Health Insurance Marketplace

PROSIMY NIE WYPEŁNIAĆ. TO NIE JEST FORMULARZ WNIOSKU.

Wniosek o Ubezpieczenie Zdrowotne i Pomoc w Pokrywaniu Kosztów

Formularz zatwierdzono
Numer kontrolny OMB 0938-1191

POMOCNE INFORMACJE

Złożenie tego wniosku pomoże w ustaleniu typu ubezpieczenia, do którego kwalifikuje się zainteresowany

- Plany przystępnych prywatnych pakietów ubezpieczeń, oferujących ogólny zakres ubezpieczenia pomagający w utrzymaniu dobrego zdrowia
- Nowa ulga podatkowa, która może bezpośrednio pomóc wnioskodawcy w opłaceniu składek na ubezpieczenie zdrowotne
- Darmowe lub tanie ubezpieczenie z Medicaid lub z Programu Ubezpieczeń Zdrowotnych dla Dzieci (CHIP)

Wnioskodawca może kwalifikować się do bezpłatnych lub tanich programów nawet, jeśli zarabia 94 tys. dolarów na rok (dla rodziny 4-osobowej).

Kogo dotyczy ten wniosek?

- Wniosek można złożyć, by wystąpić o ubezpieczenie dla wszystkich członków rodziny.
- Można go złożyć nawet, jeśli dziecko wnioskodawcy jest już objęte ubezpieczeniem. Możliwe, że wnioskodawca będzie się kwalifikował do tańszego lub darmowego ubezpieczenia.
- Osoby samotne mogą wypełnić krótką wersję wniosku. Prosimy zajrzeć na stronę internetową HealthCare.gov.
- Mogą ubiegać się rodziny, w tym rodziny imigrantów. Można ubiegać się o ubezpieczenie dla dziecka, nawet, jeśli nie jest się uprawnionym samemu. Złożenie wniosku nie będzie miało wpływu na status imigracyjny wnioskodawcy lub szanse uzyskania pobytu stałego czy obywatelstwa.
- Jeżeli ktoś pomaga wnioskodawcy wypełnić ten formularz, to należy również wypełnić Załącznik C.

Wnioski składa się szybciej przez Internet

Wnioski składa się przez Internet na stronie HealthCare.gov.

Co będzie potrzebne przy składaniu wniosku

- Numery Social Security (lub numery dokumentów każdego uprawnionego imigranta, potrzebującego ubezpieczenia)
- Informacje dotyczące pracodawcy i dochodu dla każdego członka rodziny (np. z odcinków wypłaty, formularzy W-2 lub zestawień zarobków i podatków)
- Numery polis każdego aktualnego ubezpieczenia
- Informacje dotyczące wszystkich ubezpieczeń pracowniczych dostępnych dla rodziny wnioskodawcy

Dlaczego pytamy o te dane?

Pytamy o dochody i inne informacje, by zorientować wnioskodawców do jakiego ubezpieczenia się kwalifikują i czy mogą uzyskać pomoc w płaceniu za nie. **Wszystkie informacje podane przez wnioskodawców, według wymogów prawa, traktujemy jako poufne i chronione.** Aby zobaczyć treść Ustawy o Ochronie Danych, prosimy zajrzeć na stronę HealthCare.gov lub przeczytać instrukcje.

Co dalej?

Wypełniony i podpisany wniosek należy wysłać pod adres na stronie 7. **Jeżeli wnioskodawca nie ma wszystkich wymaganych przez nas informacji, powinien mimo to podpisać i złożyć ten wniosek.** Odpowiemy w ciągu 1–2 tygodni. Podamy instrukcje odnośnie kolejnego etapu w uzupełnieniu wniosku o ubezpieczenie zdrowotne. Jeśli nie otrzyma się żadnej wiadomości, można zajrzeć na stronę internetową HealthCare.gov lub zadzwonić pod numer **1-800-318-2596**. Wypełnienie tego wniosku nie oznacza przymusu wykupienia ubezpieczenia zdrowotnego.

Pomoc w wypełnieniu wniosku

- **Internet:** HealthCare.gov
- **Telefon:** Można dzwonić o pomoc pod numer **1-800-318-2596.**
- **Osobiście:** Możliwe, że w rejonie wnioskodawcy działają doradcy, którzy będą mogli pomóc.
  Aby uzyskać więcej informacji prosimy zajrzeć na stronę internetową HealthCare.gov lub zadzwonić pod numer **1-800-318-2596**
- **POLSKI:** Aby uzyskać pomoc, prosimy telefonować pod bezpłatny numer **1-800-318-2596.**

CZY POTRZEBUJE PAN/I POMOCY W WYPEŁNIENIU WNIOSKU? Prosimy zajrzeć na stronę internetową HealthCare.gov lub zadzwonić do nas pod numer **1-800-318-2596**. Aby otrzymać bezpłaty egzemplarz tego formularza w języku angielskim, prosimy telefonować pod numer **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebuje Pan/i pomocy w języku innym niż angielski, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-318-2596,** i powiedzieć pracownikowi działu obsługi klienta, jakim językiem Pan/i mówi. Pomoc językowa jest bezpłatna. Użytkownicy dalekopisu TTY powinni dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

Wypełnić wniosek niebieskim lub czarnym kolorem.

CZĘŚĆ 1 Prosimy powiedzieć o sobie.

(Prosimy podać jedną osobę dorosłą w rodzinie, z którą będzie można kontaktować się w sprawie tego wniosku)

1. Imię, drugie imię, nazwisko i przyrostek

2. Adres zamieszkania (Nie wypełniać, jeśli się nie ma)

3. Numer mieszkania lub apartamentu

4. Miasto

5. Stan

6. Kod pocztowy

7. Okręg administracyjny (county)

8. Adres pocztowy (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

9. Numer mieszkania lub apartamentu

10. Miasto

11. Stan

12. Kod pocztowy

13. Okręg administracyjny (county)

14. Numer telefonu
( ) –

15. Inny numer telefonu
( ) –

16. Czy chce Pan/i otrzymać wiadomość na temat tego wniosku przez e-mail? ☐ Tak ☐ Nie

Adres e-mailowy:

17. Jakim językiem Pan/i mówi i pisze (jeśli nie po angielsku)?

CZĘŚĆ 2 Prosimy powiedzieć o swojej rodzinie.

Kogo musi Pan/i dołączyć do tego wniosku?

Prosimy powiedzieć o wszystkich członkach rodziny mieszkających z Panem/Panią. Jeżeli Pan/i rozlicza się z podatków, to musimy wiedzieć o wszystkich osobach ujętych w Pana/Pani deklaracji podatkowej. (Do uzyskania ubezpieczenia, nie wymagane jest rozliczanie się z podatków).

PROSIMY włączyć:

- Siebie samego
- Współmałżonka/małżonkę
- Dzieci w wieku poniżej 21 lat, mieszkające wspólnie z Panem/Panią
- Partnera/partnerkę w związku nieślubnym z Panem/Panią, który/która potrzebuje ubezpieczenia zdrowotnego
- Każdą osobę, która jest włączona do Pana/Pani rozliczenia podatkowego, nawet jeśli wspólnie z Panem/Panią nie mieszka
- Każdą inną osobę w wieku poniżej 21 lat, którą się Pan/i opiekuje i która z Panem/Panią mieszka

NIE musi Pan/i włączać:

- Partnera/partnerki z nieślubnego związku, który/która nie potrzebuje ubezpieczenia zdrowotnego
- Dzieci partnera/partnerki z nieślubnego związku
- Rodziców, którzy mieszkają wspólnie z Panem/Panią, ale rozliczają się z podatków osobno (jeśli ma Pan/i powyżej 21 lat)
- Innych dorosłych krewnych, którzy rozliczają się sami z podatków

Rodzaj pomocy lub rodzaj programu, do którego może się Pan/i kwalifikować zależy od liczby osób w rodzinie i ich dochodów. Informacje te pomagają nam upewnić się, że każdy uzyska jak najlepszy zakres ubezpieczenia.

