NU COMPLEŢI. ACEASTA NU ESTE O APLICAŢIE.

Health Insurance Marketplace

Aplicaţie pentru asigurare de sănătate şi ajutor pentru plata cheltuielilor

Formular aprobat
Nr. OMB 0938-1191

CE TREBUIE SĂ ŞTIŢI

Utilizaţi această aplicaţie pentru a vedea pentru ce tip de asigurare vă calificaţi

- Planuri de asigurare medicală privată la preţ avantajos care oferă acoperire cuprinzătoare pentru a vă ajuta să fiţi sănătos
- Un nou credit fiscal vă poate ajuta imediat să plătiţi primele pentru asigurarea de sănătate
- Asigurare gratuită sau la preţ redus de la Medicaid sau prin Programul de Asigurare Medicală pentru Copii (Children's Health Insurance Program - CHIP)

Vă puteţi califica pentru un program gratuit sau la preţ redus chiar dacă într-un an câştigaţi până la 94.000 USD (pentru o familie de 4 persoane).

Cine poate utiliza această aplicaţie?

- Utilizaţi această aplicaţie pentru a aplica pentru oricare membru al familiei.
- Aplicaţi chiar dacă dumneavoastră sau copilul dumneavoastră aveţi deja acoperire de sănătate. Aţi putea fi eligibil pentru o acoperire la preţ redus sau gratuită.
- Dacă nu sunteţi căsătorit, puteţi utiliza un formular prescurtat. Vizitaţi HealthCare.gov.
- Pot aplica şi familiile care includ imigranţi. Puteţi aplica pentru copilul dumneavoastră chiar dacă dumneavoastră nu sunteţi eligibil pentru acoperire. Dacă aplicaţi, statutul dumneavoastră de imigrație nu este afectat şi nici şansele de a deveni rezident permanent sau cetăţean.
- Dacă vă ajută cineva să completaţi aplicaţia, ar putea fi necesar să completaţi Anexa C.

Aplicaţi mult mai rapidonline

Aplicaţi mult mai rapid online pe adresa HealthCare.gov.

De ce aţi putea avea nevoie pentru a aplica

- Numerele de securitate socială (sau seriile documentelor pentru toţi imigranţii eligibili care au nevoie de asigurare)
- Informaţii referitoare la angajatorul şi venitul fiecărui membru al familiei (de exemplu, fluturaşul de salariu, formularele W-2 sau fişele fiscale)
- Numerele poliţelor pentru orice asigurare de sănătate actuală
- Informaţii referitoare la orice asigurare de sănătate care să aibă legătură cu slujba disponibilă pentru familia dumneavoastră

De ce solicităm aceste informaţii?

Cerem informaţii referitoare la venit şi la alte aspecte pentru a vă informa pentru ce tip de acoperire vă calificaţi şi dacă puteţi obţine un ajutor pentru plata acesteia. **Informaţiile pe care ni le furnizaţi vor fi păstrate confidenţial şi în siguranţă, aşa cum prevede legea.**Pentru a citi Declaraţia din Legea privind confidenţialitatea, accesaţi HealthCare.gov sau consultaţi instrucţiunile.

Ce urmează ?

Trimiteţi aplicaţia completată şi semnată la adresa de la pagina 7. **Dacă nu aveţi toate informaţiile pe care le-am solicitat, semnaţi şi trimiteţi totuşi aplicaţia dumneavoastră.** Vă vom contacta în decurs de 1-2 săptămâni. Veţi primi instrucţiuni referitoare la paşii următori pentru a completa acoperirea dumneavoastră de sănătate. Dacă nu primiţi niciun răspuns din partea noastră, vizitaţi HealthCare.gov sau sunaţi la numărul **1-800-318-2596**. Completarea acestei aplicaţii nu înseamnă că trebuie să cumpăraţi acoperirea de sănătate.

Primiţi ajutor pentru completarea aplicaţiei

- **Online:** HealthCare.gov
- **Telefon:** Contactaţi Centrul de ajutor la numărul **1-800-318-2596.**
- **Personal:** Este posibil ca în zona dumneavoastră să fie consilieri care vă pot ajuta. Vizitaţi HealthCare.gov sau sunaţi la numărul **1-800-318-2596** pentru mai multe informaţii.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596.**

AVEŢI NEVOIE DE AJUOR CU APLICAŢIA? Vizitaţi HealthCare.gov sau sunaţi-ne la numărul **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Dacă aveţi nevoie de ajutor în altă limbă decât engleza, sunaţi la **1-800-318-2596** şi menţionaţi reprezentantului serviciului clienţi limba de care aveţi nevoie. Vă vom ajuta gratuit. Utilizatorii de TTY (apel telefonic cu text) trebuie să sune la numărul **1-855-889-4325**.

PASUL 1 Informaţii personale.

(Este necesar ca un adult din familie să fie persoana de contact pentru aplicaţia dumneavoastră).

1. Prenumele	Al doilea nume	Numele de familie	Titlu

2. Adresa de domiciliu (Lăsaţi spaţiul liber dacă nu aveţi una).	3. Număr apartament

4. Oraş	5. Stat	6. Codul poştal ZIP	7. Comitatul

8. Adresa de corespondenţă (dacă este diferită faţă de adresa de domiciliu)	9. Număr apartament

10. Oraş	11. Stat	12. Codul poştal ZIP	13. Comitatul

14. Număr de telefon	15. Alt număr de telefon
( ) –	( ) –

16. Doriţi să primiţi pe email informaţii referitoare la această aplicaţie? ☐ Da ☐ Nu

Adresa de email:

17. Care este limba preferată vorbită sau limba în care scrieţi (dacă este alta decât engleza)?

PASUL 2 Informaţii despre familie.

Pe cine doriţi să includeţi pe această aplicaţie?

Daţi-ne informaţii despre toţi membrii familiei care locuiesc cu dumneavoastră. Dacă plătiţi impozite, trebuie să ştim despre toate persoanele de pe declaraţia dumneavoastră de venituri. (Nu este nevoie să plătiţi impozite pentru a obţine o acoperire de sănătate).

TREBUIE să includeţi:

- Pe dumneavoastră
- Soţul/Soţia dumneavoastră
- Copiii dumneavoastră sub 21 de ani care locuiesc cu dumneavoastră
- Partenerul dumneavoastră cu care nu sunteţi căsătorit şi care are nevoie de acoperire
- Orice alte persoane pe care le includeţi pe declaraţia de venituri, chiar dacă acestea nu locuiesc cu dumneavoastră
- Orice altă persoană sub 21 de ani de care aveţi grijă şi care locuieşte cu dumneavoastră

NU trebuie să includeţi:

- Partenerul/partenera dumneavoastră cu care nu sunteţi căsătorit şi care are nevoie de acoperire
- Copilul partenerului/partenerei dumneavoastră dacă nu sunteţi căsătorit cu acesta/aceasta
- Părinţii dumneavoastră care locuiesc cu dumneavoastră dar care depun propria declaraţie de venituri (dacă aveţi peste 21 de ani)
- Alte rude adulte care depun propria declaraţie de venituri

Valoarea ajutorului sau tipul programului pentru care vă calificaţi depind de numărul de persoane al familiei dumneavoastră şi de veniturile acestora. Aceste informaţii ne ajută să ne asigurăm că fiecare primeşte cea mai bună acoperire posibilă.

