Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2022

لا تستكمل. ليس هذ طلب.

Health Insurance Marketplace

طلب للتغطية الصحية والمساعدة في دفع التكاليف

قدم أسرع عن طريق الإنترنت على موقع HealthCare.gov.

استخدم هذا الطلب لترى ما هي التغطية التي تتأهل لها

- خطط من سوق التأمين الصحي تقدم تغطية شاملة تساعدك على البقاء بصحة جيدة.
- ائتمان ضريبي يمكنه أن يساعدك في الحال على دفع أقساطك التأمينية الخاصة بتغطية التأمين الصحي.
- تغطية مجانية أو منخفضة التكلفة من برنامج Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP).
- **قد يتأهل أصحاب مستويات دخل معينة للاشتراك في برامج مجانية أو منخفضة التكلفة.**

من يمكنه استخدام هذا الطلب؟

- استخدم هذا الطلب للتقديم لأي فرد في عائلتك.
- **قدم حتى لو كان لديك أو زوجك أو طفلك تغطية تأمينية صحية بالفعل. قد تكون مؤهلاً لتغطية مجانية أقل تكلفة.**
- إذا كنت بمفردك، يمكنك استخدام استمارة مختصرة. قم بزيارة HealthCare.gov
- يمكن للعائلات التي تضم مهاجرين تقديم طلب. يمكنك التقديم لطفلك حتى لو لم تكن أنت مؤهلًا للتغطية. لن يؤثر التقديم على حالة هجرتك أو فرصك في أن تصبح مقيم دائم أو مواطن.
- إذا كان هناك شخص ما يساعدك على استكمال هذا الطلب، قد تحتاج إلى استكمال ملحق C.

ما الذي تحتاج أن تقدم عليه

- أرقام الضمان الاجتماعي (SSNs) (أو أرقام الوثائق الخاصة بأي مهاجرين مؤهلين يحتاجون إلى تغطية).
- معلومات عن صاحب العمل والدخل لكل فرد في عائلتك (على سبيل المثال من إيصالات مفردات المرتب أو نماذج إقرار الدخل والضريبة W-2s أو بيانات الأجر والضريبة).
- أرقام بوليصة التأمين لأي تأمين صحي حالي.
- معلومات أي تأمين صحي مرتبط بالوظيفة متاح لعائلتك.

لماذا نطلب منك هذه المعلومات؟

نحن نطلب منك معلومات حول الدخل وغيرها من المعلومات لنخبرك بالتغطية التي تتأهل لها وإذا ما كان بإمكانك أن تحصل على أي مساعدة في دفع تكاليفها. **سوف نحتفظ بكل معلوماتك في إطار من الأمان والسرية حسبما يقتضيه القانون.** لمطالعة بيان قانون الخصوصية، قم بزيارة موقع HealthCare.gov أو انظر التعليمات.

ما الذي يحدث في الخطوة التالية؟

أرسل طلبك مكتمل وموقع إلى العنوان الموجود في صفحة 7. **إذا لم يكن لديك كل المعلومات التي نطلبها، وقّع على طلبك وسلمه على أي حال.** سوف نتابع معك خلال فترة تتراوح ما بين 2-1 أسبوع، **وقد تتلقى اتصالاً من سوق التأمين الصحي إذا احتجنا إلى المزيد من المعلومات.** سوف تتلقى إشعار تحديد الأهلية من خلال البريد بعد معالجة طلبك. إذا لم يصلك رد منا، اتصل على مركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي. ولا يعني ملء هذا الطلب أنه ينبغي عليك شراء تغطية تأمين صحي.

احصل على مساعدة في هذا الطلب

- **عن طريق الإنترنت:** HealthCare.gov
- **عن طريق الهاتف:** اتصل بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي على الرقم: **1-800-318-2596**. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: **1-855-889-4325**.
- **شخصيًا:** قد يكون هناك مستشارين في منطقتك يمكنهم مساعدتك. قم بزيارة موقع HealthCare.gov، أو الاتصال بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي على هاتف **1-800-318-2596** لمزيد من المعلومات.
- **لغات أخرى:** إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف **1-800-318-2596** وأخبر ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك.