Prosimy wypełnić Część 2 dla każdej osoby w rodzinie. Prosimy rozpocząć od siebie a potem dodać innych dorosłych i dzieci. Jeśli ma Pan/i w rodzinie więcej niż 2 osoby, będzie Pan/i musiał/a zrobić kopie tych stron i dołączyć je do wniosku. Nie trzeba podawać statusu imigracyjnego ani numeru Social Security (SNN) członków rodziny, którzy nie potrzebują ubezpieczenia zdrowotnego. Według wymogów prawa wszystkie przekazane nam informacje będą traktowane jako poufne i będą chronione. Danych osobowych użyjemy tylko do ustalenia, czy ktoś kwalifikuje się do ubezpieczenia zdrowotnego.

CZY POTRZEBUJE PAN/I POMOCY W WYPEŁNIENIU WNIOSKU? Prosimy zajrzeć na stronę internetową HealthCare.gov lub zadzwonić do nas pod numer **1-800-318-2596**. Aby otrzymać bezpłaty egzemplarz tego formularza w języku angielskim, prosimy telefonować pod numer **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebuje Pan/i pomocy w języku innym niż angielski, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-318-2596,** i powiedzieć pracownikowi działu obsługi klienta, jakim językiem Pan/i mówi. Pomoc językowa jest bezpłatna. Użytkownicy dalekopisu TTY powinni dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

CZĘŚĆ 2: OSOBA 1 (Prosimy zacząć od siebie)

Prosimy wypełnić Część 2 dla siebie, współmałżonka/partnera i dzieci mieszkających z Panem/Panią oraz/lub dla każdej osoby uwzględnionej w Pana/Pani rozliczeniu podatkowym, jeśli rozlicza się Pan/i z podatków federalnych. Więcej informacji na temat osób, które można włączyć znajduje się na stronie 1. Jeśli ktoś nie rozlicza się z podatków, to mimo to powinien pamiętać, by dodać wspólnie mieszkających z nim członków rodziny.

1. Imię, drugie imię, nazwisko i przyrostek

2. Stopień pokrewieństwa z Panem/Panią **Wnioskodawca**

3. Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok)

4. Płeć ☐ Męska ☐ Żeńska

5. Numer Social Security (SSN) ____ - ____ - ____

Potrzebujemy tej informacji, jeśli ktoś chce mieć ubezpieczenie zdrowotne i ma numer SSN. Nawet jeśli nie będzie się potrzebowało ubezpieczenia dla siebie, to podanie numeru Social Security będzie przydatne, bo przyspieszy rozpatrzenie wniosku. Używamy numerów SSN, by sprawdzić dochody wnioskodawców oraz inne dane w celu ustalenia, kto kwalifikuje się do pomocy w pokryciu kosztów ubezpieczenia. Jeśli ktoś potrzebuje pomocy w zdobyciu numeru SSN, może zadzwonić pod numer 1-800-772-1213 lub pójść na stronę internetową socialsecurity.gov. Użytkownicy dalekopisu TTY powinni dzwonić pod numer 1-800-325-0778.

6. **Czy planuje Pan/i rozliczać się federalnych podatków dochodowych w PRZYSZŁYM ROKU?**
(Może się Pan/i ubiegać o ubezpieczenie zdrowotne nawet, jeśli nie rozlicza się Pan/i z federalnych podatków dochodowych.)

☐ **TAK. Jeśli tak,** to prosimy odpowiedzieć na pytania a–c. ☐ **NIE. Jeśli nie,** to prosimy przejść do pytania c.

a. Czy będzie się Pan/i rozliczał/a wspólnie z małżonkiem/małżonką? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, to podać nazwisko małżonka/małżonki:

b. Czy będzie Pan/i w swoim rozliczeniu deklarować osoby na utrzymaniu? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, to prosimy podać nazwisko/a osoby(osób) na utrzymaniu:

c. Czy będzie Pan/i odpisany jako osoba na utrzymaniu w czyimś rozliczeniu podatkowym? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, to prosimy podać nazwisko osoby składającej deklarację podatkową:

Czy jest Pan/i spokrewniony/a z osobą składającą deklarację podatkową?

7. Czy jest Pani w ciąży? ☐ Tak ☐ Nie a. **Jeśli tak,** to jakiej ilości dzieci spodziewa się Pani w wyniku tej ciąży?

8. **Czy potrzebuje Pani ubezpieczenia zdrowotnego?**
(Nawet jeśli Pan/i ma ubezpieczenie, to możliwe, że istnieje program z lepszym zakresem ochrony lub o niższych kosztach.)

☐ **TAK. Jeśli tak**, to prosimy odpowiedzieć na wszystkie pytania poniżej.

☐ **NIE. Jeśli nie,** prosimy PRZEJŚĆ do pytań na temat dochodów na stronie 3. Prosimy nie wypełniać reszty tej strony.

9. Czy ma Pan/i zaburzenia fizyczne, psychiczne lub emocjonalne, powodujące ograniczenia w wykonywaniu pewnych czynności (takich, jak kąpanie się, ubieranie się, codzienne obowiązki domowe, itd.) lub czy mieszka Pan/i w zakładzie leczniczym lub domu opieki? ☐ Tak ☐ Nie

10. Czy jest Pan/i obywatelem/obywatelką USA lub jest narodowości amerykańskiej? ☐ Tak ☐ Nie

11. **Jeśli nie jest Pan/i obywatelem/obywatelką USA lub nie jest narodowości amerykańskiej,** czy kwalifikuje się Pan/i do uzyskania legalnego statusu imigracyjnego? *(Zob. instrukcje)*

☐ Tak. Prosimy podać poniżej rodzaj i numer dokumentu tożsamości.

a. Rodzaj dokumentu imigracyjnego b. Numer dokumentu tożsamości

c. Czy mieszka Pan/i w USA od 1996 roku? ☐ Tak ☐ Nie

d. Czy Pan/i, współmałżonek/małżonka lub rodzic Pana/i jest weteranem lub członkiem czynnej służby sił zbrojnych USA? ☐ Tak ☐ Nie

12. Czy potrzebuje Pan/i pomocy w zapłaceniu rachunków medycznych z ostatnich 3 miesięcy? ☐ Tak ☐ Nie

13. Czy mieszka Pan/i z co najmniej jednym dzieckiem w wieku poniżej 19 lat i czy jest Pan/i głównym opiekunem tego dziecka? ☐ Tak ☐ Nie

14. Czy studiuje Pan/i w pełnym wymiarze godzin? ☐ Tak ☐ Nie

15. Czy mieszkał/a Pan/i w rodzinie zastępczej w wieku 18 lub więcej lat? ☐ Tak ☐ Nie

16. **Jeśli pochodzenia latynoskiego/latynoamerykańskiego, przynależność etniczna (ODPOWIEDŹ OPCJONALNA—prosimy zaznaczyć wszystkie pasujące możliwości.)**

☐ Meksykanin/Meksykanka ☐ Meksykański Amerykanin/Amerykanka ☐ Amerykanin/Amerykanka pochodzenia meksykańskiego
☐ Portorykańczyk ☐ Kubańczyk ☐ Inne

17. **Rasa (ODPOWIEDŹ OPCJONALNA — prosimy zaznaczyć wszystkie pasujące możliwości.)**

☐ Biała
☐ Czarna lub afroamerykańska
☐ Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski
☐ Hinduska
☐ Chińska
☐ Filipińska
☐ Japońska
☐ Koreańska
☐ Wietnamska
☐ Inna azjatycka
☐ Rdzenna hawajska
☐ Guamska i Chamorro
☐ Samoańska
☐ Inna polinezyjska
☐ Inna

CZY POTRZEBUJE PAN/I POMOCY W WYPEŁNIENIU WNIOSKU? Prosimy zajrzeć na stronę internetową HealthCare.gov lub zadzwonić do nas pod numer **1-800-318-2596**. Aby otrzymać bezpłaty egzemplarz tego formularza w języku angielskim, prosimy telefonować pod numer **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebuje Pan/i pomocy w języku innym niż angielski, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-318-2596,** i powiedzieć pracownikowi działu obsługi klienta, jakim językiem Pan/i mówi. Pomoc językowa jest bezpłatna. Użytkownicy dalekopisu TTY powinni dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

CZĘŚĆ 2: OSOBA 1 (Prosimy kontynuować informacje o sobie)

Obecna praca i dane dotyczące dochodu

☐ **Zatrudniony/Zatrudniona**
Jeśli jest Pan/i obecnie zatrudniony/zatrudniona, prosimy podać swój dochód. Prosimy rozpocząć od pytania 18.

