Health Insurance Marketplace

작성하지 마십시오. 이것은 신청서가 아닙니다.

건강 보험보장 및 비용 지불 도움 신청서

서식 승인
OMB 번호 0938-1191

알아야 할 것들

이 신청서를 이용하여 다음과 같은 보험보장 선택의 자격이 되는지 알아보십시오

- 종합적 보험보장을 제공하여 귀하가 건강하게 살도록 도와주는 저렴한 민간 건강 보험 플랜
- 귀하의 건강 보험보장 보험료의 지불에 즉시 도움이 될 수 있는 새로운 세액 공제
- 메디케이드 또는 어린이 건강 보험 프로그램 (CHIP)에서 제공하는 무료 또는 저비용의 보험

귀하가 연간 (4인 가족 기준) $94,000의 소득을 올린다 하더라도 무료 또는 저비용의 프로그램에 자격이 될 수도 있습니다.

이 신청서를 누가 이용할 수 있습니까?

- 이 신청서를 이용하여 귀 가족 중 누구든 신청하십시오.
- 귀하 또는 귀 자녀가 이미 건강 보험보장을 받고 있더라도 신청하십시오. 더 낮은 비용 또는 무료의 보험보장에 자격이 되실 수 있습니다.
- 귀하가 독신이면, 짧은 서식을 이용할 수 있을 수도 있습니다. HealthCare.gov에 방문하십시오.
- 이민자가 있는 가족들도 신청할 수 있습니다. 귀하가 보험보장에 자격이 되지 않더라도 자녀를 위해서는 신청할 수 있습니다. 신청하는 것이 귀하의 이민 지위 또는 영주권자나 시민권자가 되는 것에 영향이나 변화를 주지는 않을 것입니다.
- 누군가가 이 신청서 작성에 도움을 준다면, 귀하는 부록 C를 작성해야 할 수도 있습니다.

더 빠른 신청을 온라인으로

온라인 HealthCare.gov에서 더 빠게 신청하세요.

신청하기 위해 필요할 수 있는 것

- 사회보장 번호 (혹은 보험을 필요로 하는 자격이 있는 이민자에 대한 서류 번호)
- 귀하 가족의 모든 이에 대한 직장 및 소득 정보 (예를 들어, 급여명세서, W-2 서식, 혹은 임금 및 세금 내역서)
- 현재의 건강 보험에 대한 보험증권 번호
- 귀하 가족이 이용할 수 있는 직장 관련 건강 보험에 대한 정보

저희가 이 정보를 요청하는 이유는?

저희는 귀하가 자격이 되는 보험보장과 그 비용의 지불에 어떠한 도움이라도 받을 수 있는지 여부를 알려드리기 위해 소득 및 기타 정보에 대해 묻습니다. **저희는 귀하께서 제공하는 모든 정보를 법에 의해 요구되는 대로 비밀과 보안이 유지되게 할 것입니다.** 사생활 보호법 진술서를 보려면 HealthCare.gov에 가거나 지시사항을 보십시오.

다음에는 무슨 일이?

완성하여 서명한 신청서를 페이지 7에 나오는 주소로 보내십시오. **저희가 요청하는 모든 정보를 갖고 있지 않으시더라도, 신청서에 서명하여 제출하십시오.** 저희는 1-2주 내에 귀하에 대한 후속 업무를 할 것입니다. 귀하는 건강 보험보장을 완수하기 위한 다음 단계들에 대한 지침을 받으실 것입니다. 저희에게서 아무 소식이 가지 않으면, HealthCare.gov에 방문하시거나 **1-800--318-2596**로 전화 주십시오. 이 신청서를 쓰는 것이 귀하가 건강 보험보장을 구매해야 함을 의미하지는 않습니다.

이 신청 관련 도움 받기

- **온라인:** HealthCare.gov
- **전화:** 저희 Help Center로 전화하세요 **1-800-318-2596.**
- **인편:** 귀하 지역에 도움을 드릴 수 있는 상담사가 있을 수도 있습니다. 상세한 정보를 받으려면 HealthCare.gov를 방문하거나 **1-800-318-2596** 에 전화하십시오. .
- **한국인:** 도움을 원하시면 저희 수신자부담 번호인 **1-800-318-2596.**

신청에 도움이 필요하세요? HealthCare.gov를 방문하시거나 **1-800-318-2596** 번으로 저희에게 전화하세요. 이 서식의 영어본을 받으시려면 **1-800-318-2596**로 전화하십시오. 영어가 아닌 다른 언어로 도움이 필요하시면, **1-800-318-2596** 에 전화하셔서 고객 서비스 담당자에게 귀하가 필요로 하는 언어를 말씀하세요. 저희는 귀하께 무료로 도움을 제공할 것입니다. TTY(문자전화) 이용자들은 **1-855-889-4325**로 전화하셔야 합니다.

이 신청서를 작성하려면 파란색 혹은 검정색 잉크를 사용하십시오.

단계 1 귀하 자신에 대해 말씀해 주십시오.

(저희는 가족 중 한 성인이 귀하의 신청에 대한 연락 대상자가 되기를 필요로 합니다.)

1. 이름, 중간 이름, 성, 그리고 접미사

2. 집 주소 (없으면 공백으로 두십시오.)

3. 아파트 또는 스위트 호수

4. 시

5. 주

6. 우편 번호

7. 카운티

8. 우편 주소 (집 주소와 다른 경우)

9. 아파트 또는 스위트 호수

10. 시

11. 주

12. 우편 번호

13. 카운티

14. 전화 번호
( ) –

15. 기타 전화 번호
( ) –

16. 이 신청에 관한 정보를 이메일로 받아보시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

이메일 주소:

17. 귀하가 주로 말하거나 쓰기를 원하는 언어는 무엇입니까? (영어가 아닌 경우)?

단계 2 귀하 가족에 대해 말씀해 주십시오.

귀하는 이 신청서에 누구를 포함시켜야 합니까?

귀하와 함께 사는 모든 가족 구성원에 대해 말씀해 주십시오. 세무 신고를 하시는 경우, 저희는 귀하의 세금 환급서 상의 모든 사람에 대하여 알아야 합니다. (귀하는 건강 보험보장을 받기 위해서 세무 신고를 할 필요는 없습니다.)

포함 대상:

- 귀하 본인
- 귀하의 배우자
- 함께 사는 21세 미만 청소년/어린이
- 건강 보험보장을 필요로 하는 비혼 파트너
- 함께 살지 않더라도 귀하의 세금 환급에 포함되는 모든 사람
- 귀하가 보살피면서 함께 사는 21세 미만의 모든 사람

포함시키지 않아도 되는 대상:

- 건강 보험보장을 필요로 하지 않는 비혼 파트너
- 비혼 파트너의 자녀
- 귀하와 함께 살지만, 본인의 세금 환급을 신청하는 귀하의 부모 (귀하가 21세 이상인 경우)
- 본인의 세금 환급을 신청하는 기타 성인 친척

귀하가 자격이 되는 지원 금액이나 프로그램 유형은 귀하 가족의 사람 수와 그들의 수입에 따라 달라집니다. 이 정보는 저희가 모든 사람이 받을 수 있는 최상의 보험보장을 받게 하는 데 도움이 됩니다.