Completaţi Pasul 2 pentru fiecare membru al familiei dumneavoastră. Începeţi cu dumneavoastră, apoi adăugaţi alţi adulţi şi copiii. Dacă familia dumneavoastră este compusă din mai mult de 2 persoane, va trebui să faceţi o copie a paginilor şi să le ataşaţi. Nu este necesar să furnizaţi statutul de imigrant sau un număr de securitate socială (NSS) pentru membrii familiei care nu au nevoie de acoperire de sănătate. Informaţiile pe care ni le furnizaţi vor fi păstrate confidenţial şi în siguranţă, aşa cum prevede legea. Vom utiliza informaţiile dumneavoastră personale numai pentru a verifica dacă sunteţi eligibil pentru acoperirea de sănătate.

PASUL 2: PERSOANA 1 (Începeţi cu dumneavoastră)

Completaţi Pasul 2 pentru dumneavoastră, soţul/soţia/partenerul/partenera dumneavoastră şi copiii care locuiesc cu dumneavoastră şi/sau orice altă persoană care apare pe declaraţia dumneavoastră de venituri federale, dacă depuneţi una. Consultaţi pagina 1 pentru mai multe informaţii despre persoanele pe care trebuie să le includeţi. Dacă nu depuneţi o declaraţie de venituri, nu uitaţi să adăugaţi totuşi membrii familiei care locuiesc cu dumneavoastră.

1. Prenumele | Al doilea nume | Numele de familie | Titlu

2. Relaţia cu dumneavoastră? **EU ÎNSUMI/ÎNSĂMI**

3. Data naşterii (ll/zz/aaaa) / /

4. Sexul ☐ Bărbătesc ☐ Femeiesc

5. Număr de securitate socială (NSS) - -

Avem nevoie de această informaţie dacă doriţi acoperire de sănătate şi aveţi un NSS. Chiar dacă nu doriţi acoperire de sănătate pentru dumneavoastră, furnizarea NSS-ului poate fi de ajutor deoarece poate grăbi procesul de aplicare. Noi utilizăm NSS-urile pentru a verifica venitul şi alte informaţii pentru a vedea cine este eligibil pentru a primi ajutor pentru plata costurilor acoperirii de sănătate. Pentru ajutor în obţinerea unui NSS, sunaţi la numărul 1-800-772-1213 sau vizitaţi socialsecurity.gov. Utilizatorii TTY (apel telefonic cu text) trebuie să sune la numărul 1-800-325-0778.

6. **Aveţi de gând să depuneţi o declaraţie federală de venituri ANUL URMĂTOR?**
(Puteţi aplica totuşi pentru asigurare medicală chiar dacă nu depuneţi o declaraţie federală de venituri).

☐ DA. **Dacă da,** vă rugăm să răspundeţi la întrebările a–c. ☐ NU. **Dacă nu,** săriţi peste întrebarea c.

a. Veţi depune împreună cu soţul/soţia? ☐ Da ☐ Nu

Dacă da, numele soţului/soţiei:

b. Veţi declara vreo persoană aflată în întreţinere pe declaraţia de venituri? ☐ Da ☐ Nu

Dacă da, treceţi numele persoanei/lor aflate în întreţinere:

c. Veţi fi declarat ca persoană aflată în întreţinere pe declaraţia de venituri a altei persoane? ☐ Da ☐ Nu

Dacă da, vă rugăm să menţionaţi numele persoanei care completează declaraţia:

Care este relaţia dumneavoastră cu această persoană?

7. Sunteţi însărcinată? ☐ Da ☐ Nu a. **Dacă da,** câţi copii veţi avea în urma acestei sarcini?

8. **Aveţi nevoie de acoperire de sănătate?**
(Chiar dacă aveţi asigurare, s-ar putea să existe un program cu o acoperire mai buna sau un preţ mai mic).

☐ DA. **Dacă da**, răspundeţi la toate întrebările de mai jos.

☐ NU. **Dacă nu,** SĂRIŢI la întrebările despre venit de la pagina 3. Lăsaţi restul acestei pagini necompletat.

9. Aveţi o problemă fizică, mentală sau emoţională care determină o limitare a activităţilor (cum ar fi spălarea, sarcinile zilnice, etc.) sau locuiţi într-o unitate medicală sau un sanatoriu? ☐ Da ☐ Nu

10. Sunteţi cetăţean al S.U. sau de naţionalitate americană? ☐ Da ☐ Nu

11. **Dacă nu sunteţi cetăţean al S.U. sau de naţionalitate americană,** aveţi statut de imigrant eligibil? *(Consultaţi instrucţiunile).*
☐ Da. Completaţi mai jos tipul documentului şi numărul de identificare.

a. Tipul documentului de imigrare:

b. Numărul de identificare al documentului

c. Aţi locuit în S.U. după 1996? ☐ Da ☐ Nu

d. Sunteţi dumneavoastră, soţul/soţia sau un părinte al dumneavoastră veteran sau membru activ al Armatei S.U.? ☐ Da ☐ Nu

12. Doriţi ajutor pentru plata facturilor pentru serviciile medicale din ultimele 3 luni? ☐ Da ☐ Nu

13. Locuiţi împreună cu cel puţin un copil cu vârsta sub 19 ani şi sunteţi principala persoană care are grijă de acesta? ☐ Da ☐ Nu

14. Sunteţi student full-time? ☐ Da ☐ Nu

15. Vă aflaţi în îngrijire maternală la vîrsta de 18 ani sau mai mare? ☐ Da ☐ Nu

16. **Dacă sunteţi de etnie hispanică/latino (OPŢIONAL—bifaţi toate căsuţele care corespund).**
☐ Mexican ☐ Mexican American ☐ Chicano/a ☐ Portorican ☐ Cubanez ☐ altele _____

17. **Rasa (OPŢIONAL—bifaţi toate căsuţele care corespund).**

☐ Alb
☐ Negru sau Afro-American
☐ Amerindian sau nativ din Alaska
☐ Indian Asiatic
☐ Chinez
☐ Filipinez
☐ Japonez
☐ Coreean
☐ Vietnamez
☐ Asiatic - Alta
☐ Hawaian nativ
☐ Guamanian sau Chamorro
☐ Samoan
☐ Din alte insule din Pacific
☐ Alta _____

AVEŢI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU A COMPLETA APLICAŢIA? Vizitaţi HealthCare.gov sau sunaţi-ne la numărul **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Dacă aveţi nevoie de ajutor în altă limbă decât engleza, sunaţi la **1-800-318-2596** şi menţionaţi reprezentantului serviciului clienţi limba de care aveţi nevoie. Vă vom ajuta gratuit. Utilizatorii de TTY (apel telefonic cu text) trebuie să sune la numărul **1-855-889-4325**.

PASUL 2: PERSOANA 1 (Continuaţi cu dumneavoastră)

Informaţii despre locul de muncă actual şi venit

☐ **Angajat:** Dacă sunteţi angajat în prezent, furnizaţi informaţii venitul dumneavoastră. Începeţi cu întrebarea 18.