يحق لك الحصول على المعلومات الخاصة بالسوق بصيغة يسهل الوصول إليها مثل الطباعة بحروف كبيرة أو الطباعة بطريقة برايل أو الإتاحة في صورة ملف صوتي. لديك الحق أيضًا في رفع شكوى إذا كنت تشعر أنك تعرضت لتفرقة. تفضل بزيارة CMS.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html ، أو الاتصال بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي على هاتف **1-800-318-2596** لمزيد من المعلومات. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY لاتصال على الرقم: **1-855-889-4325**.

بيان الإفصاح عن قانون الحد من الأعمال الورقية: طبقًا لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من الأشخاص الاستجابة إلى جمع المعلومات إلا إذا كانت تعرض رقم تحكم صالح لمكتب الإدارة والموازنة. إن رقم التحكم الصالح لمكتب الإدارة والموازنة لجمع هذه المعلومات هو 0938-1191. يُقدر الوقت المطلوب لاستكمال جمع هذه المعلومات بمتوسط 45 دقيقة للإجابة الواحدة، بما في ذلك وقت مراجعة التعليمات، والبحث عن مصادر البيانات الحالية، وجمع البيانات المطلوبة، واستكمال ومراجعة جمع المعلومات. إذا كان لديك تعليقات بخصوص دقة الإحصائيات الزمنية أو اقتراحات لتحسين هذه الاستمارة، يُرجى أن تكتب إلى: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

لا تستكمل. ليس هذ طلب.

يُرجى الطباعة بأحرف كبيرة باستخدام حبر أسود أو أزرق داكن فقط
املأ الدوائر (○) بهذا الشكل ← ●.

خطوة رقم 1: أخبرنا عن نفسك.

(نحتاج إلى فرد بالغ في العائلة ليكون جهة اتصال لطلبك.)

1.الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	اللقب

2.عنوان المنزل (اتركه فارغًا إذا لم يكن لديك منزل.)	3. عنوان المنزل 2

4. المدينة	5. الولاية	6. الرمز البريدي	7. المقاطعة

8. العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن عنوان المنزل)	9.العنوان البريدي 2

10. المدينة	11. الولاية	12. الرمز البريدي	13. المقاطعة

14. رقم الهاتف	15. رقم الهاتف الثاني
( ) -	( ) -

16. ل تريد الحصول على معلومات حول هذا الطلب عن طريق البريد الإليكتروني؟ ..... ○ نعم ○ لا

عنوان البريد الإليكتروني:

17. اللغة المفضلة:	خطيًا	تحدثًا

خطوة رقم 2: أخبرنا عن عائلتك.

ما الذي تحتاج إلى تضمينه في هذا الطلب؟

قم بتعبئة صفحات الخطوة رقم 2 لكل فرد في عائلتك، حتى إذا كان هذا الفرد يحظى بتغطية تأمين صحي بالفعل. تساعدنا المعلومات الواردة في هذا الطلب على التأكد من أن كل فرد يحصل على أفضل تغطية يمكنه أن يحصل عليها. يتوقف مقدار المساعدة أو نوع البرنامج الذي تتأهل له على عدد الأفراد الموجودين في عائلتك ودخولهم. إذا لم تدرج شخص ما، حتى لو كان لديه تغطية صحية، فإن نتائج تأهلك يمكن أن تتأثر.

بالنسبة للبالغين الذين يحتاجون إلى تغطية:

أدرج هؤلاء الأشخاص حتى لو لم يتقدموا للتغطة الصحية بأنفسهم:

- أي زوج/زوجة
- أي ابن أو ابنة تحت سن 21 سنة يعيشون معك، بما في ذلك ابن الزوج/الزوجة
- أي شخص آخر على نفس إقرار ضريبة الدخل الفدرالي (بما في ذلك أي أطفال فوق سن 21 سنة المفترض وجودهم في إقرار الدخل الضريبي للوالدين). أنت لا تحتاج إلى أن تتقدم بالضرائب لتحصل على تغطية صحية.