귀하 가족의 각자에 대해 단계 2를 수행하십시오. 귀하부터 시작한 다음, 기타 성인과 어린이를 추가하십시오. 귀하 가족이 2인이 넘는 경우, 페이지의 사본을 만들어 첨부해야 할 것입니다. 건강 보험보장을 필요로 하지 않는 가족 구성원에 대해서 이민 지위 또는 사회보장번호(SSN)을 제공하지 않으셔도 됩니다. 저희는 귀하께서 제공하는 모든 정보를 법에 의해 요구되는 대로 비밀과 보안이 유지되게 할 것입니다. 저희는 개인 정보를 귀하가 건강 보험보장에 자격이 되는지를 체크하기 위해서만 이용할 것입니다.

단계 2: 해당인 1 (귀하 본인부터 시작)

귀하 본인, 배우자/파트너 그리고 동거하는 자녀 및/또는 귀하가 연방 소득세 환급을 신청하는 경우 그 환급서 상의 모든 사람. 포함 대상자에 대한 더 자세한 정보는 페이지 1을 참조하십시오. 세금 환급을 신청하지 않는 경우라도, 함께 사는 가족 구성원은 빠짐 없이 추가하십시오.

1. 이름, 중간 이름, 성, 그리고 접미사

2. 귀하와의 관계는? 본인

3. 생년월일 (mm/dd/yyyy)

4. 성별 ☐ 남성 ☐ 여성

5. 사회보장번호(SSN) ☐ - ☐ - ☐

귀하께서 건강 보험보장을 원하시고 SSN이 있는 경우 이것이 필요합니다. 귀하 자신을 위해서 건강 보험을 원하지 않는다 하더라도, 신청 절차를 신속하게 처리할 수 있기 때문에 귀하의 사회 보장 번호를 제공하는 것이 도움이 될 수 있습니다. 저희는 SSN을 이용하여 누가 건강 보험보장 비용에 도움을 받을 자격이 되는지 알아보기 위하여 소득 및 기타 정보를 체크합니다. 누군가가 SSN을 취득하는 데 도움 받기를 원한다면, 1-800-772-1213로 전화하시거나 이 사이트를 방문하십시오 **socialsecurity.gov.** TTY(문자전화) 이용자들은 1-800-325-0778으로 전화하셔야 합니다.

6. **귀하께서는 다음 해에 연방 소득세 환급을 신청할 계획이십니까?**
(연방 소득세 환급을 신청하지 않을지라도 건강 보험을 신청하실 수 있습니다.)

☐ **예. 예인 경우,** 질문 a–c를 답해 주십시오.

☐ **아니오. 아니오인 경우,** 질문 c로 이동하십시오.

a. 배우자와 함께 신청하실 것입니까? ☐ 예 ☐ 아니오
예인 경우, 배우자의 이름: ☐

b. 세금 환급 신고서 상의 모든 피부양인을 청구하실 것입니까? ☐ 예 ☐ 아니오
예인 경우, 피부양인의 이름을 기재: ☐

c. 귀하가 누군가의 세금 환급 신고서에 피부양인으로 청구될 것입니까? ☐ 예 ☐ 아니오
예인 경우, 세금 환급 신청자의 이름을 기재해 주십시오:
세금 환급 신청자와의 관계는 어떻게 됩니까? ☐

7. 임신중이십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 a. **예인 경우,** 이번 임신에 의해 몇 명의 아기가 태어날 예정입니까? ☐

8. **건강 보험보장이 필요하십니까?**
(보험을 가지고 있더라도, 더 나은 보장이나 더 낮은 비용의 프로그램이 있을 지도 모릅니다.)

☐ **예. 예인 경우,** 아래의 모든 질문에 답하십시오.

☐ **아니오. 아니오인 경우,** 페이지 3의 소득 질문으로 이동하십시오. 이 페이지의 나머지는 공백으로 두십시오.

9. 귀하는 활동(목욕하기, 옷입기, 일상 잡일 등)에 제한을 초래하는 육체적, 정신적, 또는 정서적 질환을 갖고 있거나 의료 시설 또는 요양원에 거주하고 계십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

10. 귀하는 미국 시민이거나 미국 국민입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

11. **귀하가 미국 시민 또는 미국 국민이 아닌 경우,** 적격한 이민 지위를 갖고 있습니까? *(지시사항을 보십시오)*
☐ 예. 아래에 귀하의 문서 유형과 ID 번호를 기입하십시오.
a. 이민 서류 유형 ☐
b. 문서 ID 번호 ☐
c. 1996년 이래 미국에서 살아 오셨습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
d. 귀하 또는 귀하의 배우자 또는 부모가 미군의 퇴역자이거나 현역 입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

12. 지난 3개월부터 의료 청구서의 지불에 도움을 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

13. 귀하는 19세 미만의 어린이 1명 이상과 함께 살고, 그 어린이를 보살피는 주된 사람입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

14. 전업 학생입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

15. 귀하는 18세 이상에서 위탁보호를 받았습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

16. **히스패닉/라티노인 경우, 민족 (옵션—적용되는 모두에 체크하십시오.)**
☐ 멕시코인 ☐ 멕시코계 미국인 ☐ 치카노/치카나 ☐ 푸에르토리코인 ☐ 쿠바인 ☐ 기타 ☐

17. **인종 (옵션—적용되는 모두에 체크하십시오.)**

☐ 백인
☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인
☐ 미국 인디어 또는 알래스카 원주민
☐ 아시아 인도인
☐ 중국인
☐ 필리핀인
☐ 일본인
☐ 한국인
☐ 베트남인
☐ 기타 아시아인
☐ 하와이 원주민
☐ 괌인 또는 차모르인
☐ 사모아인
☐ 기타 태평양 도서인
☐ 기타 ☐

신청에 도움이 필요하세요? HealthCare.gov를 방문하시거나 **1-800-318-2596** 번으로 저희에게 전화하세요. 이 서식의 영어본을 받으시려면 **1-800-318-2596**로 전화하십시오. 영어가 아닌 다른 언어로 도움이 필요하시면, **1-800-318-2596** 에 전화하셔서 고객 서비스 담당자에게 귀하가 필요로 하는 언어를 말씀하세요. 저희는 귀하께 무료로 도움을 제공할 것입니다. TTY(문자전화) 이용자들은 **1-855-889-4325**로 전화하셔야 합니다.