☐ **Nu sunt angajat:** Săriţi la întrebarea 28.

☐ **Liber-profesionist:** Săriţi la întrebarea 27.

LOCUL DE MUNCĂ ACTUAL 1:

18. Numele angajatorului

a. Adresa angajatorului

b. Oraş | c. Stat | d. Codul poştal ZIP | 19. Numărul de telefon al angajatorului ( ) –

20. Salarii/Beneficii (înainte de taxe) $ ☐ Pe oră ☐ De două ori pe lună ☐ Săptămânal ☐ Lunar ☐ La fiecare 2 săptămâni ☐ Anual

21. Numărul mediu de ore lucrate în fiecare SĂPTĂMÂNĂ

LOCUL DE MUNCĂ ACTUAL 2: (Dacă aveţi mai multe slujbe şi aveţi nevoie de mai mult spaţiu, ataşaţi o altă pagină).

22. Numele angajatorului

a. Adresa angajatorului

b. Oraş | c. Stat | d. Codul poştal ZIP | 23. Numărul de telefon al angajatorului ( ) –

24. Salarii/Beneficii (înainte de taxe) $ ☐ Pe oră ☐ De două ori pe lună ☐ Săptămânal ☐ Lunar ☐ La fiecare 2 săptămâni ☐ Anual

21. Numărul mediu de ore lucrate în fiecare SĂPTĂMÂNĂ

26. **În ultimul an:** ☐ aţi schimbat locul de muncă ☐ aţi încetat să mai lucraţi ☐ aţi început să lucraţi mai puţine ore ☐ niciuna

27. **Dacă sunteţi liber-profesionist, răspundeţi la următoarele întrebări:**

a. Tipul activităţii:

b. Ce venit net (profit după ce au fost plătite cheltuielile) veţi obţine din această activitate în această lună? *(Consultaţi instrucţiunile).* $

28. **ALT VENIT REALIZAT LUNA ACEASTA:** Bifaţi toate căsuţele care corespund şi menţionaţi suma şi cât de des o obţineţi. Bifaţi aici dacă nu aveţi alt venit. ☐

NOTĂ: Nu este nevoie să ne daţi informaţii despre pensia de întreţinere pentru copii, pensia de veteran sau Venitul Suplimentar de Securitate (SSI).

☐ Şomaj $ Cât de des? _____

☐ Pensie $ Cât de des? _____

☐ Ajutor social $ Cât de des? _____

☐ Conturi de pensie $ Cât de des? _____

☐ Pensie de întreţinere pentru soţ/soţie, fostul/fosta soţ/soţie $ Cât de des? _____

☐ Venit net din agricultură/pescuit $ Cât de des? _____

☐ Venit net din închiriere/redevenţe $ Cât de des? _____

☐ Alt venit Tipul: _____ $ Cât de des? _____

29. **DEDUCERI:** Bifaţi toate căsuţele care corespund şi menţionaţi suma şi cât de des o obţineţi.În cazul în care plătiţi pentru anumite lucruri care pot fi deduse pe declaraţia federală de venituri, dacă ne spuneţi despre ele, costul acoperirii de sănătate ar putea fi puţin mai mic.

NOTĂ: Nu trebuie să includeţi o cheltuială pe care aţi luat-o în considerare la răspunsul despre venitul net din activităţi de liberă-practică (întrebarea 27b).

☐ Pensia de întreţinere plătită soţului/soţiei, fostului/fostei soţ/soţii $ Cât de des? _____

☐ Dobânda la împrumuturile pentru studenţi $ Cât de des? _____

☐ Alte deduceri Tipul: _____ $ Cât de des? _____

30. **VENITUL ANUAL:** **Completaţi numai dacă venitul dumneavoastră se modifică de la o lună la alta. Dacă nu vă aşteptaţi să apară modificări asupra venitului dumneavoastră lunar, treceţi la următoarea persoană.**

Venitul total **pe acest an** $

Venitul dumneavoastră total pe anul **viitor** (în cazul în care credeţi că va fi diferit) $

MULŢUMIM!

Acestea sunt toate informaţiile de care avem nevoie referitor la dumneavoastră.

AVEŢI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU A COMPLETA APLICAŢIA? Vizitaţi HealthCare.gov sau sunaţi-ne la numărul **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Dacă aveţi nevoie de ajutor în altă limbă decât engleza, sunaţi la **1-800-318-2596** şi menţionaţi reprezentantului serviciului clienţi limba de care aveţi nevoie. Vă vom ajuta gratuit. Utilizatorii de TTY (apel telefonic cu text) trebuie să sune la numărul **1-855-889-4325**.

PASUL 2: PERSOANA a 2-a

Dacă aveţi mai mult de două persoane incluse, efectuaţi o copie a Pasului 2: Persoana a 2-a (paginile 4 şi 5) şi completaţi-le.

Completaţi Pasul 2 pentru dumneavoastră, soţul/soţia/partenerul/partenera dumneavoastră şi copiii care locuiesc cu dumneavoastră şi/sau orice altă persoană care apare pe declaraţia dumneavoastră de venituri federale, dacă depuneţi una. Consultaţi pagina 1 pentru mai multe informaţii despre persoanele pe care trebuie să le includeţi. Dacă nu depuneţi o declaraţie de venituri, nu uitaţi să adăugaţi totuşi membrii familiei care locuiesc cu dumneavoastră.

1. Prenumele _____ Al doilea nume _____ Numele de familie _____ Titlu _____

2. Relaţia cu dumneavoastră? *(Consultaţi instrucţiunile).* _____

3. Data naşterii (ll/zz/aaaa) ____ / ____ / ____

4. Sexul ☐ Bărbătesc ☐ Femeiesc

5. Număr de securitate socială (NSS) ____ - ____ - ____

Avem nevoie de această informaţie dacă doriţi acoperire de sănătate pentru PERSOANA a 2-a şi aceasta are un NSS.

6. PERSOANA a 2-a locuieşte la aceeaşi adresă cu dumneavoastră? ☐ Da ☐ Nu

Dacă nu, menţionaţi adresa: _____

7. **PERSOANA a 2-a are de gând să depună o declaraţie federală de venituri ANUL URMĂTOR?**

(Puteţi aplica totuşi pentru asigurare medicală chiar dacă PERSOANA a 2-a nu depune o declaraţie federală de venituri).

☐ DA. **Dacă da,** vă rugăm să răspundeţi la întrebările a–c. ☐ NU. **Dacă nu,** săriţi peste întrebarea c.

a. Va depune PERSOANA a 2-a împreună cu soţul/soţia? ☐ Da ☐ Nu

Dacă da, numele soţului/soţiei: _____

b. Va declara PERSOANA a 2-a vreo persoană aflată în întreţinere pe declaraţia dumneavoastră de venituri? ☐ Da ☐ Nu

Dacă da, menţionaţi numele persoanelor aflate în îngrijire: _____

c. Va fi declarată PERSOANA a 2-a ca persoană aflată în întreţinere pe declaraţia de venituri a altei persoane? ☐ Da ☐ Nu

Dacă da, vă rugăm să menţionaţi numele persoanei care completează declaraţia: _____

Care este relaţia PERSOANEI a 2-a cu această persoană? _____

8. Este PERSOANA a 2-a însărcinată? ☐ Da ☐ Nu a. **Dacă da,** câţi copii veţi avea în urma acestei sarcini? ____

9. **PERSOANA a 2-a are nevoie de acoperire de sănătate?**

(Chiar dacă PERSOANA a 2-a are asigurare, s-ar putea să existe un program cu o acoperire mai buna sau un preţ mai mic).