بالنسبة للأطفال تحت سن 21 سنة الذين يحتاجون إلى تغطية:

أدرج هؤلاء الأشخاص حتى لو لم يتقدوا للتغطة الصحية بأنفسهم:

- أي والد (أو والد زوج/زوجة) يعيشون معك
- أي أشقاء يعيشون معك
- أي ابن أو ابنه يعيشون معك، بما في ذلك ابن الزوج/الزوجة
- أي زوج يعيش معك
- أي شخص آخر في نفس إقرار ضريبة الدخل الفدرالي أنت لا تحتاج إلى أن تتقدم بالضرائب لتحصل على تغطية صحية.

قم بإتمام الخطوة 2 لكل فرد في عائلتك.

ابدأ بنفسك، ثم أضف البالغين الآخرين والأطفال. إذا كان لديك أكثر من فردين في عائلتك، سوف يتعين عليك إنشاء نسخة من الصفحات وإرفاقها.

لن تحتاج إلى تقديم حالة الهجرة أو رقم الضمان الاجتماعي لأفراد العائلة الذين لا يحتاجون إلى تغطية تأمين صحي. سوف نحتفظ بكل معلوماتك في إطار من الأمان والسرية حسبما يقتضي القانون. سوف نستخدم المعلومات الشخصية فقط لنتحقق ما إذا كانت مؤهلًا للتغطية الصحية أم لا.

هل تحتاج إلى مساعدة في طلبك؟ تفضل بزيارة الموقع التالي HealthCare.gov، أو اتصل على الرقم: **1-800-318-2596**. إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف **1-800-318-2596** وأخبر ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: **1-855-889-4325**.

لا تستكمل. ليس هذ طلب.

خطوة رقم 2: شخص رقم 1 (ابدأ بنفسك.)

قم بإتمام الخطوة رقم 2 لنفسك، ولزوجك/شريكك والمُعالين الذين يعيشون معك، و/أو أي شخص مُدرج في نفس إقرار ضريبة الدخل الفدرالي الخاص بك إذا كنت مُلزم بتقديمه. انظر صفحة 1 لمزيد من المعلومات حول الأشخاص الذين ينبغي إدراجهم. إذا كنت لا تقدم إقرارًا ضريبيًا، فتذكر أنه لا يزال عليك إضافة أفراد العائلة الذين يعيشون معك.

1.الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	اللقب

2.العلاقة بالشخص 1	3. هل أنت متزوج	4.تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	5.الجنس
نفسه	○ نعم ○ لا	/ /	○ أنثى ○ ذكر

6. **رقم الضمان الاجتماعي (SSN)** ___ - ___ - ___

نحن نحتاج رقم الضمان الاجتماعي إذا كنت تحتاج إلى تغطية صحية ولديك رقم ضمان اجتماعي أو يمكنك الحصول على واحد. نحن نستخدم أرقام الضمان الاجتماعي لنتحقق من الدخل وغيرها من المعلومات لنرى من هو مؤهل للمساعدة في الدفع مقابل التغطية الصحية. إذا كنت تحتاج إلى مساعدة في الحصول على رقم الضمان الاجتماعي، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني **socialsecurity.gov**، أو بالاتصال بهيئة الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: 1-800-325-0778.

7. **هل تخطط أن تتقدم بإقرار ضريبي على الدخل الفدرالي العام القادم؟** لا يزال بإمكانك أن تتقدم للتغطية حتى لو لم تتقدم بإقرار ضريبي على الدخل الفدرالي.

○ **نعم. إذا كانت الإجابة بنعم،** قم بالإجابة على البنود من "a" إلى "c". ○ **لا. إذا كانت الإجابة بلا،** تخطَ إلى البند c.

a. هل ستتقدم بشكل مشترك مع زوجك/زوجتك؟ ..... ○ نعم ○ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، اكتب اسم الزوجة/الزوجة:

b. هل تطالب بأي معالين على الإقرار الضريبي الخاص بك؟ ..... ○ نعم ○ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، أدرج اسم (أسماء) المعالين:

c. هل سيطالب بك كمعال على الإقرار الضريبي لشخص آخر؟ ..... ○ نعم ○ لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إدراج اسم مقدِّم الإقرار الضريبي: ما هي علاقتك بالمتقدم بالإقرار الضريبي؟:

8. هل أنت حامل؟ ..... ○ نعم ○ لا a. **إذا كانت الإجابة بنعم،** كم عدد الأطفال المتوقعين أثناء هذا الحمل؟ ☐

9. **هل أنت بحاجة للحصول على تغطية صحية؟** حتى لو كان لديك تغطية صحية، فقد يكون هناك برنامج أفضل في التغطية أو أقل في التكاليف.