☐ **Bez zatrudnienia**
Prosimy przejść do pytania 28.

☐ **Samozatrudniony/a**
Prosimy przejść do pytania 27.

OBECNA PRACA 1:

18. Nazwa i adres firmy

19. Numer telefonu firmy
( ) –

20. Zarobki/napiwki (przed odciągnięciem podatków)
☐ Na godzinę ☐ Na tydzień ☐ Co dwa tygodnie ☐ Dwa razy w miesiącu ☐ Miesięczne ☐ Roczne $

21. Przeciętna liczba godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

OBECNA PRACA 2: (Jeśli ma Pan/i więcej pracodawców i potrzebuje więcej miejsca, prosimy dołączyć osobną kartkę.)

22. Nazwa i adres firmy

23. Numer telefonu firmy
( ) –

24. Zarobki/napiwki (przed odciągnięciem podatków)
☐ Na godzinę ☐ Na tydzień ☐ Co dwa tygodnie ☐ Dwa razy w miesiącu ☐ Miesięczne ☐ Roczne $

25. Przeciętna liczba godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

26. **Czy Pan/i w ubiegłym roku:**
☐ Zmieniał/a pracę ☐ Przestał/a pracować ☐ Zaczął/zaczęła pracować mniej godzin ☐ Żadna z tych możliwości

27. **Jeśli był/a Pan/i samozatrudniony/a, prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania:**
a. Rodzaj pracy:
b. Ile dochodu netto (zysku po odliczeniu kosztów prowadzenia działalności) uzyska Pan/i z samozatrudnienia w tym miesiącu?
(Zob. instrukcje) $

28. **INNE DOCHODY W TYM MIESIĄCU:** Prosimy zaznaczyć wszystkie, pasujące odpowiedzi, podać kwotę i jak często Pan/i ją otrzymuje. Jeśli nie, to prosimy zaznaczyć to w tym miejscu. ☐

UWAGA: Nie musi Pan/i mówić nam o alimentach na dzieci, świadczeniach dla weteranów, lub dodatku uzupełniającym z ubezpieczeń społecznych (SSI).

☐ Zasiłek dla bezrobotnych $ Jak często?
☐ Renty/zasiłki $ Jak często?
☐ Emerytura $ Jak często?
☐ Konta emerytalne $ Jak często?
☐ Otrzymane alimenty $ Jak często?
☐ gospodarka rolna/rybołówstwo Netto $ Jak często?
☐ Wynajem/honoraria netto $ Jak często?
☐ Inne dochody $ Jak często?
Rodzaj:

29. **ODLICZENIA:** Prosimy zaznaczyć wszystkie, pasujące odpowiedzi, podać kwotę i jak często Pan/i ją otrzymuje.

Jeśli Pan/i płaci za pewne rzeczy, które mogą być odliczone z rozliczenia z podatków federalnych, to poinformowanie nas o nich może trochę obniżyć koszt ubezpieczenia zdrowotnego.

UWAGA: Nie powinno się tu podawać kosztu, który był już podawany w odpowiedzi na temat dochodów netto z samozatrudnienia (pytanie 27b).

☐ Płacone alimenty na dzieci $ Jak często?
☐ Oprocentowanie kredytu studenckiego $ Jak często?
☐ Inne odliczenia $ Jak często?
Rodzaj:

30. **ROCZNY DOCHÓD:** **Prosimy wypełnić, jeśli Pana/Pani dochód zmienia się z miesiąca na miesiąc.**
Jeśli Pan/i nie spodziewa się zmian w miesięcznych dochodach, prosimy przejść do kolejnej osoby.

Pana/Pani ogólny dochód **w tym roku**
$

Pana/Pani ogólny dochód **w przyszłym** roku (jeśli wydaje się Panu/Pani, że będzie inny)
$

DZIĘKUJEMY! To jest wszystko, co musimy o Panu/Pani wiedzieć.

CZY POTRZEBUJE PAN/I POMOCY W WYPEŁNIENIU WNIOSKU? Prosimy zajrzeć na stronę internetową HealthCare.gov lub zadzwonić do nas pod numer **1-800-318-2596**. Aby otrzymać bezpłaty egzemplarz tego formularza w języku angielskim, prosimy telefonować pod numer **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebuje Pan/i pomocy w języku innym niż angielski, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-318-2596,** i powiedzieć pracownikowi działu obsługi klienta, jakim językiem Pan/i mówi. Pomoc językowa jest bezpłatna. Użytkownicy dalekopisu TTY powinni dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

CZĘŚĆ 2: OSOBA 2

Jeśli ma Pan/i do dopisania więcej niż dwie osoby, należy zrobić kopię kartki Część 2: Osoba 2 (strony 4 i 5) i wypełnić.

Prosimy wypełnić Część 2 dla siebie, współmałżonka/ki czy partnera/partnerki oraz dzieci mieszkających z Państwem czy też kogokolwiek, kto figuruje na Pana/Pani rozliczeniu podatkowym, jeśli się Pan/i rozlicza z podatków. Więcej informacji odnośnie kogo dołączyć znajduje się na stronie 1. Jeśli wnioskodawca nie rozlicza się z podatku, to mimo wszystko powinien pamiętać, by dodać wspólnie z nim mieszkających członków rodziny.

1. Imię, drugie imię, nazwisko i przyrostek

2. Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą?

3. Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok)

4. Płeć ☐ Męska ☐ Żeńska

5. Numer Social Security (SSN) ____ - ____ - ____
Potrzebujemy tej informacji, jeśli chce Pan/i ubezpieczenia zdrowotnego dla OSOBY 2 i jeśli OSOBA 2 ma numer SSN.

6. Czy OSOBA 2 mieszka z Panem/Panią pod tym samym adresem? ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli nie, to prosimy podać adres:

7. **Czy OSOBA 2 zamierza rozliczać się z podatku w PRZYSZŁYM ROKU?**
(Można nadal składać podanie o ubezpieczenie zdrowotne, nawet jeśli OSOBA 2 nie rozlicza się z dochodowych podatków federalnych.)

☐ **TAK. Jeśli tak,** to prosimy odpowiedzieć na pytania a–c. ☐ **NIE. Jeśli nie,** prosimy przejść do pytania c.

a. Czy OSOBA 2 rozliczy się z podatków wspólnie z małżonkiem/małżonką? ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli tak, prosimy podać nazwisko małżonka/małżonki:

b. Czy OSOBA 2 będzie w Pana/Pani rozliczeniu podatkowym deklarowała jakieś osoby na utrzymaniu ? ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli tak, to prosimy podać nazwisko(a) osoby/osób na utrzymaniu:

c. Czy OSOBA 2 będzie zgłoszona w rozliczeniu podatkowym kogoś innego, jako osoba na utrzymaniu ? ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli tak, to prosimy podać nazwisko składającego rozliczenie podatkowe:
Jaki jest stopień pokrewieństwa OSOBY 2 ze składającym rozliczenie podatkowe?