☐ DA. **Dacă da**, răspundeţi la toate întrebările de mai jos.

☐ NU. **Dacă nu,** SĂRIŢI la întrebările despre venit de la pagina 3. Lăsaţi restul acestei pagini necompletat.

10. Are PERSOANA a 2-a o problemă fizică, mentală sau emoţională care determină o limitare a activităţilor (cum ar fi spălarea, sarcilile zilnice, etc.) sau locuieşte într-o unitate medicală sau un sanatoriu? ☐ Da ☐ Nu

11. Este PERSOANA a 2-a cetăţean al S.U. sau de naţionalitate americană? ☐ Da ☐ Nu

12. **Dacă PERSOANA a 2-a nu este cetăţean al S.U. sau de naţionalitate americană,** are statut de imigrant eligibil? *(Consultaţi instrucţiunile).*

☐ Da. Completaţi mai jos tipul documentului şi numărul de identificare al PERSOANEI a 2-a.

a. Tipul documentului de imigrare: _____

b. Numărul de identificare al documentului _____

c. PERSOANA a 2-a a locuit în S.U. după 1996? ☐ Da ☐ Nu

d. Este PERSOANA a 2-a, sau soţul/soţia PERSOANEI a 2-a, sau un părinte al acesteia veteran sau membru activ al Armatei S.U.? ☐ Da ☐ Nu

13. PERSOANA a 2-a doreşte ajutor pentru plata facturilor pentru serviciile medicale din ultimele 3 luni? ☐ Da ☐ Nu

14. PERSOANA a 2-a locuieşte împreună cu cel puţin un copil cu vârsta sub 19 ani şi este PERSOANA a 2-a principala persoană care are grijă de acesta? ☐ Da ☐ Nu

15. Se afla PERSOANA a 2-a în îngrijire maternală la vârsta de 18 ani sau mai mare? ☐ Da ☐ Nu

Vă rugăm să răspundeţi a întrebările următoare dacă PERSOANA a 2-a are 22 de ani sau este mai tânără:

16. A avut PERSOANA a 2-a asigurare prin intermediul slujbei avute şi a pierdut-o în ultimele 3 luni? ☐ Da ☐ Nu

a. **Dacă da**, data la care a încetat: _____ b. Motivul pentru care a încetat asigurarea: _____

17. Este PERSOANA a 2-a student(ă) full-time? ☐ Da ☐ Nu

18. **Dacă sunteţi de etnie hispanică/latino (OPŢIONAL—bifaţi toate căsuţele care corespund).**

☐ Mexican ☐ Mexican American ☐ Chicano/a ☐ Portorican ☐ Cubanez ☐ altele _____

19. **Rasa (OPŢIONAL—bifaţi toate căsuţele care corespund).**

☐ Alb
☐ Negru sau Afro-American
☐ Amerindian sau nativ din Alaska
☐ Indian Asiatic
☐ Chinez
☐ Filipinez
☐ Japonez
☐ Coreean
☐ Vietnamez
☐ Asiatic - Alta
☐ Hawaiian nativ
☐ Guamanian sau Chamorro
☐ Samoan
☐ Din alte insule din Pacific
☐ Alta _____

Acum, vă rugăm să ne daţi informaţii despre orice venit realizat de PERSOANA a 2-a, pe spatele formularului.

AVEŢI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU A COMPLETA APLICAŢIA? Vizitaţi HealthCare.gov sau sunaţi-ne la numărul **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Dacă aveţi nevoie de ajutor în altă limbă decât engleza, sunaţi la **1-800-318-2596** şi menţionaţi reprezentantului serviciului clienţi limba de care aveţi nevoie. Vă vom ajuta gratuit. Utilizatorii de TTY (apel telefonic cu text) trebuie să sune la numărul **1-855-889-4325**.

PASUL 2: PERSOANA A 2-A

Informaţii despre locul de muncă actual şi venit

☐ **Angajat:** Dacă PERSOANA a 2-a este angajată în prezent, daţi-ne informaţii despre venitul acesteia. Începeţi cu întrebarea 20.

☐ **Nu este angajată:** Săriţi la întrebarea 30.

☐ **Liber-profesionist:** Săriţi la întrebarea 29.

LOCUL DE MUNCĂ ACTUAL 1:

20. Numele angajatorului

a. Adresa angajatorului

b. Oraş | c. Stat | d. Codul poştal ZIP | 21. Numărul de telefon al angajatorului ( ) –

22. Salarii/Beneficii (înainte de taxe) $ ☐ Pe oră ☐ De două ori pe lună ☐ Săptămânal ☐ Lunar ☐ La fiecare 2 săptămâni ☐ Anual

23. Numărul mediu de ore lucrate în fiecare SĂPTĂMÂNĂ

LOCUL DE MUNCĂ ACTUAL 2: (Dacă PERSOANA a 2-a are mai multe slujbe, ataşaţi o altă pagină).

24. Numele angajatorului

a. Adresa angajatorului

b. Oraş | c. Stat | d. Codul poştal ZIP | 25. Numărul de telefon al angajatorului ( ) –

26. Salarii/Beneficii (înainte de taxe) $ ☐ Pe oră ☐ De două ori pe lună ☐ Săptămânal ☐ Lunar ☐ La fiecare 2 săptămâni ☐ Anual

27. Numărul mediu de ore lucrate în fiecare SĂPTĂMÂNĂ

28. **În ultimul an, PERSOANA a 2-a:** ☐ a schimbat locul de muncă ☐ a încetat să mai lucreze ☐ a început să lucreze mai puţine ore ☐ niciuna

29. **Dacă PERSOANA a 2-a este liber-profesionistă, răspundeţi a întrebările următoare:**

a. Tipul activităţii:

b. Ce venit net (profit după ce au fost plătite cheltuielile) va obţine PERSOANA a 2-a din această activitate în această lună? *(Consultaţi instrucţiunile).* $

30. **ALT VENIT REALIZAT LUNA ACEASTA:** Bifaţi toate căsuţele care corespund şi menţionaţi suma şi cât de des o obţine PERSOANA a 2-a. Bifaţi aici dacă nu are alt venit. ☐
NOTĂ: Nu este nevoie să ne daţi informaţii despre pensia de întreţinere pentru copii a PERSOANEI a 2-a, pensia de veteran sau Venitul Suplimentar de Securitate (SSI).