○ **نعم. إذا كانت الإجابة بنعم،** أجب على كل الأسئلة الواردة أدناه. ○ **لا. إذا كانت الإجابة بلا،** تخطى هذا السؤال إلى أسئلة الدخل في صفحة 3. اترك باقي هذه الصفحة فارغًا.

10. هل أنت بحاجة إلى رعاية صحية خاصة، أو تعاني من حالة صحية بدنية أو عقلية أو وجدانية تشكِّل قيودًا على أنشطتك (على سبيل المثال الاستحمام، ارتداء الملابس، الأعمال الروتينية اليومية، إلخ)، أو تقيم في مرفق طبي أو دار رعاية؟ ..... ○ نعم ○ لا

11. هل أنت **من مواطني الولايات المتحدة** أو حاصل على **الجنسية الأمريكية؟** ..... ○ نعم ○ لا

12. هل أنت مواطن **بالتجنيس** أو **الاشتقاق؟** (يعني هذا عادةً أنك ولدت خارج الولايات المتحدة)

○ **نعم. إذا كانت الإجابة بنعم،** استكمل a و b. ○ **لا. إذا كانت الإجابة بلا،** تابع إلى سؤال رقم 13.

a. رقم الإقامة: b. رقم الشهادة:

بعد أن تستكمل a و b، تخطى إلى سؤال 14.

13. **إذا لم تكن مواطن أمريكي أو حاصل على الجنسية الأمريكية،** هل أنت مؤهل لحالة هجرة؟ ○ **نعم.** أدخل نوع المستند ورقم الهوية. انظر التعليمات.

نوع وثيقة الهجرة	نوع الحالة (اختياري)	اكتب اسمك كما يظهر على وثيقة الهجرة.

رقم الإقامة أو رقم I-94	رقم البطاقة أو رقم جواز السفر

هوية نظام SEVIS أو تاريخ الانتهاء (اختياري)	أخرى (كود الفئة أو بلد الإصدار)

a. هل أقمت في الولايات المتحدة منذ 1996 ..... ○ نعم ○ لا

b. هل أنت، أو زوجك أو أبيك، من المحاربين القدامى أو عضو نشط في الخدمة العسكرية في الجيش الأمريكي؟ ..... ○ نعم ○ لا

14. هل تريد مساعدة في دفع فواتير الرعاية الطبية من الشهور الثلاثة الماضية؟ ..... ○ نعم ○ لا

15. هل تقيم مع طفل واحد على الأقل تحت سن 19 سنة، و هل أنت الشخص الرئيسي الذي تعتني بهذا الطفل؟ (اختر "نعم" إذا كنت أنت أو زوجتك تعتني بهذا الطفل.) ..... ○ نعم ○ لا

قم بإدراج أسماء الأطفال الذين هم دون سن 19 عامًا ويعيشون معك في بيتك واذكر علاقتك بهم:

16. هل أنت طالب بنظام دوام كامل؟ ..... ○ نعم ○ لا 17. هل كنت في دار حضانة في سن 18 أو أكبر؟ ..... ○ نعم ○ لا

اختياري: (املأ كل ما ينطبق.)

18. **السلالة:** ○ أبيض ○ أسود أو أمريكي أفريقي ○ أسود أو أمريكي أفريقي ○ فلبيني ○ ياباني ○ كوري ○ هندي أسيوي ○ صيني ○ فيتنامي ○ أسيوي من دولة أخرى ○ من مواطني هاواي الأصليين ○ غواميني أو تشاموري ○ ساموائي ○ مواطن آخر من ساكني جزر المحيط الهادئ ○ أخرى _____

هل تحتاج إلى مساعدة في طلبك؟ تفضل بزيارة الموقع التالي **HealthCare.gov**، أو اتصل على الرقم: **1-800-318-2596**. إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف **1-800-318-2596** وأخبر ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: **1-855-889-4325**.