단계 2: 해당인 1 (귀하 본인으로 계속)

현재 직업 및 소득 정보

☐ **취업**
현재 취업되어 있으시면, 귀하의 소득에 대해 말씀해 주십시오. 질문 18로 시작.

☐ **미취업**
질문 28로 이동.

☐ **자영업**
질문 27로 이동.

현재 직업 1:

18. 고용주 이름 및 주소

19. 고용주 전화 번호
( ) –

20. 임금/팁 (세금 전) ☐ 시급 ☐ 주급 ☐ 격주급 ☐ 월 2회 ☐ 월급 ☐ 연급
$

21. 주당 평균 근로 시간

현재 직업 2: (더 많은 직업을 갖고 있고 공간이 더 필요하시면, 다른 종이를 첨부하십시오.)

22. 고용주 이름 및 주소

23. 고용주 전화 번호
( ) –

24. 임금/팁 (세금 전) ☐ 시급 ☐ 주급 ☐ 격주급 ☐ 월 2회 ☐ 월급 ☐ 연급
$

25. 주당 평균 근로 시간

26. **지난 해에 귀하가 한 것:** ☐ 일자리 변경 ☐ 근로 중단 ☐ 더 적은 시간의 근로 시작 ☐ 이들 중에 없음

27. **자영업을 하시는 경우, 다음 질문들에 답해 주십시오:**

a. 일의 종류

b. 이 달에 이 자영업으로 얼마의 순 소득(사업 비용을 제한 이익)을 올릴 것입니까? *(지시사항을 보십시오)*
$

28. **이번 달의 기타 소득:** 적용되는 모두에 체크하시고, 받는 금액과 시기를 적어 주십시오. 아무 것도 아닌 경우, 여기에 체크하십시오. ☐
유의: 아동 지원금, 퇴역 군인 지불금, 또는 생활보조금(SSI)에 대해서는 저희에게 밝히지 않아도 됩니다.

☐ 미취업 $ 얼마나 자주?
☐ 연금 $ 얼마나 자주?
☐ 사회보장 $ 얼마나 자주?
☐ 은퇴 계정 $ 얼마나 자주?
☐ 이혼수당 수령 $ 얼마나 자주?
☐ 순 농업/어업 $ 얼마나 자주?
☐ 순 임대료/로열티 $ 얼마나 자주?
☐ 기타 소득 $ 얼마나 자주?
유형:

29. **공제:** 적용되는 모두에 체크하시고, 받는 금액과 시기를 적어 주십시오. 귀하가 연방 소득세 환급에서 공제될 수 있는 특정한 것들에 대해 지불하고 있는 경우, 그에 대해 밝혀주시면 건강 보험의 비용을 약간 더 낮게 할 수 있습니다.
유의: 귀하가 이미 순 자영업에 대해 답하신 것 (질문 27b)에서 고려하셨던 비용은 포함시키지 않아도 됩니다.

☐ 이혼수당 지불 $ 얼마나 자주?
☐ 학자금 대출 이자 $ 얼마나 자주?
☐ 기타 공제 $ 얼마나 자주?
유형:

30. **연간 소득: 소득이 월마다 변화되는 경우에만 작성하십시오.**
귀하의 월간 소득에 변화가 예상되지 않는다면, 다음 사람으로 넘어가십시오.

귀하의 **올해** 총소득
$

귀하의 **다음** 해 총소득 (달라질 것으로 생각하는 경우)
$

감사합니다! 이것이 저희가 귀하에 대해 알아야 할 전부입니다.

신청에 도움이 필요하세요? HealthCare.gov를 방문하시거나 **1-800-318-2596** 번으로 저희에게 전화하세요. 이 서식의 영어본을 받으시려면 **1-800-318-2596**로 전화하십시오. 영어가 아닌 다른 언어로 도움이 필요하시면, **1-800-318-2596** 에 전화하셔서 고객 서비스 담당자에게 귀하가 필요로 하는 언어를 말씀하세요. 저희는 귀하께 무료로 도움을 제공할 것입니다. TTY(문자전화) 이용자들은 **1-855-889-4325**로 전화하셔야 합니다.

단계 2: 해당인 2

2명 이상을 포함하려면 단계 : 해당인 2 (페이지 4 및 5)의 사본을 만들고 완성하십시오.

귀하 본인, 배우자/파트너 그리고 동거하는 자녀 및/또는 귀하가 연방 소득세 환급을 신청하는 경우 단계 2를 수행하십시오. 포함 대상자에 대한 더 자세한 정보는 페이지 1을 참조하십시오. 세금 환급을 신청하지 않는 경우라도, 함께 사는 가족 구성원은 빠짐 없이 추가하십시오.

1. 이름, 중간 이름, 성, 그리고 접미사

2. 귀하와의 관계는? *(지시사항을 보십시오)*

3. 생년월일 (mm/dd/yyyy)

4. 성별 ☐ 남성 ☐ 여성

5. 사회보장번호(SSN) ____ - ____ - ____
해당인 2에 대한 건강 보험 처리를 원하고, 해당인 2가 사회 보장 번호를 가지고 있는 경우, 저희는 이것을 원합니다.

6. 해당인 2는 귀하와 같은 주소에서 삽니까? ☐ 예 ☐ 아니오
아니오인 경우, 주소를 적어주십시오:

7. **해당인 2는 다음 해에 연방 소득세 환급을 신청할 계획이십니까?**
(해당인 2가 연방 정부 세금 보고서를 제출하지 않더라도 귀하는 여전히 건강 보험을 신청할 수 있습니다.)
☐ **예. 예인 경우,** 질문 a-c에 답해 주십시오. ☐ **아니오. 아니오인 경우,** 질문 c로 이동하십시오.
a. 해당인 2는 배우자와 함께 신청하실 것입니까? ☐ 예 ☐ 아니오
예인 경우, 배우자의 이름:
b. 해당인 2가 귀하의 세금 보고서에 피부양자가 있다고 주장할 것입니까? ☐ 예 ☐ 아니오
예인 경우, 피부양인의 이름을 기재:
c. 해당인 2가 누군가의 세금 환급서에 피부양인으로 청구될 것입니까? ☐ 예 ☐ 아니오
예인 경우, 세금 환급 제출자의 이름을 기재해 주십시오:
해당인 2는 세금 환급 신청자와 관계가 어떻게 됩니까?

8. 해당인 2가 임신중입니까? ☐ 예 ☐ 아니오 a. **예인 경우,** 이번 임신에 의해 몇 명의 아기가 태어날 예정입니까?