☐ Şomaj $ Cât de des? _____

☐ Pensie $ Cât de des? _____

☐ Ajutor social $ Cât de des? _____

☐ Conturi de pensie $ Cât de des? _____

☐ Pensie de întreţinere pentru soţ/soţie, fostul/fosta soţ/soţie $ Cât de des? _____

☐ Venit net din agricultură/pescuit $ Cât de des? _____

☐ Venit net din închiriere/redevenţe $ Cât de des? _____

☐ Alt venit Tipul: _____ $ Cât de des? _____

31. **DEDUCERI:** Bifaţi toate căsuţele care corespund şi menţionaţi suma şi cât de des o obţine PERSOANA a 2-a.În cazul în care PERSOANA a 2-a plăteşte pentru anumite lucruri care pot fi deduse pe declaraţia federală de venituri, dacă ne spuneţi despre ele, costul acoperirii de sănătate ar putea fi puţin mai mic.
NOTĂ: Nu trebuie să includeţi o cheltuială pe care aţi luat-o în considerare la răspunsul despre venitul net din activităţi de liberă-practică (întrebarea 29b).

☐ Pensia de întreţinere plătită soţului/soţiei, fostului/fostei soţ/soţii $ Cât de des? _____

☐ Dobânda la împrumuturile pentru studenţi $ Cât de des? _____

☐ Alte deduceri Tipul: _____ $ Cât de des? _____

32. **VENITUL ANUAL:** **Completaţi numai dacă venitul PERSOANEI a 2-a se modifică de la o lună la alta. Dacă nu vă aşteptaţi să apară modificări asupra venitului lunar al PERSOANEI a 2-a, treceţi la următoarea persoană.**

Venitul total al PERSOANEI a 2-a **pe acest an** $

Venitul total al PERSOANEI a 2-a pe anul **viitor** (în cazul în care credeţi că va fi diferit) $

MULŢUMIM!

Acestea sunt toate informaţiile de care avem nevoie despre PERSOANA a 2-a.

AVEŢI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU A COMPLETA APLICAŢIA? Vizitaţi HealthCare.gov sau sunaţi-ne la numărul **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Dacă aveţi nevoie de ajutor în altă limbă decât engleza, sunaţi la **1-800-318-2596** şi menţionaţi reprezentantului serviciului clienţi limba de care aveţi nevoie. Vă vom ajuta gratuit. Utilizatorii de TTY (apel telefonic cu text) trebuie să sune la numărul **1-855-889-4325**.

PASUL 3 Membrul(ii) familiei de origine Amerindiană sau nativ(i) din Alaska (AI/NA)

1. **Sunteţi dumneavoastră sau altcineva din familie amerindian sau nativ din Alaska?**

☐ **NU.** **Dacă nu,** săriţi la Pasul 4.

☐ **DA.** **Dacă da,** mergeţi la Anexa B.

PASUL 4 Acoperirea de sănătate a familiei dumneavoastră

Răspundeţi la aceste întrebări pentru toţi cei care au nevoie de acoperire de sănătate.

1. **Are cineva acoperire de sănătate în prezent la una din următoarele?**

☐ **DA.** **Dacă da**, bifaţi tipul acoperirii şi scrieţi numele persoanei(lor) lângă tipul de acoperire pe care îl au. ☐ **NU.**

☐ Medicaid _____

☐ CHIP (Children's Health Insurance Program - Programul de Asigurare Medicală pentru Copii) _____

☐ Medicare _____

☐ TRICARE (Nu bifaţi dacă aveţi Direct Care sau Line of Duty) _____

☐ Programul de îngrijire medicală pentru veterani _____

☐ Peace Corps (Corpul Păcii) _____

☐ Asigurare angajator _____

Numele asigurării de sănătate: _____

Numărul poliţei: _____

Acesta este o acoperire COBRA? ☐ Da ☐ Nu

Acesta este un plan de asigurare de sănătate pentru pensionari? ☐ Da ☐ Nu

☐ Altul

Numele asigurării de sănătate: _____

Numărul poliţei: _____

Acesta este un plan cu beneficii limitate (cum ar fi o poliţă pentru accidentele petrecute la şcoală)?

☐ Da ☐ Nu

2. **Este cineva dintre persoanele trecute pe această aplicaţie care are acoperire de sănătate de la locul de muncă?**

Bifaţi da chiar dacă acoperirea provine de la locul de muncă al altei persoane, cum ar fi un părinte sau soţul/soţia.

☐ **DA.** **Dacă da,** va trebui să completaţi şi să includeţi Anexa A. Acesta este un plan de beneficii pentru angajaţi oferit de stat? ☐ Da ☐ Nu

☐ **NU.** **Dacă nu, continuaţi cu Pasul 5.**

PASUL 5 Citiţi şi semnaţi această aplicaţie.

- Semnez această aplicaţie sub incidenţa sancţiunilor penale prevăzute pentru fals în declaraţii şi în deplină cunoştinţă de cauză, ceea ce înseamnă că răspunsurile la toate întrebările din această aplicaţie sunt adevărate. Ştiu că pot fi sancţionat conform legii federale dacă furnizez intenţionat informaţii false sau neadevărate.
- Ştiu că trebuie să informez Health Insurance Marketplace în cazul în care apar modificări (şi diferă faţă de) faţă de ceea ce am scris în această aplicaţie. Vizitează HealthCare.gov sau sună la numărul **1-800-318-2596** pentru a raporta orice modificare. Înţeleg că o modificare care priveşte informaţiile furnizate poate afecta eligibilitatea pentru membrul(ii) familiei mele.
- Ştiu că, în conformitate cu legea federală, discriminarea pe bază de rasă, culoare, naţionalitate, sex, vârstă, orientare sexuală, identitate de gen sau dizabilitate nu este permisă. Pot depune o plângere de discriminare vizitând pagina www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Ştiu că informaţiile mele furnizate în acest formular vor fi utilizate numai pentru a se determina eligibilitatea pentru acoperirea de sănătate şi vor fi ţinute confidenţial, aşa cum prevede legea.
- Confirm că nicio persoană care aplică pentru asigurare de sănătate prin această aplicaţie nu este în încarcerat (arestat sau închis). Dacă nu, _____ este încarcerat.
  (numele persoanei)

Avem nevoie de aceste informaţii pentru a verifica eligibilitatea pentru a primi ajutor pentru plata acoperirii de sănătate, în cazul în care vă decideţi să aplicaţi. Vom verifica răspunsurile dumneavoastră utilizând informaţiile din baza noastră de date electronică şi din baza de date a Autorităţilor Fiscale (IRS), Securităţii Sociale, a Departamentului pentru Securitate Internă şi/sau a Agenţiei de Raportare a Consumatorului (CRA). În cazul în care informaţiile nu corespund, este posibil să vă cerem să ne trimiteţi o dovadă.

PASUL 5 (Continuare)

Reînnoirea acoperirii în anii următori

Pentru a fi mai uşor să determin eligibilitatea mea pentru primirea ajutorului pentru plata acoperirii de sănătate în anii următori, sunt de acord ca Marketplace să utilizeze datele despre venit, inclusiv informaţiile din declaraţiile de venituri. Marketplace îmi va trimite o notificare şi mă va înştiinţa referitor la orice modificare, iar eu mă pot decide oricând.

Da, reînnoieşte automat eligibilitatea pentru următorii

☐ 5 ani (numărul maxim de ani permis) sau pentru o perioadă mai scurtă:

☐ 4 ani ☐ 3 ani ☐ 2 ani ☐ 1 an ☐ Nu utilizaţi informaţiile din declaraţia de venituri pentru a reînnoi acoperirea.