لا تستكمل. ليس هذ طلب.

خطوة رقم 2: شخص رقم 1 (واصل مع نفسك.)

الوظيفة الحالية & معلومات الدخل

◯ **موظف:** إذا كانت موظف حاليًا، أخبرنا عن دخلك. ابدأ بالبند 21.

◯ **ير موظف:** تخطَ إلى البند 31.

◯ **يعمل لحسابه الخاص:** تخطَ إلى البند 30.

الوظيفة الحالية 1:

21.اسم صاحب العمل

a.عنوان صاحب العمل (اختياري)

b.المدينة | c.الولاية | d.الرمز البريدي | 22. رقم هاتف صاحب العمل ( ) -

23.الأجور/الحوافز(قبل الضرائب) $ ◯ كل ساعة ◯ كل أسبوع ◯ كل 2 أسبوع ◯ مرتين في الشهر ◯ شهريًا ◯ سنويًا

24.متوسط عدد ساعات العمل كل أسبوع

الوظيفة الحالية 2: (إذا كان لديك وظائف إضافية وتحتاج إلى المزيد من المساحة، أرفق صفحة أخرى من الورق.)

25.اسم صاحب العمل

a.عنوان صاحب العمل (اختياري)

b.المدينة | c.الولاية | d.الرمز البريدي | 26. رقم هاتف صاحب العمل ( ) -

27.الأجور/الحوافز(قبل الضرائب) $ ◯ كل ساعة ◯ كل أسبوع ◯ كل 2 أسبوع ◯ مرتين في الشهر ◯ شهريًا ◯ سنويًا

28.متوسط عدد ساعات العمل كل أسبوع

29. **في العام الماضي، هل قمت بـ:** ◯ تغيير الوظيفة ◯ التوقف عن العمل ◯ بدء العمل لساعات أقل ◯ لا شيء مما سبق

30. **إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و b:**

a. نوع العمل:

b. ما هو مقدار صافي الدخل (الأرباح بمجرد دفع تكاليف المشروع) الذي سوف تحصل عليه من هذا العمل الذي تعمله لحسابك هذا الشهر؟ انظر التعليمات. $

31. **دخل آخر تحصل عليه هذا الشهر:** املأ كل ما ينطبق، وقدم المبلغ وعدد مرات حصولك عليه. املأ هنا إذا كانت الإجابة لا شيء. ◯
ملاحظة: لا تحتاج إلى أن تخبرنا حول الدخل الذي تحصل عليه من دعم الطفل، أو مدفوعات المحاربين القدامى، أو دخل الضمان التكميلي.

◯ غير موظف	$	كم مرة تحصل عليه؟	◯ النفقة المتلقاه	$	كم مرة تحصل عليه؟
◯ المعاش	$	كم مرة تحصل عليه؟	◯ صافي الزراعة/الصيد	$	كم مرة تحصل عليه؟
◯ الضمان الاجتماعي	$	كم مرة تحصل عليه؟	◯ صافي الإيجار/الإتاوات	$	كم مرة تحصل عليه؟
◯ حسابات التقاعد	$	كم مرة تحصل عليه؟	◯ دخل آخر النوع:	$	كم مرة تحصل عليه؟

32.**الاستقطاعات:** املأ كل ما ينطبق، وقدم المبلغ وعدد مرات دفعك له. إذا كنت تدفع مقابل أشياء معينة يمكن استقطاعها في إقرار ضريبة الدخل الفدرالي، فإن إخبارنا بها يمكن أن يجعل تكلفة التغطية الصحية أقل قليلاً. **ملاحظة:** لا ينبغي أن تدرج دعم الطفل الذي تدفعه، أو التكلفة المعتبرة بالفعل في إجابتك عن صافي العمل لحسابك (سؤال 30ب).