9. **해당인 2는 건강 보험보장이 필요합니까?**
(해당인 2가 보험을 가지고 있더라도 더 좋은 보험이 있거나 더 낮은 비용이 있는 프로그램이 있을 수도 있습니다.)
☐ **예. 예인 경우**, 아래의 모든 질문에 답하십시오.
☐ **아니오. 아니오인 경우, 페이지 5의 소득 질문들로** 이동하십시오. 페이지의 나머지는 공백으로 두십시오.

10. 해당인 2가 활동(목욕하기, 옷입기, 일상 잡일 등)에 제한을 초래하는 육체적, 정신적, 또는 정서적 질환을 갖고 있거나 의료 시설 또는 요양원에 거주합니까? ☐ 예 ☐ 아니오

11. 해당인 2는 미국 시민 또는 미국 국민입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

12. **해당인 2가 미국 시민 또는 미국 국민이 아닌 경우,** 적격한 이민 지위를 갖고 있습니까?
☐ 예. 해당인 2의 서류 유형 및 아이디 번호를 밑에 기입하십시오.
a. 이민 서류 유형
b. 문서 ID 번호
c. 해당인 2는 1996년 이래 미국에서 살았습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
d. 해당인 2 아니면 해당인 2의 배우자 혹은 부모가 재향군인이거나 미국 군대의 현역 일원입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

13. 해당인 2 기 지난 3개월부터의 의료 청구서의 지불에 도움을 원합니까? ☐ 예 ☐ 아니오

14. 해당인 2가 19세 미만의 적어도 1명의 자녀와 함께 살고 있고, 해당인 2가 이 자녀의 주부양자입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

15. 해당인 2는 18세 이상에서 위탁보호를 받았습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

해당인 2가 22세 이하인 경우 다음의 질문들에 답해 주십시오:

16. 해당인 2가 직장 보험이 있다가 지난 3개월 이내에 그 보험을 잃었습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
a. **예인 경우**, 종료 일자:
b. 보험이 종료된 사유:

17. 해당인 2는 전업 학생입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

18. **히스패닉/라티노인 경우, 민족 (옵션—적용되는 모두에 체크하십시오.)**
☐ 멕시코인 ☐ 멕시코계 미국인 ☐ 치카노/치카나 ☐ 푸에르토리코인 ☐ 쿠바인 ☐ 기타

19. **인종 (옵션—적용되는 모두에 체크하십시오.)**
☐ 백인
☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인
☐ 미국 인디어 또는 알래스카 원주민
☐ 아시아 인도인
☐ 중국인
☐ 필리핀인
☐ 일본인
☐ 한국인
☐ 베트남인
☐ 기타 아시아인
☐ 하와이 원주민
☐ 괌인 또는 차모르인
☐ 사모아인
☐ 기타 태평양 도서인
☐ 기타

이제, 해당인 2로부터의 소득을 뒷면에 밝혀 주십시오.

신청에 도움이 필요하세요? HealthCare.gov를 방문하시거나 **1-800-318-2596** 번으로 저희에게 전화하세요. 이 서식의 영어본을 받으시려면 **1-800-318-2596**로 전화하십시오. 영어가 아닌 다른 언어로 도움이 필요하시면, **1-800-318-2596** 에 전화하셔서 고객 서비스 담당자에게 귀하가 필요로 하는 언어를 말씀하세요. 저희는 귀하께 무료로 도움을 제공할 것입니다. TTY(문자전화) 이용자들은 **1-855-889-4325**로 전화하셔야 합니다.

단계 2: 해당인 2

현재 직업 및 소득 정보

☐ **취업**
해당인 2가 현재 일하는 중인 경우, 그 혹은 그녀의 수입에 대해 말씀해 주십시오. 질문 20으로 시작.

☐ **미취업**
질문 30으로 이동.

☐ **자영업**
질문 29로 이동.

현재 직업 1:

20. 고용주 이름 및 주소

21. 고용주 전화 번호
( ) –

22. 임금/팁 (세금 전) ☐ 시급 ☐ 주급 ☐ 격주급 ☐ 월 2회 ☐ 월급 ☐ 연급
$

23. 주당 평균 근로 시간

현재 직업 2: (더 많은 직업을 갖고 있고 공간이 더 필요하시면, 다른 종이를 첨부하십시오.)

24. 고용주 이름 및 주소

25. 고용주 전화 번호
( ) –

26. 임금/팁 (세금 전) ☐ 시급 ☐ 주급 ☐ 격주급 ☐ 월 2회 ☐ 월급 ☐ 연급
$

27. 주당 평균 근로 시간

28. **지난 해에 해당인 2가 한 것:** ☐ 일자리 변경 ☐ 근로 중단 ☐ 더 적은 시간의 근로 시작 ☐ 이들 중에 없음

29. **해당인 2가 자영업을 하는 경우, 다음의 질문에 응답해 주십시오:**

a. 일의 종류

b. 이번 달에 해당인 2가 자영업으로부터 순수입(사업 비용을 지불한 후 남는 이익)이 얼마일 것 같습니까? *(지시사항을 보십시오)*
$

30. **이번 달의 기타 소득:** 해당 사항에 전부 체크하고, 그 액수와 해당인 2가 그것을 얼마나 자주 받는지 기입하십시오.
아무 것도 아닌 경우, 여기에 체크하십시오. ☐
유의: 해당인 2의 자녀 부양비, 재향군인 지불금 혹은 보조 보장 수입(SSI)에 대해서 저희에게 말씀하실 필요는 없습니다.

☐ 미취업	$	얼마나 자주?	☐ 순 농업/어업	$	얼마나 자주?
☐ 연금	$	얼마나 자주?	☐ 순 임대료/로열티	$	얼마나 자주?
☐ 사회보장	$	얼마나 자주?	☐ 기타 소득	$	얼마나 자주?
☐ 은퇴 계정	$	얼마나 자주?	유형:		
☐ 이혼수당 수령	$	얼마나 자주?			

31. **공제:** 해당 사항에 전부 체크하고, 그 액수와 해당인 2가 그것을 얼마나 자주 받는지 기입하십시오. 해당인 2가 연방 소득세 환급에서 공제될 수 있는 특정한 것들에 대해 지불하고 있는 경우, 그에 대해 밝혀주시면 건강 보험의 비용을 약간 더 낮게 할 수 있습니다.
유의: 귀하가 이미 순 자영업에 대해 답하신 것 (질문 29b)에서 고려하셨던 비용은 포함시키지 않아도 됩니다.

☐ 이혼수당 지불	$	얼마나 자주?	☐ 기타 공제	$	얼마나 자주?
☐ 학자금 대출 이자	$	얼마나 자주?	유형:		

32. **연간 소득:** **해당인 2의 소득이 월마다 변화되는 경우에만 작성하십시오.**
해당인 2의 월수입이 변할 것이라고 생각이 들지 않는 경우, 다음 사람으로 건너 뛰십시오.

