟ در ویب سایت HealthCare.gov مراجعه کنید و یا در شماره تلفون **1-800-318-2596** تماس بگیرید. هسپانیوی **1-800-318-2596**.
اگر شما بغیراز لسان انگلسی به کدام لسان دیگر ضرورت دارید به تلفون نمبر **1-800-318-2596** تماس گیرید و با نماینده دفتر اجرایوی لسان مطلوب خود را یاد آور شوید. ما همرای شما بدون کدام حق الزحمه کمک می نمایم. TTY مشتری ها به این شماره **1-855-889-4325** تماس بگیرند.