◯ النفقة المدفوعة	$	كتنى كثرت سـ؟	◯ استقطاعات أخرى النوع:	$	كم مرة تحصل عليه؟
◯ فوائد قرض الطالب	$	كتنى كثرت سـ؟			

33. **أكمل هذا السؤال إذا كان دخلك يتغير أثناء السنة،** كأن تكون تعمل فقط في وظيفة لجزء من السنة أو تتلقى ميزة لأشهر معينة. إذا لم تكن تتوقع تغيرات على دخلك الشهري، تخطى إلى الشخص التالي.

إجمالي دخلك **هذا العام** $

إجمالي دخلك في العام القادم (إذا كنت تعتقد أنه سيكون مختلفًا) $

◯ قم بتعبئة هذا الجزء إذا كنت تعتقد أنه من الصعب التنبؤ به.

شكرًا! هذا كل ما نحتاج معرفته عنك.

هل تحتاج إلى مساعدة في طلبك؟ تفضل بزيارة الموقع التالي HealthCare.gov، أو اتصل على الرقم: **1-800-318-2596**. إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف **1-800-318-2596** وأخبر ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: **1-855-889-4325**.

لا تستكمل. ليس هذ طلب.

خطوة رقم 2: شخص رقم 2

ملاحظة: إذا لم يكن هذا الشخص يحتاج إلى تغطية صحية، فقط أجب عن الأسئلة 1-10 في هذه الصفحة. انسخ نسخة من الصفحات 4-5 إذا كان هناك أكثرمن شخصين في بيتك.

استكمل هذه الصفحة وعن زوجك والأطفال الذين يعيشون معك، و/أو أي شخص في نفس إقرار ضريبة الدخل الفدرالي إذا قدمت واحد. إذا لم تتقدم بإقرار ضريبي، تذكر أنه لا يزال عليك أن تدرج أفراد العائلة الذين يعيشون معك. انظر صفحة 1 لمزيد من المعلومات حول الأشخاص الذين ينبغي إدراجهم.

1. الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	اللقب

2. العلاقة بالشخص 1؟ انظر التعليمات.	3. هل الشخص رقم 2 متزوج	4. تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	5. الجنس
	○ نعم ○ لا	/ /	○ أنثى ○ ذكر

6. رقم الضمان الاجتماعي (SSN) ___ - ___ - ___

نحن نحتاج إلى هذا إذا كنت تريد تغطية صحية للشخص رقم 2، وكان الشخص رقم 2 يمتلك رقم ضمان اجتماعي.

7. هل يقيم الشخص رقم 2 في نفس العنوان الذي يقيم فيه الشخص رقم 1؟ ○ نعم ○ لا

إذا كانت الإجابة لا، أدرج العنوان:

8. **هل يخطط الشخص رقم 2 أن يتقدم بإقرار ضريبي على الدخل الفدرالي العام القادم؟** (لا يزال بإمكانك أن تتقدم للتغطية حتى لو لم يتقدم الشخص رقم 2 بإقرار ضريبي على الدخل الفدرالي.)

○ **نعم. إذا كانت الإجابة بنعم،** قم بالإجابة على البنود من "a" إلى "c". ○ **لا. إذا كانت الإجابة بلا،** تخطَ إلى البند c.

a. هل سيتقدم الشخص رقم 2 بشكل مشترك مع زوج/زوجه؟ ○ نعم ○ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، اكتب اسم الزوجة/الزوجة:

b. هل سيطالب الشخص رقم 2 بأي معالين على الإقرار الضريبي الخاص به؟ ○ نعم ○ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، أدرج اسم (أسماء) المعالين:

c. هل سيطالب بالشخص رقم 2 كمعال على الإقرار الضريبي لشخص آخر؟ ○ نعم ○ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى إدراج اسم المتقدم بالإقرار الضريبي: ما هي علاقة الشخص رقم 2 بالمتقدم بالإقرار الضريبي؟

9. هل الشخص رقم 2 حامل؟ ○ نعم ○ a. **لا إذا كانت الإجابة بنعم،** كم عدد الأطفال المتوقعين أثناء هذا الحمل؟ ☐

10. **هل يحتاج الشخص رقم 2 إلى تغطية صحية؟** (حتى لو كان لدى الشخص رقم 2 تغطية صحية، فقد يكون هناك برنامج أفضل في التغطية أو أقل في التكاليف.)

○ نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، أجب على كل الأسئلة الواردة أدناه. ○ لا. إذا كانت الإجابة بلا، تخطى هذا السؤال إلى أسئلة الدخل في صفحة 5. اترك باقي هذه الصفحة فارغًا.

11. هل يعاني الشخص رقم 2 من حالة صحية بدنية أو عقلية أو وجدانية تشكِّل قيودًا على أنشطته (على سبيل المثال الاستحمام، ارتداء الملابس، الأعمال الروتينية اليومية، إلخ)، أو يقيم في مرفق طبي أو دار رعاية؟ ○ نعم ○ لا

12. هل الشخص رقم 2 من **مواطني الولايات المتحدة** أو حاصل **على الجنسية الأمريكية؟** ○ نعم ○ لا

13. هل الشخص رقم 2 مواطن **بالتجنيس** أو **الاشتقاق؟** (يعني هذا عادةً أنه ولد خارج الولايات المتحدة)

○ **نعم.** إذا كانت الإجابة بنعم، استكمل أ وب. ○ **لا.** إذا كانت الإجابة بلا، تابع إلى سؤال رقم 14.

a. رقم الإقامة

b. رقم الشهادة

بعد أن تستكمل a و b، تخطى إلى سؤال 15.

14. **إذا لم يكن الشخص رقم 2 مواطن أمريكي أو حاصل على الجنسية الأمريكية،** هل هو مؤهل لحالة هجرة؟ ○ **نعم.** أدخل نوع المستند ورقم الهوية. انظر التعليمات.

نوع وثيقة الهجرة: | نوع الحالة (اختياري): | اكتب اسم شخص رقم 2 كما يظهر على وثيقة الهجرة.

رقم الإقامة أو رقم I-94 | رقم البطاقة أو رقم جواز السفر

هوية نظام SEVIS أو تاريخ الانتهاء (اختياري) | أخرى (كود الفئة أو بلد الإصدار)

a. هل أقام الشخص رقم 2 في الولايات المتحدة منذ 1996؟ ○ نعم ○ لا

b. هل الشخص رقم 2، أو زوجه أو أبيه، من المحاربين القدامى أو عضو نشط في الخدمة العسكرية في الجيش الأمريكي؟ ○ نعم ○ لا

15. هل يريد الشخص رقم 2 مساعدة في دفع فواتير الرعاية الطبية من الشهور الثلاثة الماضية؟ ○ نعم ○ لا

16. هل يقيم الطفل رقم 2 مع طفل واحد على الأقل تحت سن 19 سنة، و هل الشخص رقم 2 هو الشخص الرئيسي الذي يعتني بهذا الطفل؟ (أدرج الإجابة "نعم" إذا كان الشخص رقم 2 أو زوجه يعتني بهذا الطفل.) ○ نعم ○ لا

17. أخبرنا عن أسماء الأطفال الذين تحت سن 19 سنة الذين يعيشون مع شخص رقم 2 في بيته وعلاقته بهم: (يمكن أن يكون هؤلاء الأطفال هم نفس الأطفال المدرجين في صفحة 2)

18. هل كان الشخص رقم 2 في دار حضانة في سن 18 أو أكبر؟ ○ نعم ○ لا

يُرجى الإجابة على هذه الأسئلة إذا كان الشخص رقم 2 في سن 22 أو أصغر:

19. هل لدى الشخص رقم 2 تأمين من خلال عمله وفقده خلال الشهور الثلاثة الماضية؟ ○ نعم ○ لا

a. **إذا كانت الإجابة بنعم،** ما هو تاريخ الانتهاء: / / b. سبب إنهاء التأمين:

20. هل الشخص رقم 2 طالب بدوام كامل؟ ○ نعم ○ لا

اختياري: (املأ كل ما ينطبق.)