해당인 2의 **올해** 총소득
$

해당인 2의 **다음 해** 총소득 (달라질 것으로 생각되는 경우)
$

감사합니다! 이것이 저희가 해당인 2에 대해 알아야 할 전부입니다.

신청에 도움이 필요하세요? HealthCare.gov를 방문하시거나 **1-800-318-2596** 번으로 저희에게 전화하세요. 이 서식의 영어본을 받으시려면 **1-800-318-2596**로 전화하십시오. 영어가 아닌 다른 언어로 도움이 필요하시면, **1-800-318-2596** 에 전화하셔서 고객 서비스 담당자에게 귀하가 필요로 하는 언어를 말씀하세요. 저희는 귀하께 무료로 도움을 제공할 것입니다. TTY(문자전화) 이용자들은 **1-855-889-4325**로 전화하셔야 합니다.

단계 3 미국 인디언 또는 알래스카 원주민 (AI/AN) 가족 구성원

1. **귀하 또는 귀하 가족 중 누구라도 미국 인디언이거나 알래스카 원주민입니까?**

☐ **아니오. 아니오인 경우,** 단계 4로 이동하십시오.

☐ **예. 예인 경우,** 부록 B로 가십시오.

단계 4 귀하 가족의 건강 보험보장

건강 보험보장이 필요한 사람을 위해서 이 질문들에 답하십시오.

1. **누구든 지금 다음과 같은 것에서 건강 보험보장에 등록되어 있습니까?**
☐ **예. 예인 경우**, 보험보장의 유형을 체크하시고 그들이 가진 보험보장 옆에 해당인의 이름을 쓰십시오. ☐ **아니오.**

☐ Medicaid _____

☐ CHIP _____

☐ Medicare _____

☐ TRICARE (귀하께서 직접 케어 또는 Line of Duty를 갖고 있는 경우 체크하지 마십시오)
_____

☐ VA 헬스 케어 프로그램 _____

☐ Peace Corps _____

☐ 고용주 보험 _____
건강 보험 명칭: _____
보험증권 번호: _____
이것은 COBRA 보험보장입니까? ☐ 예 ☐ 아니오
이것은 은퇴자 건강 플랜입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

☐ 기타
건강 보험 명칭: _____
보험증권 번호: _____
이것은 제한 급여 플랜입니까 (학교 사고 보험 같은)?
☐ 예 ☐ 아니오

2. **본 신청서 상에 기재된 누구든지 직장으로부터 건강 보험보장을 제공 받습니까?** 그 보험보장이 부모 또는 배우자 같은 다른 누군가의 직장으로부터 나온 것이라도 예를 체크하십시오.
☐ **예. 예인 경우,** 부록 A를 작성하여 포함시켜야 할 것입니다. 이것은 주 직원 보험급여 플랜입니까? ☐ 예 ☐ 아니오
☐ **아니오. 아니오인 경우, 단계 5로 진행하십시오.**

단계 5 본 신청서를 읽고 서명하십시오.

- 본인은 본인이 아는 한 최선으로 본 서식의 모든 질문들에 정직하게 답했음을 위증의 벌을 감수하며 증명하면서 본 신청서에 서명하는 바입니다. 제가 고의로 허위 혹은 진실이 아닌 정보를 제공하는 경우, 연방법에 따라 처벌을 받을 수 있다는 점을 압니다.
- 본인은 본 신청서에 본인이 쓴 것이 변경되는 (그리고 다른) 경우 건강 보험 시장에 알려야 함을 인지합니다. 본인은 변경사항을 알릴 때 **HealthCare.gov**에 방문하거나 **1-800-318-2596** 번으로 전화할 수 있습니다. 본인은 본인의 정보에 변경이 있을 경우 본인 가구의 구성원에 대한 자격에 영향이 있을 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 연방 법 하에서 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 연령, 성적 지향, 성 정체성, 또는 장애 등의 이유로 차별이 용인되지 않음을 인지합니다. 본인은 **www.hhs.gov/ocr/office/file**에 방문하여 차별에 대한 민원을 제기할 수 있습니다.
- 이 양식 상의 제 정보가 건강 보험 처리의 자격을 결정하는데만 사용될 것이고 법에서 요구하는 대로 기밀로 처리될 것이라는 점을 압니다.
- 본인은 본 신청서에서 건강 보험을 신청하는 누구도 구금 (유치 또는 수감)된 상태가 아님을 확인합니다. 아닌 경우, _____ 이 구금되어 있습니다.
(해당인 성명)

저희는 귀하가 신청하기로 선택하는 경우 건강 보험보장의 비용 지불에 도움을 받을 자격이 귀하께 있는지 체크하기 위해 이 정보를 필요로 합니다. 저희는 저희 전자 데이터베이스와 국세청(IRS), 사회보장국, 국토안보부, 및/또는 소비자 신고 에이전시로부터의 데이터베이스의 정보를 이용하여 귀하의 답변들을 체크할 것입니다. 정보가 일치하지 않으면, 귀하께 증빙을 보내달라고 요청할 수도 있습니다.

단계 5 (계속)

향후 몇 년 동안의 보험보장 갱신

향후 몇 년 동안의 건강 보험보장의 비용 지불에 대한 도움을 받을 자격이 본인에게 있는지 판정하기 더 쉽게 하기 위해, 본인은 시장이 세금 환급의 정보를 포함하여 소득 데이터를 이용하는 데 동의합니다. 시장은 본인에게 통지를 보내고, 본인이 변경할 수 있게 하며, 본인은 언제든지 선택을 취소할 수 있습니다.

예, 다음 기간 동안 본인의 자격을 자동으로 갱신하십시오

▨ 5년 (허용되는 최대 년수), 또는 더 짧은 년수:

▨ 4년 ▨ 3년 ▨ 2년 ▨ 1년 ▨ 본인의 보험보장을 갱신하기 위해 세금 환급 정보를 이용하지 마십시오.

본 신청서 상의 누구든지 메디케이드 자격이 되는 경우

- 본인은 건강 보험, 법적 결정, 또는 기타 제3자로부터 우리가 어떠한 금전이든 추구할 권리를 메디케이드 에이전시에게 부여하는 바입니다. 또한 본인은 배우자 또는 부모로부터 의료 지원을 추구할 권리를 메디케이드 에이전시에게 부여하는 바입니다.
- 이 신청서 상의 어떤 어린이든 가정 밖에서 살고 있는 아버지나 어머니를 두고 있습니다. ▨ 예 ▨ 아니오
- 예인 경우, 본인은 그 없는 아버지나 어머니로부터 의료 지원을 주선하는 에이전시에 협력할 것을 요구 받을 것임을 압니다. 본인이 의료 지원을 주선하는 것에 협조하는 것이 본인 또는 본인의 자녀에게 해가 될 경우, 본인은 메디케이드에 이야기할 수 있고 본인은 협조하지 않아도 됩니다.