Dacă orice persoană de pe această aplicaţie este eligibilă pentru Medicaid

- Acord agenţiei Medicaid dreptul de a urmări şi obţine orice sumă de bani de la altă asigurare de sănătate, hotărâri judecătoreşti sau alte terţe părţi, De asemenea, acord agenţiei Medicaid dreptul de a urmări şi de a obţine orice pensie de îngrijire medicală de la soţ/soţie sau părinte.
- Oricare dintre copiii care sunt trecuţi pe această aplicaţie are vreun părinte care nu locuieşte la aceeaşi adresă? ☐ Da ☐ Nu
- Dacă da, ştiu că mi se va cere să cooperez cu agenţia care colectează pensiile de îngrijire medicală de la un părinte absent. Dacă voi considera că această cooperare pentru colectarea pensiei de îngrijire medicală îmi va face rău mie sau copilului, pot informa Medicaid şi este posibil să nu mai fie necesar să cooperez.

Ce ar trebui să fac în cazul în care consider că rezultatele eligibilităţii mele sunt greşite?

Dacă nu sunteţi de acord cu planul pentru care vă calificaţi, în multe cazuri, puteţi face apel. Vă rugăm să revizuiţi informaţiile referitoare la eligibilitate pentru a găsi instrucţiunile pentru înaintarea unei contestaţii, specifice pentru fiecare persoană din familia dumneavoasră, inclusiv de câte zile dispuneţi pentru a cere un apel. Mai jos găsiţi informaţii importante pe care trebuie să le luaţi în considerare atunci când solicitaţi un apel:

- Dacă doriţi, puteţi pune pe altcineva să facă apel sau să participe la apelul dumneavoastră. Acea persoană poate fi un prieten, o rudă, un avocat sau altă persoană. Sau, puteţi face singur apel şi să participaţi la acesta.
- Dacă solicitaţi un apel, este posibil să vă puteţi păstra eligibilitatea pentru acoperire atâta timp cât apelul este în derulare.
- Rezultatul unui apel poate modifica eligibilitatea altor membri a familiei dumneavoastră.

Pentru a face apel referitor la rezultatelor eligibilităţii dumneavoastră Marketplace, intraţi în contul dumneavoastră Marketplace la adresa HealthCare.gov/marketplace sau sunaţi la numărul **1-800-318-2596**. Utilizatorii de TTY (apel telefonic cu text) trebuie să sune la numărul **1-855-889-4325**. Puteţi, de asemenea, trimite prin poştă un formular de solicitare a unui apel sau o scrisoare personală prin care solicitaţi un apel la **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750. Puteţi face apel împotriva eligibilităţii pentru achiziţionarea acoperirii de sănătate prin intermediul Marketplace, pentru perioadele de înscriere, credite fiscale, reducerea partajării costurilor, Medicaid şi CHIP (Children's Health Insurance Program - Programul de Asigurare Medicală pentru Copii), în cazul în care acestea v-au fost refuzate. Dacă vă calificaţi pentru credite fiscale sau reducerea partajării costurilor, puteţi face apel pentru suma pentru care noi am stabilit că sunteţi eligibil. În funcţie de statul în care locuiţi, este posibil să puteţi face apel prin intermediul Marketplace sau va trebui să solicitaţi un apel cu Medicaid sau agenţia CHIP de stat.

Semnaţi această aplicaţie. Persoana care a completat Pasul 1 trebuie să semneze această aplicaţie. Dacă sunteţi un reprezentant legal, puteţi semna aici doar dacă aţi furnizat informaţiile solicitate în Anexa C.

Semnătura	Data (ll/zz/aaaa)
	/ /

PASUL 6 Trimiteţi prin poştă aplicaţia completată.

Trimiteţi aplicaţia dumneavoastră semnată prin poştă către:

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

Dacă doriţi să vă înregistraţi pentru a putea vota, puteţi completa un formular de înregistrare ca votant la adresa usa.gov.

Declaraţia privind informaţiile personale conform Legii privind reducerea activităţilor care se execută pe suport de hârtie (PRA)
Conform Legii privind reducerea activităţilor care se execută pe suport de hârtie (Paperwork Reduction Act) din 1995, nicio persoană nu este obligată să răspundă unei colectări informaţiilor decât dacă acesta are un număr de control OMB valid. Numărul de control OMB valid pentru această colectare de imformaţii este 0938-1191. Timpul necesar completării acestui formular este estimat la o medie de 45 de minute pentru fiecare persoană, incluzând aici şi timpul pentru consultarea instrucţiunilor, căutarea surselor de date existente, adunarea datelor necesare şi completarea şi verificarea informaţiilor colectate. Dacă aveţi comentarii referitoare la acurateţea timpului estimat sau sugestii pentru îmbunătăţirea formularului, vă rugăm să ne scrieţi pe adresa:
CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

NU COMPLEŢI. ACEASTA NU ESTE O APLICAŢIE.

ANEXA A

Formular aprobat
Nr. OMB 0938-1191

Acoperire de sănătate de la locul de muncă

Dumneavoastră **NU** trebuie să răspundeţi la aceste întrebări decât dacă cineva din familia dumneavoastră este eligibil pentru acoperire de sănătate de la locul de muncă. Ataşaţi o copie a acestei pagini pentru fiecare loc de muncă care oferă acoperire.

Daţi-ne informaţii despre locul de muncă care oferă acoperire.

Duceţi Formularul pentru acoperirea oferită de angajator de pe pagina următoare la angajatorul dumneavoastră care oferă acoperire pentru a vă ajuta să răspundeţi la aceste întrebări. Este necesar să includeţi această pagină atunci când trimiteţi aplicaţia, nu Formularul pentru acoperirea oferită de angajator.

Informaţii referitoare la angajat

1. Numele angajatului (prenume, al doilea nume, nume de familie)	2. Numărul de securitate socială al angajatului
	- -

Informaţii referitoare la angajator

3. Numele angajatorului	4. Numărul de Identificare al Angajatorului (EIN)	
	-	
5. Adresa angajatorului	6. Numărul de telefon al angajatorului	
	( ) –	
7. Oraş	8. Stat	9. Codul poştal ZIP

10. Pe cine putem contacta în legătură cu acoperirea de sănătate a angajatului oferită la acest loc de muncă?

11. Număr de telefon (dacă diferă de cel de mai sus)	12. Adresa de email
( ) –	

13. **Sunteţi eligibil, în prezent, pentru acoperirea oferită de acest angajator sau veţi deveni eligibil în următoarele 3 luni?**

☐ **Da** (Continuaţi)

13a. **Dacă vă aflaţi într-o perioadă de aşteptare sau de probă, când puteţi fi disponibil pentru acoperire?** (ll/zz/aaaa)

/ /

Menţionaţi numele altei persoane care este eligibilă pentru acoperire la acest loc de muncă.

Nume: Nume: Nume:

☐ **Nu** (Opriţi-vă aici şi mergeţi la Pasul 5 al aplicaţiei)

Spuneţi-ne despre planul de sănătate oferit de acest angajator.