8. Czy OSOBA 2 jest w ciąży? ☐ Tak ☐ Nie a. **Jeśli tak,** to jakiej ilości dzieci spodziewa się w wyniku tej ciąży?

9. **Czy OSOBA 2 potrzebuje ubezpieczenia zdrowotnego?**
(Nawet jeżeli osoba ta ma ubezpieczenie, to możliwe, że istnieje program oferujący lepszy zakres ubezpieczenia lub niższe koszty)

☐ **TAK. Jeśli tak**, to prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania.

☐ **NIE. Jeśli nie,** PROSIMY PRZEJŚĆ do pytań o dochody na stronie 5. Prosimy nie wypełniać reszty tej strony.

10. Czy OSOBA 2 ma zaburzenia fizyczne psychiczne lub emocjonalne, powodujące ograniczenia w wykonywaniu pewnych czynności (takich, jak kąpanie się, ubieranie się, codzienne obowiązki domowe, itd.) lub czy mieszka ona w zakładzie leczniczym lub domu opieki? ☐ Tak ☐ Nie

11. Czy OSOBA 2 jest obywatelem/obywatelką USA lub jest narodowości amerykańskiej? ☐ Tak ☐ Nie

12. **Jeśli OSOBA 2 nie jest obywatelem/obywatelką USA lub nie jest narodowości amerykańskiej,** to czy ma kwalifikujący ją status imigracyjny?

☐ Tak. Proszę podać poniżej rodzaj i numer dokumentu tożsamości OSOBY 2.
a. Rodzaj dokumentu imigracyjnego
b. Numer dokumentu tożsamości
c. Czy OSOBA 2 mieszka w USA od 1996 roku? ☐ Tak ☐ Nie
d. Czy OSOBA 2 lub współmałżonek czy rodzic OSOBY 2 jest weteranem lub członkiem służby czynnej armii USA? ☐ Tak ☐ Nie

13. Czy OSOBA 2 potrzebuje pomocy w zapłaceniu rachunków medycznych z ostatnich 3 miesięcy? ☐ Tak ☐ Nie

14. Czy OSOBA 2 mieszka co najmniej z jednym dzieckiem w wieku poniżej 19 lat i czy OSOBA 2 jest głównym opiekunem tego dziecka? ☐ Tak ☐ Nie

15. Czy OSOBA 2 mieszkał/a w rodzinie zastępczej w wieku 18 lub więcej lat? ☐ Tak ☐ Nie

Prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania, jeśli OSOBA 2 ma 22 lata lub mniej:

16. Czy OSOBA 2 miała ubezpieczenie z miejsca pracy i straciła je w ciągu ostatnich 3 miesięcy? ☐ Tak ☐ Nie
a. **Jeśli tak**, podać datę utraty:
b. Powód utraty ubezpieczenia:

17. Czy OSOBA 2 studiuje w pełnym wymiarze godzin? ☐ Tak ☐ Nie

18. **Jeśli pochodzenia latynoskiego/latynoamerykańskiego, przynależność etniczna (ODPOWIEDŹ OPCJONALNA— prosimy odhaczyć wszystkie pasujące możliwości.)**

☐ Meksykanin/Meksykanka ☐ Meksykański Amerykanin/Amerykanka ☐ Amerykanin/Amerykanka pochodzenia meksykańskiego
☐ Portorykańczyk/Portorykanka ☐ Kubańczyk/Kubanka ☐ Inne

19. **Rasa (ODPOWIEDŹ OPCJONALNA— prosimy odhaczyć wszystkie pasujące możliwości.)**

☐ Biała
☐ Czarna lub afroamerykańska
☐ Indianin amerykański lub tubylec Alaski
☐ Hinduska
☐ Chińska
☐ Filipińska
☐ Japońska
☐ Koreańska
☐ Wietnamska
☐ Inna azjatycka
☐ Hawajska
☐ Guamska i Chamorro
☐ Samoańska
☐ Inna polinezyjska
☐ Inna

Prosimy na odwrocie podać dane dotyczące dochodu OSOBY 2.

CZY POTRZEBUJE PAN/I POMOCY W WYPEŁNIENIU WNIOSKU? Prosimy zajrzeć na stronę internetową HealthCare.gov lub zadzwonić do nas pod numer **1-800-318-2596**. Aby otrzymać bezpłaty egzemplarz tego formularza w języku angielskim, prosimy telefonować pod numer **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebuje Pan/i pomocy w języku innym niż angielski, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-318-2596,** i powiedzieć pracownikowi działu obsługi klienta, jakim językiem Pan/i mówi. Pomoc językowa jest bezpłatna. Użytkownicy dalekopisu TTY powinni dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

CZĘŚĆ 2: OSOBA 2

Obecna praca i dane dotyczące dochodu

☐ **Zatrudniony/Zatrudniona**
Jeśli OSOBA 2 jest obecnie zatrudniona, prosimy podać jej/jego dochód. Prosimy rozpocząć od pytania 20.

☐ **Bez zatrudnienia**
Prosimy przejść do pytania 30.

☐ **Samozatrudniony/a**
Prosimy przejść do pytania 29.

OBECNA PRACA 1:

20. Nazwa i adres firmy

21. Numer telefonu firmy
( ) –

22. Zarobki/napiwki (przed odciągnięciem podatków)
☐ Na godzinę ☐ Na tydzień ☐ Co dwa tygodnie ☐ Dwa razy w miesiącu ☐ Miesięczne ☐ Roczne $

23. Przeciętna liczba godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

OBECNA PRACA 2: (Jeśli ma Pan/i więcej pracodawców i potrzebuje Pan/i więcej miejsca, prosimy dołączyć dodatkową kartkę.)

24. Nazwa i adres firmy

25. Numer telefonu firmy
( ) –

26. Zarobki/napiwki (przed odciągnięciem podatków)
☐ Na godzinę ☐ Na tydzień ☐ Co dwa tygodnie ☐ Dwa razy w miesiącu ☐ Miesięczne ☐ Roczne $

27. Przeciętna liczba godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

28. **Czy w ubiegłym roku OSOBA 2:**
☐ Zmieniała pracę ☐ Przestała pracować ☐ Zaczęła pracować mniej godzin ☐ Żadna z tych możliwości

29. **Jeśli OSOBA 2 jest obecnie samozatrudniona, prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania:**
a. Rodzaj pracy:
b. Ile dochodu netto (zysku po odliczeniu kosztów prowadzenia działalności) uzyska Pan/i z samozatrudnienia w tym miesiącu? *(Zob. instrukcje)* $

30. **INNE DOCHODY W TYM MIESIĄCU:** Prosimy zaznaczyć wszystkie stosowne opcje, podając kwotę i częstotliwość jej otrzymywania przez OSOBĘ 2. Jeśli nie, to prosimy zaznaczyć to w tym miejscu. ☐
UWAGA: Nie musi Pan/i nam mówić o alimentach na dzieci, świadczeniach dla weteranów, lub dodatku uzupełniającym z ubezpieczeń społecznych (SSI).

☐ Zasiłek dla bezrobotnych $ Jak często?
☐ Renty/zasiłki $ Jak często?
☐ Emerytura $ Jak często?
☐ Konta emerytalne $ Jak często?
☐ Otrzymane alimenty $ Jak często?
☐ gospodarka rolna/ rybołówstwo Netto $ Jak często?
☐ Wynajem/honoraria netto $ Jak często?
☐ Inne dochody $ Jak często?
Rodzaj:

31. **ODLICZENIA:** Prosimy zaznaczyć wszystkie stosowne opcje, podając kwotę i częstotliwość jej otrzymywania przez OSOBĘ 2.
Jeśli OSOBA 2 płaci za pewne rzeczy, które mogą być odliczone w federalnej deklaracji podatkowej, to poinformowanie nas o nich może trochę obniżyć koszt ubezpieczenia zdrowotnego.
UWAGA: Nie powinno się tu podawać kosztu, który był już podawany w odpowiedzi na temat dochodów netto z samozatrudnienia (pytanie 29b).