제 자격 결과가 잘못되었다고 생각하면 무엇을 해야 합니까?

귀하의 자격에 대해 동의하지 않는 경우, 많은 경우에 항소를 요청할 수 있습니다. 항소를 요청하기 위해 몇일이 남았는가를 포함하여 귀하 가정의 각각의 사람에 대한 구체적인 항소 지침서를 찾기 위해서 귀하의 자격 통지서를 검토하십시오. 아래는 항소를 요청할 때 고려해야할 중요한 정보입니다.

- 원하시면 다른 사람이 귀하의 항소를 요청하거나 항소에 참여하도록 할 수 있습니다. 그 사람은 친구, 친척, 변호사 혹은 다른 개인일 수 있습니다. 아니면 귀하 자신이 항소를 요청하거나 항소에 참여할 수 있습니다.
- 귀하가 항소를 요청하는 경우, 귀하의 항소가 계류 중에도 처리 자격을 유지할 수도 있을 것입니다.
- 항소의 결과는 귀하 가정의 다른 일원의 자격을 변경할 수도 있습니다.

귀하의 마켓플레이스 자격 결과에 대해 항소하려면 **HealthCare.gov/marketplace** 의 마켓플레이스 구좌에 로그인하거나 **1-800-318-2596**에 전화하십시오. 청각 장애자용 전화 사용자는 **1-855-889-4325**에 전화해야 합니다. 귀하는 또한 **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750에 항소 요청 양식을 우송하거나 항소를 요청하는 편지를 우송할 수도 있습니다. 귀하가 이들을 받는 것을 거부당하는 경우, 마켓플레이스, 등록 기간, 세금 크레딧, 비용 공유 감면, 메디케이드 및 CHIP을 통해서 건강 보험을 구매하기 위한 자격에 대한 항소를 할 수 있습니다. 귀하가 세금 크레딧 혹은 비용 공유 감면 자격에 해당되는 경우, 귀하는 저희가 귀하의 자격에 해당된다고 결정한 액수에 대해 항소를 할 수 있습니다. 귀하가 거주하는 주에 따라서 마켓플레이스를 통해서 항소를 할 수 있거나 주 메디케이드 혹은 CHIP 기관에 항소를 해야 할 수도 있습니다.

본 신청서에 서명하십시오. 단계 1을 작성한 사람은 본 신청서에 서명해야 합니다. 귀하가 위임 받은 대리인인 경우, 부록 C에서 요구되는 정보를 제공하였다면 여기에 서명해도 됩니다.

서명	날짜 (mm/dd/yyyy)

단계 6 작성한 신청서를 우송하십시오.

서명한 신청서를 이곳으로 우송하십시오:

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

투표하기 위해 등록하기를 원하시면, 투표자 등록 서식을 usa.gov에서 작성하실 수 있습니다.

PRA 공개 설명서

1995년 서류작업 감축 법안 (Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라, 사람들은 유효한 OMB 관리 번호를 보여주지 않는 한 정보의 수집에 응할 필요가 없습니다. 이 정보 수집을 위한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1191입니다. 이 정보 수집을 완성하기 위해 요구되는 시간은 지시사항을 검토하고, 기존 데이타 자원을 검색하고, 필요한 정보를 수집하고, 정보 수집을 완성하며 검토하는 시간을 포함하여 응답별로 평균 45분으로 추산됩니다. 시간 추정의 정확성에 대해 의견이 있으시거나 이 서식을 개선하기 위한 제안사항이 있으시면, 이곳으로 글을 써 보내주십시오: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

부록 A

작성하지 마십시오. 이것은 신청서가 아닙니다.

직장의 건강 보험보장

가구원 중에 직장 건강 보험의 자격이 되는 사람이 없다면 귀하는 이 질문들에 답하실 필요가 **없습니다**. 보험보장을 제공하는 각 직장에 대해 이 페이지의 사본을 첨부하십시오.

보험보장을 제공하는 직장에 대해 말씀해 주십시오.

이 질문들에 답하는 데 도움을 받으시려면 보험보장을 제공하는 직장으로 다음 페이지의 고용주 보험보장 툴을 가져가십시오. 고용주 보험보장 툴이 아닌 신청서에서 보낼 때만 이 페이지를 포함시킬 필요가 있습니다.

직원 정보

1. 직원 성명 (이름, 중간자, 성)	2. 직원 사회보장번호
	- -

고용주 정보

3. 고용주 이름		4. 고용주 식별 번호 (EIN)
		-
5. 고용주 주소		6. 고용주 전화 번호
		( ) –
7. 시	8. 주	9. 우편 번호
10. 저희가 이 직장의 직원 건강 보험보장에 대해 누구에게 연락하면 됩니까?		
11. 전화 번호 (위와 다른 경우)	12. 이메일 주소	
( ) –		

13. **귀하는 현재 이 고용주에 의해 제공되는 보험보장의 자격이 되는지, 아니면 앞으로 3개월 안에 자격을 갖추게 될 것인지요?**

☐ **예** (계속)

13a. 귀하가 대기 또는 가채용 기간에 있다면, 언제 보험보장에 등록될 수 있습니까? (mm/dd/yyyy)

이 직장의 보험보장에 자격이 되는 다른 사람들의 이름을 나열해 주십시오.

이름: 이름: 이름:

☐ **아니오** (여기서 멈춘 다음 신청서의 5 단계로 감)

이 고용주에 의해 제공되는 헬스 플랜 에 대해 말씀해 주십시오.

14. 고용주가 최소 가치 기준*을 충족하는 헬스 플랜을 제공합니까? ☐ 예 ☐ 아니오

15. 최소 가치 기준*을 충족하는 **직원에게만** 제공되는 최저 비용 플랜에 대해 (가족 플랜은 포함시키지 마십시오):
고용주가 건강 프로그램을 가지고 있다면, 직원이 금연 프로그램을 위한 최대 할인을 받았고, 건강 프로그램에 기초한 다른 할인은 받지 않은 경우 직원이 지불할 보험료를 밝혀 주십시오.

a. 직원은 이 플랜에 있어서 보험료로 얼마를 지불해야 합니까? **$**

b. 얼마마다? ☐ 주 단위 ☐ 2주마다 ☐ 월 2회 ☐ 1달에 1번 ☐ 분기별로 ☐ 연간으로

16. 고용주는 새 플랜 년도에 대해 어떤 변경을 할 것입니까 (아는 경우)?