14. Angajatorul oferă un plan de sănătate care îndeplineşte standardul valorii minime*? ☐ Da ☐ Nu

15. Pentru planul cel mai ieftin care îndeplineşte îndeplineşte standardul valorii minime* oferit **numai pentru angajat** (nu include planuri de familie): Dacă angajatorul are programe de wellness, asigură prima pe care angajatul ar plăti-o dacă el/ ea ar primi reducerea maximă pentru orice program de renunţare la fumat şi nu primeşte nicio altă reducere pentru programele de wellness.

a. Cât ar trebui să plătească angajatul ca prime pentru acest plan? $

b. Cât de des? ☐ Săptămânal ☐ La fiecare 2 săptămâni ☐ De două ori pe lună ☐ Odată pe lună ☐ Trimestrial ☐ Anual

16. Ce schimbare va face angajatorul pentru noul plan anual (dacă ştiţi)?

☐ Angajatorul nu va oferi acoperire de sănătate

☐ Angajatorul va începe să ofere acoperire de sănătate angajaţilor sau va modifica prima pentru planurile cele mai ieftine numai pentru angajatul care îndeplineşte standardul valorii minime.* (Prima va reflecta reducerea pentru programele de wellness. Vezi întrebarea 15).

a. Cât va trebui să plătească angajatul ca prime pentru acest plan? $

b. Cât de des? ☐ Săptămânal ☐ La fiecare 2 săptămâni ☐ De două ori pe lună ☐ Odată pe lună ☐ Trimestrial ☐ Anual

c. Data modificării (ll/zz/aaaa): / /

*Un plan de sănătate sponsorizat de angajator îndeplineşte "standardul valorii minime" dacă cota planului din costurile totale pentru beneficii permise acoperite de plan nu este mai mică de 60% din aceste costuri (art. 36B(c)(2)(C)(ii) din Codul pentru Veniturile Interne din 1986).

AVEŢI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU A COMPLETA APLICAŢIA? Vizitaţi HealthCare.gov sau sunaţi-ne la numărul **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Dacă aveţi nevoie de ajutor în altă limbă decât engleza, sunaţi la **1-800-318-2596** şi menţionaţi reprezentantului serviciului clienţi limba de care aveţi nevoie. Vă vom ajuta gratuit. Utilizatorii de TTY (apel telefonic cu text) trebuie să sune la numărul **1-855-889-4325**.

NU COMPLEŢI. ACEASTA NU ESTE O APLICAŢIE.

Health Insurance Marketplace

Formular aprobat
Nr. OMB 0938-1191

FORMULAR PENTRU ACOPERIREA OFERITĂ DE ANGAJATOR

Utilizaţi acest formular pentru a vă ajuta să răspundeţi la întrebările din aplicaţia dumneavoastră la Marketplace, Anexa A. Acea parte a aplicaţiei conţine întrebări referitoare la orice acoperire de sănătate oferită de angajator şi pentru care sunteţi eligibil (chiar dacă aceasta provine de la locul de muncă al altei persoane, cum ar fi un părinte sau soţ/soţie). Informaţiile din căsuţele numerotate de mai jos corespund căsuţelor din Anexa A. De exemplu, puteţi utiliza răspunsul la întrebarea 14 de pe această pagină pentru a răspunde la întrebarea 14 din Anexa A.
Scrieţi numele dumneavoastră şi numărul de securitate socială în căsuţele 1 şi 2 şi rugaţi angajatorul să completeze restul formularului. Completaţi câte un formular pentru fiecare angajator care oferă acoperire de sănătate şi pentru care sunteţi eligibil.

Informaţii referitoare la ANGAJAT

Angajatul trebuie să completeze această secţiune.

1. Numele angajatului (prenume, al doilea nume, nume de familie)	2. Numărul de securitate socială al angajatului
	- -

Informaţii referitoare la ANGAJATOR

Solicitaţi **angajatorului** aceste informaţii.

3. Numele angajatorului	4. Numărul de Identificare al Angajatorului (EIN)	
5. Adresa angajatorului (Marketplace va trimite notificări pe această adresă)	6. Numărul de telefon al angajatorului ( ) –	
7. Oraş	8. Stat	9. Codul poştal ZIP
10. Pe cine putem contacta în legătură cu acoperirea de sănătate a angajatului oferită la acest loc de muncă?		
11. Număr de telefon (dacă diferă de cel de mai sus) ( ) –	12. Adresa de email	

13. **Este angajatul eligibil, în prezent, pentru acoperirea oferită de angajatorul acestuia sau va deveni angajatul eligibil în următoarele 3 luni?**

☐ **Da** (Mergeţi la întrebarea 13a).

13a. Dacă angajatul nu este eligibil astăzi, inclusiv ca rezultat al unei perioade de aşteptare sau probă, când va fi angajatul eligibil pentru acoperire? _____ (ll/zz/aaaa) (Mergeţi la întrebarea următoare)

☐ **Nu** (OPRIŢI-VĂ şi returnaţi formularul angajatului)

Spuneţi-ne despre **planul de sănătate** oferit de acest **angajator**.

Angajatorul oferă un plan de sănătate care acoperă soţul/soţia angajatului sau o persoană aflată în întreţinerea acestuia?

☐ Da. Pe cine? ☐ Soţul/Soţia ☐ Persoana(ele) aflată(e) în întreţinere

☐ Nu

(Mergeţi la întrebarea 14)

14. Angajatorul oferă un plan de sănătate care îndeplineşte standardul valorii minime*?

☐ Da (Mergeţi la întrebarea 15) ☐ Nu (OPRIŢI-VĂ şi returnaţi formularul angajatului)

15. Pentru planul cel mai ieftin care îndeplineşte îndeplineşte standardul valorii minime* oferit **numai angajatului** (nu include planuri de familie): Dacă angajatorul are programe de wellness, asigură prima pe care angajatul ar plăti-o dacă el/ ea ar primi reducerea maximă pentru orice program de renunţare la fumat şi nu primeşte nicio altă reducere pentru programele de wellness.

a. Cât ar trebui să plătească angajatul ca prime pentru acest plan? $

b. Cât de des? ☐ Săptămânal ☐ La fiecare 2 săptămâni ☐ De două ori pe lună ☐ Odată pe lună ☐ Trimestrial ☐ Anual (Mergeţi la întrebarea următoare)

Dacă anul planului se încheie în curând şi dacă ştiţi că planurile de sănătate oferite se vor modifica, mergeţi la întrebarea 16. Dacă nu ştiţi, OPRIŢI-VĂ şi returnaţi formularul angajatului.

16. Ce schimbare va face angajatorul pentru noul plan anual?

☐ Angajatorul nu va oferi acoperire de sănătate

☐ Angajatorul va începe să ofere acoperire de sănătate angajaţilor sau va modifica prima pentru planurile cele mai ieftine numai pentru angajatul care îndeplineşte standardul valorii minime* şi este disponibil numai angajatului. (Primele vor reflecta reducerea pentru programele de wellness. Vezi întrebarea 15).

a. Cât va trebui să plătească angajatul ca prime pentru acest plan? $

b. Cât de des? ☐ Săptămânal ☐ La fiecare 2 săptămâni ☐ De două ori pe lună ☐ Odată pe lună ☐ Trimestrial ☐ Anual

c. Data modificării (ll/zz/aaaa): / /

*Un plan de sănătate sponsorizat de angajator îndeplineşte "standardul valorii minime" dacă cota planului din costurile totale pentru beneficii permise acoperite de plan nu este mai mică de 60% din aceste costuri (art. 36B(c)(2)(C)(ii) din Codul pentru Veniturile Interne din 1986).