☐ Płacone alimenty na dzieci $ Jak często?
☐ Oprocentowanie kredytu studenckiego $ Jak często?
☐ Inne odliczenia $ Jak często?
Rodzaj:

32. **ROCZNY DOCHÓD: Prosimy wypełnić tylko, jeśli dochód OSOBY 2 zmienia się z miesiąca na miesiąc.**
Jeśli nie spodziewa się Pan/i zmian w miesięcznych dochodach OSOBY 2, prosimy przejść do następnej osoby.

Ogólny dochód OSOBY 2 **w tym roku**
$

Ogólny dochód OSOBY 2 **w przyszłym roku** (jeśli wydaje się Panu/Pani, że będzie inny)
$

DZIĘKUJEMY! To jest wszystko, co musimy wiedzieć o OSOBIE 2.

CZY POTRZEBUJE PAN/I POMOCY W WYPEŁNIENIU WNIOSKU? Prosimy zajrzeć na stronę internetową HealthCare.gov lub zadzwonić do nas pod numer **1-800-318-2596**. Aby otrzymać bezpłaty egzemplarz tego formularza w języku angielskim, prosimy telefonować pod numer **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebuje Pan/i pomocy w języku innym niż angielski, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-318-2596,** i powiedzieć pracownikowi działu obsługi klienta, jakim językiem Pan/i mówi. Pomoc językowa jest bezpłatna. Użytkownicy dalekopisu TTY powinni dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

CZĘŚĆ 3 Członek/członkowie rodziny wywodzący się z Indian amerykańskich lub rdzennej ludności Alaski (AI/AN)

1. **Czy Pan/i lub ktoś w Pana/Pani rodzinie jest Indianinem amerykańskim lub rdzennym mieszkańcem Alaski?**

☐ **NIE.** Jeśli **Nie,** to prosimy przejść do Części 4.

☐ **TAK. Jeśli tak,** to prosimy przejść do Załącznika B.

CZĘŚĆ 4 Ubezpieczenie zdrowotne dla rodziny

Prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania w stosunku do wszystkich osób potrzebujących ubezpieczenia.

1. **Czy ktoś jest obecnie zapisany do któregoś z niższej wymienionych ubezpieczeń?**

☐ **TAK. Jeśli tak**, to prosimy odhaczyć rodzaj ubezpieczenia i obok tego ubezpieczenia podać ich imiona i nazwiska. ☐ **NIE.**

☐ Medicaid

☐ CHIP

☐ Medicare

☐ TRICARE (Prosimy nie odhaczać żadnego wyboru, jeśli ma się bezpośrednią opiekę lub Line of Duty)

☐ Programy opieki zdrowotnej Administracji Weteranów VA

☐ Korpus Pokoju

☐ Ubezpieczenie pracownicze

Nazwa ubezpieczenia zdrowotnego:

Numer polisy:

Czy jest to ubezpieczenie COBRA?
☐ Tak ☐ Nie

Czy jest to plan zdrowotny dla emerytów?
☐ Tak ☐ Nie

☐ Inne

Nazwa ubezpieczenia:

Numer polisy:

Czy jest to plan o ograniczonych świadczeniach (np. polisa dotycząca wypadków w szkole)?
☐ Tak ☐ Nie

2. **Czy ktoś wymieniony w tym wniosku ma zaoferowane ubezpieczenie w pracy?** Odhaczyć tak, nawet jeśli ubezpieczenie jest z pracy innej osoby takiej, jak rodzic lub współmałżonek.

☐ **TAK. Jeśli tak,** to należy wypełnić i dołączyć Załącznik A. Czy jest to stanowy plan świadczeń pracowniczych? ☐ Tak ☐ Nie

☐ **NIE. Jeśli nie, to należy przejść do Części 5.**

CZĘŚĆ 5 Prosimy przeczytać i podpisać ten wniosek.

- Podpisuję ten wniosek pod karą krzywoprzysięstwa, co oznacza, że według mojej najlepszej wiedzy odpowiedziałem/odpowiedziałam na pytania w tym formularzu zgodnie z prawdą. Wiem, że jeśli podam fałszywe lub nieprawdziwe informacje, to według prawa federalnego mogę zostać ukarany/a.
- Wiem, że jeżeli cokolwiek, co napisałem/napisałam w tym wniosku ulegnie zmianie (i jest inne niż to, co zostało napisane) to, muszę to zgłosić do Health Insurance Marketplace. Mogę zgłosić wszystkie zmiany przez stronę internetową **HealthCare.gov** lub telefonując pod numer **1-800-XXX-XXXX** Rozumiem, że zmiana w podanych informacjach może wpłynąć na uprawnienia członków mojego gospodarstwa domowego.
- Wiem, że prawo federalne zabrania dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, narodowość, płeć, wiek, orientację seksualną, tożsamość płciową i niepełnosprawność. Mogę złożyć skargę o dyskryminację przez stronę internetową **www.hhs.gov/ocr/office/file**.
- Wiem, że informacje podane na tym formularzu będą wykorzystane tylko do ustalenia, czy kwalifikuję się do ubezpieczenia zdrowotnego i według wymogów prawa będą traktowane jako poufne.
- Potwierdzam, że żadna z osób podanych w tym wniosku nie jest uwięziona (w więzieniu lub areszcie) Jeśli nie, w więzieniu przebywa _____.
  (nazwisko tej osoby)

Potrzebujemy tych informacji, by sprawdzić, czy będzie się Pan/i kwalifikować do pomocy w płaceniu za ubezpieczenie, gdyby się Pan/i o to ubiegała/a. Sprawdzimy Pana/Pani odpowiedzi korzystając z elektronicznej bazy danych oraz bazy danych Urzędu Skarbowego (IRS), Urzędu Zabezpieczeń Społecznych (Social Security), Ministerstwa Bezpieczeństwa Wewnętrznego (DHS) i/lub biura informacji kredytowej. Jeżeli podane przez wnioskodawcę informacje nie będą się zgadzać, możemy poprosić o dostarczenie nam potwierdzenia.

CZY POTRZEBUJE PAN/I POMOCY W WYPEŁNIENIU WNIOSKU? Prosimy zajrzeć na stronę internetową **HealthCare.gov** lub zadzwonić do nas pod numer **1-800-318-2596**. Aby otrzymać bezpłaty egzemplarz tego formularza w języku angielskim, prosimy telefonować pod numer **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebuje Pan/i pomocy w języku innym niż angielski, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-318-2596,** i powiedzieć pracownikowi działu obsługi klienta, jakim językiem Pan/i mówi. Pomoc językowa jest bezpłatna. Użytkownicy dalekopisu TTY powinni dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

CZĘŚĆ 5 Prosimy przeczytać i podpisać ten wniosek.

Odnowa ubezpieczenia w przyszłości

Aby ułatwić ustalenie, czy będę kwalifikować się do pomocy w płaceniu za ubezpieczenie w przyszłości, pozwalam Rynkowi Ubezpieczeń (Marketplace) na korzystanie z danych dotyczących moich dochodów, w tym informacji z moich rozliczeń podatkowych. Marketplace wyśle mi zawiadomienie, pozwoli dokonać zmian oraz w każdej chwili się wycofać.

Tak, proszę odnowić moje uprawnienie automatycznie na następne

☐ 5 lat (maksymalnie dopuszczalna liczba lat) albo na krótszy okres czasu:

☐ 4 lata ☐ 3 lata ☐ 2 lata ☐ 1 rok ☐ Proszę nie używać informacji z rozliczeń podatkowych do celów odnowienia mojego ubezpieczenia.

Jeśli ktokolwiek w moim wniosku będzie uprawniony do Medicaid,

- to daję agencji Medicaid prawo do ściągania i egzekwowania pieniędzy z innego ubezpieczenia zdrowotnego, odszkodowań prawnych lub osób trzecich. Daję również agencji Medicaid prawo do ściągania i egzekwowania finansowej pomocy na cele medyczne od współmałżonka lub rodzica dzieci.
- Czy którekolwiek z dzieci w tym wniosku ma rodzica mieszkającego poza domem? ☐ Tak ☐ Nie
- Jeśli tak, to wiem, że będę proszony/a o współpracę z agencją, która ściąga pomoc finansową na cele medyczne od nieobecnego rodzica. Jeśli będę uważał/a, że współpraca w celu ściągnięcia pomocy finansowej na cele medyczne może zaszkodzić mnie lub moim dzieciom, mogę powiadomić o tym Medicaid i możliwe jest, że nie będę musiał/a współpracować.