☐ 고용주는 건강 보험보장을 제공하지 않을 것입니다

☐ 고용주는 직원들에게 건강 보험보장을 제공하기 시작하거나 최소 가치 기준*을 충족하는 직원에게만 이용 가능한 최저 비용 플랜의 보험료를 변경할 것입니다. (보험료는 건강 프로그램을 위한 할인을 반영하여야 합니다. 질문 15 참조.)

a. 직원은 그 플랜에 대해 보험료로 얼마를 지불해야 할 것입니까? **$**

b. 얼마마다? ☐ 주 단위 ☐ 2주마다 ☐ 월 2회 ☐ 1달에 1번 ☐ 분기별로 ☐ 연간으로

변경 일자 (mm/dd/yyyy):

*고용주가 후원하는 헬스 플랜은 그 플랜에 의해 보장되는 총 허용 급여 비용에 대한 그 플랜의 몫이 1986년 Internal Revenue Code의 그 비용 (Section 36B(c)(2)(C)(ii)의 60 퍼센트 이상이면 "최소 가치 기준"을 충족합니다

신청에 도움이 필요하세요? HealthCare.gov를 방문하시거나 **1-800-318-2596**번으로 저희에게 전화하세요. 이 서식의 영어본을 받으시려면 **1-800-318-2596**로 전화하십시오. 영어가 아닌 다른 언어로 도움이 필요하시면, **1-800-318-2596** 에 전화하셔서 고객 서비스 담당자에게 귀하가 필요로 하는 언어를 말씀하세요. 저희는 귀하께 무료로 도움을 제공할 것입니다. TTY(문자전화) 이용자들은 **1-855-889-4325**로 전화하셔야 합니다.

고용주 보험보장 툴

Health Insurance Marketplace
서식 승인
OMB 번호 0938-1191

이 툴을 이용하면 부록 A에 있는 귀하가 자격이 되는 고용주 건강 보험보장에 대한 질문들에 답하는 데 도움이 됩니다 (비롯 그것이 부모 또는 배우자 같은 다른 사람의 직장에서 비롯되었더라도). 아래에 번호가 매겨진 칸들의 정보는 부록 A의 칸들과 일치합니다. 예를 들어, 이 페이지의 질문 14에 대한 답은 부록 A의 질문 14와 일치해야 합니다.

칸 1과 2에 귀하의 이름과 사회보장 번호를 써 넣고 고용주에게는 나머지 칸들을 채우라고 요청하십시오. 건강 보험보장을 제공하는 각 고용주에 대해 하나의 툴을 작성하십시오.

직원 정보

직원은 이 부분을 채워야 합니다.

1. 직원 성명 (이름, 중간자, 성)	2. 사회보장번호
	- -

고용주 정보

이 정보는 **고용주**에게 요청하십시오.

3. 고용주 이름	4. 고용주 식별 번호 (EIN)
	-
5. 고용주 주소 (시장은 이 주소로 통지서를 보낼 것입니다)	6. 고용주 전화 번호
	( ) –

7. 시	8. 주	9. 우편 번호

10. 저희가 이 직장의 직원 건강 보험보장에 대해 누구에게 연락하면 됩니까?

11. 전화 번호 (위와 다른 경우)	12. 이메일 주소
( ) –	

13. **직원이 현재 이 고용주에 의해 제공되는 보험보장의 자격이 되는지, 아니면 앞으로 3개월 안에 자격을 갖추게 될 것인지요?**

☐ **예** (질문 13a으로 갈 것)

13a. 직원이 현재 대기 또는 가채용 기간이어서 자격이 되지 않는다면, 그 직원은 언제 보험보장의 자격이 되는지요?
(mm/dd/yyyy) (다음 질문으로 갈 것)

☐ **아니오** (중단하고 이 서식을 직원에게 되돌려줌)

이 **고용주**에 의해 제공되는 **헬스 플랜** 에 대해 말씀해 주십시오.

고용주가 직원의 배우자 또는 피부양인을 보장해주는 헬스 플랜을 제공합니까?

☐ 예. 어떤 사람들입니까? ☐ 배우자 ☐ 피부양인

☐ 아니오

(질문 14로 감)

14. 고용주가 최소 가치 기준*을 충족하는 헬스 플랜을 제공합니까?

☐ 예 (질문 15로 감) ☐ 아니오 (중단하고 직원에게 서식을 되돌려줌)

15. 최소 가치 기준*을 충족하는 **직원에게만** 제공되는 최저 비용 플랜에 대해 (가족 플랜은 포함시키지 마십시오): 고용주가 건강 프로그램을 가지고 있다면, 직원이 금연 프로그램을 위한 최대 할인을 받았고, 건강 프로그램에 기초한 다른 할인은 받지 않은 경우 직원이 지불할 보험료를 밝혀 주십시오.

a. 직원은 이 플랜에 있어서 보험료로 얼마를 지불해야 합니까? **$**

b. 얼마마다? ☐ 주 단위 ☐ 2주마다 ☐ 월 2회 ☐ 1달에 1번 ☐ 분기별로 ☐ 연간으로 (다음 질문으로 갈 것)

플랜 년도가 곧 끝날 것이며 귀하가 제공되는 그 헬스 플랜이 변경될 것을 안다면, 질문 16으로 가십시오. 귀하가 모른다면, 중단하고 서식을 직원에게 되돌려주십시오.

16. 고용주는 새 플랜 년도에 대해 어떤 변경을 할 것입니까?

☐ 고용주는 건강 보험보장을 제공하지 않을 것입니다

☐ 고용주는 고용인에게 건강 보험을 제공하기 시작하거나 최소 가치 기준*을 충족시키고 고용인에게만 제공되는 최하 비용 계획에 대한 보험료를 변경할 것입니다. (보험료는 건강 프로그램을 위한 할인을 반영하여야 합니다. 질문 15 참조.)

a. 직원은 그 플랜에 대해 보험료로 얼마를 지불해야 할 것입니까? **$**

b. 얼마마다? ☐ 주 단위 ☐ 2주마다 ☐ 월 2회 ☐ 1달에 1번 ☐ 분기별로 ☐ 연간으로

변경 일자 (mm/dd/yyyy):

*고용주가 후원하는 헬스 플랜은 그 플랜에 의해 보장되는 총 허용 급여 비용에 대한 그 플랜의 몫이 1986년 Internal Revenue Code의 그 비용 (Section 36B(c)(2)(C)(ii)의 60 퍼센트 이상이면 "최소 가치 기준"을 충족합니다

신청에 도움이 필요하세요? HealthCare.gov를 방문하시거나 **1-800-318-2596**번으로 저희에게 전화하세요. 이 서식의 영어본을 받으시려면 **1-800-318-2596**로 전화하십시오. 영어가 아닌 다른 언어로 도움이 필요하시면, **1-800-318-2596** 에 전화하셔서 고객 서비스 담당자에게 귀하가 필요로 하는 언어를 말씀하세요. 저희는 귀하께 무료로 도움을 제공할 것입니다. TTY(문자전화) 이용자들은 **1-855-889-4325**로 전화하셔야 합니다.