AVEŢI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU A COMPLETA APLICAŢIA? Vizitaţi HealthCare.gov sau sunaţi-ne la numărul **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Dacă aveţi nevoie de ajutor în altă limbă decât engleza, sunaţi la **1-800-318-2596** şi menţionaţi reprezentantului serviciului clienţi limba de care aveţi nevoie. Vă vom ajuta gratuit. Utilizatorii de TTY (apel telefonic cu text) trebuie să sune la numărul **1-855-889-4325**.

NU COMPLEŢI. ACEASTA NU ESTE O APLICAŢIE.

ANEXA B

Formular aprobat
Nr. OMB 0938-1191

Membrul familiei de origine Amerindiană sau nativ din Alaska (AI/NA)

Completaţi această anexă dacă dumneavoastră sau un membru al familiei este de origine Amerindiană sau nativ din Alaska. Trimiteţi-l împreună cu aplicaţia dumneavoastră pentru Acoperire de sănătate şi Ajutor pentru plata costurilor.

Spuneţi-ne despre membrul(ii) familiei de origine Amerindiană sau nativ(i) din Alaska.
Amerindienii şi nativii din Alaska pot beneficia de servicii din partea Serviciilor Medicale Indiene, a programelor medicale tribale sau a programelor medicale urbane pentru indieni. De asemenea, este posibil ca aceştia să nu trebuiască să plătească partajarea costurilor şi pot beneficia de perioade de înscriere speciale lunar. Răspundeţi la următoarele întrebări pentru a va asigura că familia dumneavoastră beneficiază de tot ajutorul posibil.

NOTĂ: Dacă trebuie să includeţi mai mult de două persoane, efectuaţi o copie a acestei pagini şi ataşaţi-o.

	PERSOANA 1 AI/AN	PERSOANA 2 AI/AN
1. Nume (Prenumele, Al doilea nume, Numele de familie)	Prenume / Al doilea nume Numele de familie	Prenume / Al doilea nume Numele de familie
2. Membru al unui trib recunoscut la nivel federal?	☐ Da **Dacă da**, numele tribului _____ ☐ Nu	☐ Da **Dacă da**, numele tribului _____ ☐ Nu
3. A beneficiat vreodată această persoană de servicii din partea Serviciilor Medicale Indiene, a programelor medicale tribale sau a programelor medicale pentru populaţia indiană din zona urbană sau printr-o trimitere din partea unuia dintre aceste programe?	☐ Da ☐ Nu **Dacă nu**, este eligibilă această persoană să beneficieze de servicii din partea Serviciilor Medicale Indiene, a programelor medicale tribale sau a programelor medicale pentru populaţia indiană din zona urbană sau printr-o trimitere din partea unuia dintre aceste programe? ☐ Da ☐ Nu	☐ Da ☐ Nu **Dacă nu**, este eligibilă această persoană să beneficieze de servicii din partea Serviciilor Medicale Indiene, a programelor medicale tribale sau a programelor medicale pentru populaţia indiană din zona urbană sau printr-o trimitere din partea unuia dintre aceste programe? ☐ Da ☐ Nu
4. Anumite sume de bani primite s-ar putea să nu fie luate în considerare pentru Medicaid sau pentru Programul de Asigurare Medicală pentru Copii (Children's Health Insurance Program - CHIP). Treceţi orice venit (suma şi cât de des) raportat pe aplicaţia dumneavoastră, care include bani din aceste surse: • Plăţi per capita din partea unui trib care vin din resurse naturale, drepturi de utilizare, chirii sau redevenţe. • Plăţile din resurse naturale, agricultură, creşterea animalelor, pescuit, chirii sau redevenţe de pe terenuri desemnate ca teren Indian aflat sub mandat de către Departamentul pentru Interior (incluzând rezervaţiile şi fostele rezervaţii) • Bani din vânzarea de bunuri cu valoare culturală	$ Cât de des? _____	$ Cât de des? _____

AVEŢI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU A COMPLETA APLICAŢIA? Vizitaţi HealthCare.gov sau sunaţi-ne la numărul **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Dacă aveţi nevoie de ajutor în altă limbă decât engleza, sunaţi la **1-800-318-2596** şi menţionaţi reprezentantului serviciului clienţi limba de care aveţi nevoie. Vă vom ajuta gratuit. Utilizatorii de TTY (apel telefonic cu text) trebuie să sune la numărul **1-855-889-4325**.

NU COMPLEŢI. ACEASTA NU ESTE O APLICAŢIE.

ANEXA C

Formular aprobat
Nr. OMB 0938-1191

Asistenţă în completarea acestei aplicaţii

Puteţi alege un reprezentant autorizat.
Puteţi acorda unei persoane de încredere permisiunea de a vorbi despre această aplicaţie cu dumneavoastră, să vadă informaţiile şi să acţioneze pentru dumneavoastră în chestiuni care au legătură cu această aplicaţie, inclusiv să obţină informaţii despre aplicaţia dumneavoastră şi să semneze aplicaţia în numele dumneavoastră. Această persoană este numită "reprezentant autorizat." Dacă veţi dori vreodată să schimbaţi reprezentantul dumneavoastră autorizat, contactaţi Marketplace. Dacă sunteţi un reprezentant legal pentru cineva din această aplicaţie, trimiteţi dovada împreună cu această aplicaţie.

1. Numele reprezentantului autorizat (Prenumele, Al doilea nume, Numele de familie)

2. Adresa

3. Număr apartament

4. Oraş

5. Stat

6. Codul poştal ZIP

7. Număr de telefon

( ) –

8. Numele organizaţiei

9. Numărul de identificare (dacă este cazul)

Semnând, permiteţi acestei persoane să semneze aplicaţia dumneavoastră, să primească informaţii oficiale despre aceasta şi să acţioneze pentru dumneavoastră în toate chestiunile viitoare care au legătură cu această aplicaţie.

10. Semnătura dumneavoastră

11. Data (ll/zz/aaaa)

/ /

Numai pentru consilieri autorizaţi pentru aplicare, consultanţi, agenţi şi brokeri.
Completaţi această secţiune dacă sunteţi un consilier autorizat pentru aplicare, consultant, agent sau broker care completează această aplicaţie pentru altcineva.

1. Data aplicaţiei (ll/zz/aaaa)

/ /

2. Prenumele, Al doilea nume, Numele de familie şi Titlul

3. Numele organizaţiei

4. Numărul de identificare (dacă este cazul)

5. Numai agenţii/brokerii Număr NPN

AVEŢI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU A COMPLETA APLICAŢIA? Vizitaţi HealthCare.gov sau sunaţi-ne la numărul **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Dacă aveţi nevoie de ajutor în altă limbă decât engleza, sunaţi la **1-800-318-2596** şi menţionaţi reprezentantului serviciului clienţi limba de care aveţi nevoie. Vă vom ajuta gratuit. Utilizatorii de TTY (apel telefonic cu text) trebuie să sune la numărul **1-855-889-4325**.