Co zrobić, jeśli się nie zgadzam z decyzją dotyczącą mojego uprawnienia?

Jeśli nie zgadza się Pan/i z decyzją dotyczącą tego, do czego się Pan/i kwalifikuje, może Pan/i prosić o odwołanie. Prosimy przeczytać zawiadomienie o uprawnieniu, by znaleźć tam konkretne informacje na temat odwołania się od decyzji wydanej w stosunku do każdej osoby w Pana/Pani rodzinie, łącznie z ilością dni, jakie Pan/i ma na złożenie odwołania.

- Jeśli Pan/i sobie życzy, to może Pan/i poprosić kogoś o złożenie lub uczestniczenie w Pana/Pani w odwołaniu. Może to zrobić znajomy, krewny, adwokat lub ktoś inny. Może Pan/i też złożyć i uczestniczyć w odwołaniu sam/a.
- Jeśli odwoła się Pan/i od decyzji, to być może będzie Pan/i mógł/mogła zatrzymać uprawnienie do ubezpieczenia do momentu rozstrzygnięcia odwołania.
- Wynik apelacji może zmienić uprawnienie innych członków gospodarstwa domowego.

Aby odwołać się od decyzji Marketplace dotyczącej Pana/Pani uprawnienia, należy zalogować się do swojego rachunku Marketplace na stronie **HealthCare.gov/marketplace** lub zadzwonić pod numer **1-800-318-2596**. Użytkownicy dalekopisu (TTY) powinni dzwonić pod **1-855-889-4325**. Można również wysłać druk odwołania pocztą lub napisany przez siebie list z prośbą o ponowne rozpatrzenie wniosku pod adres: **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750. Można odwoływać się od decyzji o uprawnieniu do kupna ubezpieczenia zdrowotnego przez Marketplace, w terminach przewidzianych na zapisy, w ramach ulg podatkowych, zniżek związanych z dzieleniem się kosztami, Medicaid i CHIP, jeśli otrzymał/a Pan/i odmowę, którejś z tych możliwości. Jeśli uprawniony/a jest Pan/i do ulg podatkowych lub zniżek związanych z udziałem w kosztach, może się Pan/i odwołać od kwoty, do której według nas Pan/i się kwalifikuje. W zależności od stanu, w którym Pan/i mieszka, może się Pan/i odwołać przez Marketplace lub poprosić o odwołanie w stanowym Medicaid lub agencji ubezpieczenia CHIP.

Prosimy podpisać wniosek. Wniosek powinien być podpisany przez osobę, która wypełniła Część 1. Jeżeli jest Pan/i upoważnionym przedstawicielem, może Pan/i złożyć w tym miejscu podpis, pod warunkiem, że dostarczył/a Pan/i wymaganych informacji w Załączniku C.

Podpis	Data (miesiąc/dzień/rok)

CZĘŚĆ 6 Prosimy wysłać wypełniony wniosek pocztą.

Prosimy wysłać podpisany wniosek pod adres:

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

Jeśli chciał(a)by Pan/i wpisać się na listę wyborców, może Pan/i wypełnić formularz rejestracyjny dla wyborców na stronie internetowej **usa.gov.**

Oświadczenie PRA (Ustawy o ograniczeniu obowiązków informacyjnych)
Zgodnie z Ustawą o ograniczeniu obowiązków informacyjnych (PRA) z 1995 r., nikogo nie obowiązuje wymóg podawania danych, jeśli dokument zbierający dane nie jest opatrzony ważnym numeru kontrolnym OMB. Ważnym numerem kontrolnym OMB niniejszego wniosku zbierającego dane jest 0938-1191. Czas szacowany na zebranie tych informacji wynosi przeciętnie 45 minut na odpowiedź, wliczając czas na zapoznanie się z instrukcjami, przeszukaniem posiadanych zasobów danych, zebraniem wymaganych danych i wypełnieniem oraz sprawdzeniem kwestionariusza. Jeśli ma Pan/i uwagi na temat dokładności szacunkowych obliczeń czasu lub sugestie odnośnie ulepszenia tego formularza, prosimy napisać pod adres: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CZY POTRZEBUJE PAN/I POMOCY W WYPEŁNIENIU WNIOSKU? Prosimy zajrzeć na stronę internetową **HealthCare.gov** lub zadzwonić do nas pod numer **1-800-318-2596**. Aby otrzymać bezpłatny egzemplarz tego formularza w języku angielskim, prosimy telefonować pod numer **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebuje Pan/i pomocy w języku innym niż angielski, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-318-2596** i powiedzieć pracownikowi infolinii obsługi klienta, jaki język Pan/i mówi. Pomoc będzie Pan/i udzielona bezpłatnie. Użytkownicy dalekopisu TTY powinni dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

PROSIMY NIE WYPEŁNIAĆ. TO NIE JEST FORMULARZ WNIOSKU.

ZAŁĄCZNIK A

Ubezpieczenia zdrowotne z miejsc pracy

Wnioskodawca musi odpowiedzieć na poniższe pytania **TYLKO**, jeśli ktoś w jego rodzinie kwalifikuje się do objęcia go ubezpieczeniem z pracy. Prosimy dołączyć kopię tej strony do każdego miejsca pracy oferującego ubezpieczenie.

Informacje o miejscu pracy, które oferuje ubezpieczenie zdrowotne.

Aby uzyskać pomoc w odpowiedzi na poniższe pytania, można wziąć Arkusz Pomocniczy, znajdujący się na drugiej stronie, do pracodawcy oferującego ubezpieczenie. Wysyłając wniosek należy załączyć tylko tę stronę, bez Arkusza Pomocniczego dotyczącego Ubezpieczenia Oferowanego przez Pracodawcę

Dane dotyczące pracownika

1. Nazwisko pracownika (Imię, drugie imię, nazwisko)	2. Numer Social Security pracownika
	- -

Dane dotyczące pracodawcy

3. Nazwa pracodawcy (firmy)		4. Numer identyfikacyjny pracodawcy (EIN)
		-
5. Adres pracodawcy		6. Numer telefonu pracodawcy
		( ) –
7. Miasto	8. Stan	9. Kod pocztowy
10. Z kim w miejscu pracy można się kontaktować odnośnie pracowniczego ubezpieczenia zdrowotnego?		
11. Numer telefonu (jeśli inny od powyższego)	12. Adres e-mailowy	
( ) –		

13. **Czy jest Pan/i obecnie uprawniony/a do ubezpieczenia oferowanego przez pracodawcę czy też nabierze Pan/i uprawnienia w ciągu kolejnych 3 miesięcy?**

☐ **Tak** (Proszę kontynuować)

13a. Jeśli podlega Pan/i okresowi oczekiwania lub okresowi próbnemu, kiedy będzie Pan/i mógł/mogła zapisać się do ubezpieczenia? _____ (miesiąc/dzień/rok)

Prosimy podać nazwiska wszystkich osób, które mogą być objęte ubezpieczeniem z tego miejsca pracy.

Nazwisko: _____ Nazwisko: _____ Nazwisko: _____

☐ **Nie** (Proszę przejść do Części 5 wniosku)

Informacje o miejscu pracy, które oferuje ubezpieczenie zdrowotne.