부록 B

작성하지 마십시오. 이것은 신청서가 아닙니다. -

서식 승인
OMB 번호 0938-1191

미국 인디언 또는 알래스카 원주민 가족 구성원 (AI/AN)

귀하 또는 가족 구성원이 미국 인디언이거나 알래스카 원주민이라면 이 부록을 작성하십시오. 이것은 귀하의 건강 보험보장 및 도움 지불 비용 신청서와 함께 제출하십시오.

귀하의 미국 인디언 또는 알래스카 원주민 가족 구성원에 대해 말씀해 주십시오.

미국 인디언 및 알래스카 원주민은 인디언 헬스 서비스, 종족 건강 프로그램, 또는 도시 인디언 건강 프로그램으로부터 서비스를 받을 수 있습니다. 그들은 또한 비용 분담금을 지불하지 않아도 될 수 있으며 특별 월간 등록 기간을 부여 받을 수도 있습니다. 귀하 가족이 가능한 가장 많은 도움을 받도록 하기 위해 다음의 질문들에 답해 주십시오.

유의: 더 많은 사람들이 포함되도록 하시려면, 이 페이지 사본을 만들어 첨부하십시오.

	AI/AN 해당인 1	AI/AN 해당인 2
1. 이름 (이름, 중간 이름, 성)	이름 중간 이름 성	이름 중간 이름 성
2. 연방에 의해 인정되는 종족의 구성원입니까?	☐ 예 **예인 경우**, 종족 이름 ☐ 아니오	☐ 예 **예인 경우**, 종족 이름 ☐ 아니오
3. 이 사람은 인디언 헬스 서비스, 종족 건강 프로그램, 또는 도시 인디어 헬스 프로그램으로부터 또는 이들 프로그램 중의 하나로부터 의뢰를 받아서 서비스를 받은 적이 있습니까?	☐ 예 ☐ 아니오 **아니오인 경우**, 이 사람은 인디어 헬스 서비스, 종족 건강 프로그램, 또는 도시 인디어 건강 프로그램으로부터 또는 이들 프로그램 중 하나로부터 의뢰를 받아서 서비스를 받을 자격이 됩니까? ☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오 **아니오인 경우**, 이 사람은 인디어 헬스 서비스, 종족 건강 프로그램, 또는 도시 인디어 건강 프로그램으로부터 또는 이들 프로그램 중 하나로부터 의뢰를 받아서 서비스를 받을 자격이 됩니까? ☐ 예 ☐ 아니오
4. 수령한 특정 돈이 메디케이드 또는 어린이 건강 보험 프로그램 (CHIP)을 위한 계산에 들어가지 않을 수도 있습니다. 이러한 원천으로부터의 돈을 포함하여 귀하의 신청서 상에 신고된 모든 소득을 나열하십시오 (금액과 얼마나 자주인지): • 자연 자원, 이용 권리, 임대, 또는 로열티로부터 오는 종족으로부터의 1인당 지불금 • 내무부에 의해 인디언 신탁 토지로 지정된 토지 (보호구역 및 이전의 보호구역 포함) 로부터의 자연 자원, 영농, 목장, 어업, 임대, 또는 로열티에서 나오는 지불금 • 문화적 위상을 갖는 것들의 판매로부터 나오는 돈	$ 얼마나 자주?	$ 얼마나 자주?

신청에 도움이 필요하세요? HealthCare.gov를 방문하시거나 **1-800-318-2596**번으로 저희에게 전화하세요. 이 서식의 영어본을 받으시려면 **1-800-318-2596**로 전화하십시오. 영어가 아닌 다른 언어로 도움이 필요하시면, **1-800-318-2596** 에 전화하셔서 고객 서비스 담당자에게 귀하가 필요로 하는 언어를 말씀하세요. 저희는 귀하께 무료로 도움을 제공할 것입니다. TTY(문자전화) 이용자들은 **1-855-889-4325**로 전화하셔야 합니다.

부록 C

작성하지 마십시오. 이것은 신청서가 아닙니다.

서식 승인
OMB 번호 0938-1191

본 신청서 작성에 관련된 지원

귀하는 권한 위임 받은 대리인을 선택할 수 있습니다.

귀하는 신탁 받은 사람에게, 귀하의 신청에 대한 정보를 취득하고 귀하의 신청서에 귀하 대신 서명하는 것을 포함하여, 이 신청에 대하여 저희와 이야기하고, 귀하의 정보를 열람하고, 이 신청과 관련된 사항들에 대해 귀하를 대신하여 행위할 수 있는 승낙을 해줄 수 있습니다. 이 사람을 "권한 위임 받은 대리인"이라고 부릅니다. 언제든 권한 위임 받은 대리인을 변경하여야 한다면, 시장에 연락하십시오. 만약 귀하가 이 신청서 상의 누군가를 위해 법적으로 지명된 대리인이라면, 신청서와 함께 증빙을 제출하십시오.

1. 권한 위임 받은 대리인의 성명 (이름, 중간 이름, 성)

2. 주소

3. 아파트 또는 스위트 호수

4. 시

5. 주

6. 우편 번호

7. 전화 번호

( ) –

8. 기관명

9. ID 번호 (해당되는 경우)

서명을 하면 귀하가 이 사람이 귀하의 신청서에 서명하고, 이 신청서에 대한 공식적인 정보를 받고 이 신청서에 관련된 모든 장래 사안에 대해 귀하를 대신해서 행동하는 것을 허용하게 됩니다.

10. 귀하의 서명

11. 날짜 (mm/dd/yyyy)

공인 신청 카운셀러, 네비게이터, 에이전트, 브로커 전용.

귀하가 누군가를 대신하여 이 신청서를 작성하는 공인 신청 카운셀러, 네비게이터, 에이전트, 또는 브로커인 경우 이 부분을 작성해 주십시오.

1. 신청 시작 일자 (mm/dd/yyyy)

2. 이름, 중간 이름, 성, 그리고 접미사

3. 기관명

4. ID 번호 (해당되는 경우)

5. 오직 대리인/대행인만 해당: NPN 번호

신청에 도움이 필요하세요? HealthCare.gov를 방문하시거나 **1-800-318-2596**번으로 저희에게 전화하세요. 이 서식의 영어본을 받으시려면 **1-800-318-2596**로 전화하십시오. 영어가 아닌 다른 언어로 도움이 필요하시면, **1-800-318-2596** 에 전화하셔서 고객 서비스 담당자에게 귀하가 필요로 하는 언어를 말씀하세요. 저희는 귀하께 무료로 도움을 제공할 것입니다. TTY(문자전화) 이용자들은 **1-855-889-4325**로 전화하셔야 합니다.