14. Czy pracodawca oferuje plan zdrowotny, który odpowiada wymogom minimalnej wartości*? ☐ Tak ☐ Nie

15. Odnośnie najtańszego oferowanego planu, odpowiadającego wymogom minimalnej wartości* **tylko dla pracowników** (nie podawać planów rodzinnych): Jeśli pracodawca ma programy wellness (profilaktyki zdrowia), prosimy podać składki, które ma płacić pracownik, gdyby otrzymał maksymalną zniżkę na programy zaprzestania palenia tytoniu oraz gdyby nie otrzymał zniżki w oparciu o programy wellness.

a. Ile wynosiłyby składki, które musiałby płacić na ten plan pracownik? **$** _____

b. Jak często? ☐ Co tydzień ☐ Co 2 tygodnie ☐ Dwa razy w miesiącu ☐ Raz na miesiąc ☐ Co kwartał ☐ Raz na rok

16. Jakie zmiany wprowadzi pracodawca odnośnie kolejnego roku planów zdrowotnych (jeśli wiadomo)?

☐ Pracodawca nie zaoferuje ubezpieczenia zdrowotnego

☐ Pracodawca zacznie oferować pracownikom plany zdrowotne lub zmieni składkę na najtańszy dostępny plan odpowiadający wymogom minimalnej wartości* tylko dla pracowników (Składki powinny odzwierciedlać zniżkę na programy wellness. Patrz pytanie 15.)

a. Ile wyniosą składki, które będzie musiał płacić na ten plan pracownik? **$** _____

b. Jak często? ☐ Co tydzień ☐ Co 2 tygodnie ☐ Dwa razy w miesiącu ☐ Raz na miesiąc ☐ Co kwartał ☐ Raz na rok

Data zmiany (miesiąc/dzień/rok): _____

*Sponsorowany przez pracodawcę plan zdrowotny odpowiada "wymogom minimalnej wartości", jeśli udział planu w łącznych, dozwolonych kosztach świadczeń pokrywanych przez plan wynosi nie mniej, niż 60 procent tych kosztów (Paragraf 36B(c)(2)(C)(ii) Kodeksu Skarbowego z 1986r.)

CZY POTRZEBUJE PAN/I POMOCY W WYPEŁNIENIU WNIOSKU? Prosimy zajrzeć na stronę internetową **HealthCare.gov** lub zadzwonić do nas pod numer **1-800-318-2596**. Aby otrzymać bezpłaty egzemplarz tego formularza w języku angielskim, prosimy telefonować pod numer **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebuje Pan/i pomocy w języku innym niż angielski, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-318-2596** i powiedzieć pracownikowi działu obsługi klienta, jakim językiem Pan/i mówi. Pomoc językowa jest bezpłatna. Użytkownicy dalekopisu TTY powinni dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

ARKUSZ POMOCNICZY DOTYCZĄCY UBEZPIECZENIA OFEROWANEGO PRZEZ PRACODAWCĘ

Health Insurance Marketplace
Formularz zatwierdzony
Numer kontrolny OMB: 0938-1191

Prosimy skorzystać z tego arkusza, by ułatwić sobie odpowiedzi na pytania w załączniku A odnośnie ubezpieczenia pracowniczego, do którego się Państwo kwalifikują (nawet jeśli dotyczy to ubezpieczenia z miejsca pracy innej osoby np. jednego z rodziców czy współmałżonka). Informacje w ponumerowanych polach odpowiadają informacjom w Załączniku A. Np. odpowiedź na pytanie 14 na tej stronie powinna być zgodna z odpowiedzią na pytanie 14 w Załączniku A.
Prosimy wpisać swoje nazwisko oraz numer Social Security w polu 1 i 2 i poprosić pracodawcę o wypełnienie reszty formularza. Należy wypełnić jeden arkusz pomocniczy dla każdego pracodawcy oferującego ubezpieczenie.

Informacje dotyczące PRACODAWCY

Tę część wypełnia **pracownik** .

1. Nazwisko pracownika (Imię, drugie imię, nazwisko)	2. Numer Social Security
	- -

Dane dotyczące PRACODAWCY

Prosimy zapytać **pracodawcę** o następujące dane.

3. Nazwa pracodawcy(firmy)	4. Numer Identyfikacyjny Pracodawcy (EIN)
	-
5. Adres pracodawcy (pod ten adres wyśle zawiadomienia Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych Marketplace)	6. Telefon pracodawcy ( ) -

7. Miasto	8. Stan	9. Kod pocztowy

10. Z kim w tej firmie należy kontaktować się odnośnie pracowniczego ubezpieczenia zdrowotnego?

11. Numer telefonu (jeśli jest inny od podanego powyżej)	12. Adres e-mailowy
( ) -	

13. **Czy pracownik jest obecnie uprawniony do ubezpieczenia oferowanego przez tego pracodawcę, czy też nabierze uprawnienia w ciągu kolejnych 3 miesięcy?**

☐ **Tak** (Proszę przejść do pytania 13a)

13a. Jeśli pracownik nie kwalifikuje się w chwili obecnej ze względu na okres oczekiwania lub okres próbny, kiedy będzie uprawniony do uzyskania ubezpieczenia? (miesiąc/dzień/rok) (Proszę przejść do następnego pytania)

☐ **Nie** (Proszę SKOŃCZYĆ wypełnianie i przekazać formularz pracownikowi)

Prosimy o podanie informacji o **planie zdrowotnym** oferowanym przez obecnego **pracodawcę**.

Czy pracodawca oferuje plan zdrowotny obejmujący małżonka pracownika czy inne osoby na utrzymaniu?

☐ Tak. Które osoby? ☐ Małżonek/Małżonka ☐ Osoba/osoby na utrzymaniu

☐ Nie
(Proszę przejść do pytania 14)

14. Czy pracodawca oferuje plan ubezpieczenia zdrowotnego, odpowiadający wymogom minimalnej wartości*?

☐ Tak (Proszę przejść do pytania 15) ☐ Nie (Proszę SKOŃCZYĆ wypełnianie i przekazać formularz pracownikowi)

15. Odnośnie najtańszego planu odpowiadającego wymogom minimalnej wartości* oferowanego **tylko pracownikom** (proszę nie włączać planów obejmujących rodzinę): Jeśli pracodawca ma plany wellness (profilaktyki zdrowia), prosimy podać składkę, jaką płaciłby pracownik, gdyby otrzymał maksymalną zniżkę na programy zaprzestania palenia tytoniu i jaką by płacił, gdyby nie dostał żadnych zniżek w oparciu o programy wellness.

a. Jak wysokie składki na ten plan musiałby płacić pracownik? **$**

b. Jak często? ☐ Co tydzień ☐ Co 2 tygodnie ☐ Dwa razy w miesiącu ☐ Raz na miesiąc ☐ Co kwartał ☐ Raz na rok
(Proszę przejść do następnego pytania)

Jeśli rok planu dobiegnie wkrótce końca i wie Pan/i, że oferowane plany zdrowotne ulegną zmianie, prosimy przejść do pytania 16. Jeśli Pan/i nie wie, proszę SKOŃCZYĆ wypełnianie formularza i przekazać go pracownikowi.

16. Jakie zmiany wprowadzi pracodawca w kolejnym roku planów zdrowotnych?

☐ Pracodawca nie będzie oferował ubezpieczenia zdrowotnego

☐ Pracodawca zacznie oferować ubezpieczenie zdrowotne pracownikom lub zmieni składkę na najtańszy plan, który spełnia wymogi minimalnej wartości* i jest dostępny tylko dla pracownika. (Składka powinna odzwierciedlać zniżkę na programy wellness. Patrz pytanie 15).

a. Jak wysokie składki na ten plan będzie musiał płacić pracownik? **$**

b. Jak często? ☐ Co tydzień ☐ Co 2 tygodnie ☐ Dwa razy w miesiącu ☐ Raz na miesiąc ☐ Co kwartał ☐ Raz na rok

Data zmiany (miesiąc/dzień/rok):

*Sponsorowany przez pracodawcę plan zdrowotny odpowiada "wymogom minimalnej wartości", jeśli udział planu w łącznych, dozwolonych kosztach świadczeń pokrywanych przez plan wynosi nie mniej, niż 60 procent tych kosztów (Paragraf 36B(c)(2)(C)(ii) Kodeksu Skarbowego z 1986r.)

CZY POTRZEBUJE PAN/I POMOCY W WYPEŁNIENIU WNIOSKU? Prosimy zajrzeć na stronę internetową **HealthCare.gov** lub zadzwonić do nas pod numer **1-800-318-2596**. Aby otrzymać bezpłaty egzemplarz tego formularza w języku angielskim, prosimy telefonować pod numer **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebuje Pan/i pomocy w języku innym niż angielski, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-318-2596** i powiedzieć pracownikowi działu obsługi klienta, jakim językiem Pan/i mówi. Pomoc językowa jest bezpłatna. Użytkownicy dalekopisu TTY powinni dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

ZAŁĄCZNIK B

PROSIMY NIE WYPEŁNIAĆ. TO NIE JEST FORMULARZ WNIOSKU.

Formularz zatwierdzono
Numer kontrolny OMB: 0938-1191

Członkowie rodziny wywodzący się z Indian amerykańskich lub rdzennej ludności Alaski (AI/AN)

Prosimy wypełnić ten załącznik, jeżeli Pan/i lub członek Pana/Pani rodziny jest Indianinem amerykańskim lub rdzennym mieszkańcem Alaski. Prosimy przedłożyć ten załącznik wraz z Wnioskiem o Ubezpieczenie Zdrowotne i Pomoc w Pokryciu Kosztów.

Prosimy powiedzieć o członkach rodziny, którzy są Indianami amerykańskimi lub rdzennymi mieszkańcami Alaski

Amerykańscy Indianie lub tubylcy Alaski mogą korzystać z usług Indiańskiej Służby Zdrowia (IHS), plemiennych programów opieki zdrowotnej lub miejskich programów opieki zdrowotnej dla Indian. Aby rodzina Państwa uzyskała jak największą pomoc, prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania.

UWAGA: Jeśli ma Pan/i do dodania więcej osób, prosimy zrobić i dołączyć fotokopię tej strony.

	OSOBA AI/AN 1	OSOBA AI/AN 2
1. Nazwisko (Imię, drugie imię, nazwisko)	Imię Drugie imię Nazwisko	Imię Drugie imię Nazwisko
2. Członek plemienia uznanego przez rząd federalny?	☐ Tak **Jeśli tak**, podać nazwę plemienia ☐ Nie	☐ Tak **Jeśli tak**, podać nazwę plemienia ☐ Nie
3. Czy osoba ta korzystała już kiedyś z Indiańskiej Służby Zdrowia, plemiennego programu opieki zdrowotnej, miejskiego programu opieki zdrowotnej dla Indian lub dzięki skierowaniu udzielonemu przez jeden z tych programów?	☐ Tak ☐ Nie **Jeśli nie**, to czy osoba ta ma prawo uzyskać pomoc ze strony ośrodka Indiańskiej Służby Zdrowia, plemiennego programu opieki zdrowotnej, miejskiego programu opieki zdrowotnej dla Indian lub dzięki skierowaniu udzielonemu przez jeden z tych programów? ☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie **Jeśli nie**, to czy ta osoba ma prawo uzyskać pomoc ze strony ośrodka Indiańskiej Służby Zdrowia, plemiennego programu opieki zdrowotnej, miejskiego programu opieki zdrowotnej dla Indian lub dzięki skierowaniu udzielonemu przez jeden z tych programów? ☐ Tak ☐ Nie
4. Niektórych otrzymywanych kwot pieniężnych może nie brać się pod uwagę przy ustalaniu uprawnienia do Medicaid lub Programu Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Dzieci (CHIP). Prosimy podać wszystkie dochody (kwota i częstotliwość otrzymywania) zgłaszane we wniosku, w tym pieniądze z następujących źródeł: • Dochody na jednego członka plemienia, pochodzące z zasobów naturalnych, praw użytkowania, dzierżawy lub honorariów. • Płatności z zasobów mineralnych, rolnictwa, rybołówstwa, dzierżaw lub honorariów z ziemi wyznaczonej jako indiańskie terytoria powiernicze przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (w tym rezerwaty i byłe rezerwaty). • Pieniądze ze sprzedaży przedmiotów mających znaczenie kulturowe	$ Jak często?	$ Jak często?

CZY POTRZEBUJE PAN/I POMOCY W WYPEŁNIENIU WNIOSKU? Prosimy zajrzeć na stronę internetową **HealthCare.gov** lub zadzwonić do nas pod numer **1-800-318-2596**. Aby otrzymać bezpłaty egzemplarz tego formularza w języku angielskim, prosimy telefonować pod numer **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebuje Pan/i pomocy w języku innym niż angielski, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-318-2596** i powiedzieć pracownikowi działu obsługi klienta, jakim językiem Pan/i mówi. Pomoc językowa jest bezpłatna. Użytkownicy dalekopisu TTY powinni dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

ZAŁĄCZNIK C

PROSIMY NIE WYPEŁNIAĆ. TO NIE JEST FORMULARZ WNIOSKU.

Formularz zatwierdzono
Numer kontrolny OMB: 0938-1191

Pomoc w wypełnieniu tego wniosku

Możliwość wybrania upoważnionego przedstawiciela.

Może Pan/i dać jakiejś zaufanej osobie pozwolenie na prowadzenie z nami rozmów na temat Pana/Pani wniosku, na wgląd do Pana/Pani danych oraz do działania w Pana/Pani imieniu odnośnie spraw związanych z tym wnioskiem, w tym do uzyskiwania informacji na temat wniosku oraz podpisywanie wniosku w Pana/Pani imieniu. Osobę taką określa się mianem "upoważnionego przedstawiciela". Gdyby kiedykolwiek chciało się zmienić swojego upoważnionego przedstawiciela, należy skontaktować się z Rynkiem Ubezpieczeń (Marketplace). Jeśli ktoś jest prawnie wyznaczonym przedstawicielem osoby wymienionej w tym wniosku, prosimy o dołączenie dowodu potwierdzającego ten fakt.

1. Nazwisko upoważnionego przedstawiciela (Imię, drugie imię, nazwisko)

2. Adres

3. Numer mieszkania lub apartamentu

4. Miasto

5. Stan

6. Kod pocztowy

7. Numer telefonu
( ) –

8. Nazwa organizacji

9. Numer identyfikacyjny (jeśli dotyczy)

Składając swój podpis, pozwala Pan/i na podpisanie przez tę osobę Pana/Pani wniosku, uzyskanie informacji na temat tego wniosku oraz na działania w Pana/Pani imieniu we wszystkich przyszłych sprawach związanych z tym wnioskiem.

10. Pana/Pani podpis

11. Data (miesiąc/dzień/rok)

Tylko dla uwierzytelnionych doradców, przewodników, agentów i pośredników.

Ta część jest dla dyplomowanego doradcy, przewodnika, agenta lub pośrednika wypełniającego wniosek w imieniu innej osoby.

1. Data złożenia wniosku (miesiąc/dzień/rok)

2. Imię, drugie imię, nazwisko i przyrostek

3. Nazwa organizacji

4. Numer identyfikacyjny (jeśli dotyczy)

5. Tylko Agenci/Pośrednicy: Numer NPN

CZY POTRZEBUJE PAN/I POMOCY W WYPEŁNIENIU WNIOSKU? Prosimy zajrzeć na stronę internetową **HealthCare.gov** lub zadzwonić do nas pod numer **1-800-318-2596**. Aby otrzymać bezpłaty egzemplarz tego formularza w języku angielskim, prosimy telefonować pod numer **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebuje Pan/i pomocy w języku innym niż angielski, prosimy zadzwonić pod numer **1-800-318-2596** i powiedzieć pracownikowi działu obsługi klienta, jakim językiem Pan/i mówi. Pomoc językowa jest bezpłatna. Użytkownicy dalekopisu TTY powinni dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.