21. **السلالة:** ○ أبيض ○ أسود أو أمريكي أفريقي ○ أسود أو أمريكي أفريقي ○ فلبيني ○ ياباني ○ كوري ○ هندي أسيوي ○ صيني ○ فيتنامي ○ أسيوي من دولة أخرى ○ من مواطني هاواي الأصليين ○ غواميني أو تشاموري ○ ساموائي ○ مواطن آخر من ساكني جزر المحيط الهادي ○ أخرى _____

هل تحتاج إلى مساعدة في طلبك؟ تفضل بزيارة الموقع التالي HealthCare.gov، أو اتصل على الرقم: **1-800-318-2596**. إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف **1-800-318-2596** وأخبر ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: **1-855-889-4325**.

لا تستكمل. ليس هذ طلب.

خطوة رقم 2: شخص رقم 2

أخبرنا عن أي دخل يحصل عليه الشخص رقم 2.
استكمل هذه الصفحة حتى لو كان الشخص رقم 2 لا يحتاج إلى تغطية صحية.

الوظيفة الحالية & معلومات الدخل

◯ **موظف:** إذا كان الشخص رقم 2 موظف حاليًا، أخبرنا عن دخله. ابدأ بالبند 23.

◯ **ير موظف:** تخطَ إلى البند 33.

◯ **يعمل لحسابه الخاص:** تخطَ إلى البند 32.

الوظيفة الحالية 1:

23.اسم صاحب العمل

a.عنوان صاحب العمل

b.المدينة | c.الولاية | d.الرمز البريدي | 24. رقم هاتف صاحب العمل ( ) -

25.الأجور/الحوافز(قبل الضرائب) $ ◯ كل ساعة ◯ كل أسبوع ◯ كل 2 أسبوع ◯ مرتين في الشهر ◯ شهريًا ◯ سنويًا

26.متوسط عدد ساعات العمل كل أسبوع

الوظيفة الحالية 2: (إذا كان الشخص رقم 2 لديه المزيد من الوظائف، أرفق صفحة أخرى من الورق.)

27.اسم صاحب العمل

a.عنوان صاحب العمل

b.المدينة | c.الولاية | d.الرمز البريدي | 28. رقم هاتف صاحب العمل ( ) -

29.الأجور/الحوافز(قبل الضرائب) $ ◯ كل ساعة ◯ كل أسبوع ◯ كل 2 أسبوع ◯ مرتين في الشهر ◯ شهريًا ◯ سنويًا

30.متوسط عدد ساعات العمل كل أسبوع

31. **في العام الماضي، هل قام الشخص رقم 2 بـ:** ◯ تغيير الوظيفة ◯ التوقف عن العمل ◯ بدء العمل لساعات أقل ◯ لا شيء مما سبق

32.**إذا كان الشخص رقم 2 يعمل لحسابه، أجب عن البندين "a" و "b":**

a. نوع العمل:

b.ما هو مقدار صافي الدخل (الأرباح بمجرد دفع تكاليف المشروع) الذي سوف يحصل عليه الشخص رقم 2 من هذا العمل الذي يعمله لحسابه هذا الشهر؟ انظر التعليمات. $

33.**دخل آخر يحصل عليه الشخص رقم 2 هذا الشهر:** املأ كل ما ينطبق، وقدم المبلغ وعدد مرات حصول الشخص رقم 2 عليه. املأ هنا إذا كانت الإجابة لا شيء.. ◯
ملاحظة: لا تحتاج إلى أن تخبرنا حول الدخل الذي يحصل عليه الشخص رقم 2 من دعم الطفل، أو مدفوعات المحاربين القدامى، أو دخل الضمان التكميلي.

◯ غير موظف	$	كم مرة تحصل عليه؟	◯ النفقة المتلقاه	$	كم مرة تحصل عليه؟
◯ المعاش	$	كم مرة تحصل عليه؟	◯ صافي الزراعة/الصيد	$	كم مرة تحصل عليه؟
◯ الضمان الاجتماعي	$	كم مرة تحصل عليه؟	◯ صافي الإيجار/الإتاوات	$	كم مرة تحصل عليه؟
◯ حسابات التقاعد	$	كم مرة تحصل عليه؟	◯ دخل آخر النوع:	$	كم مرة تحصل عليه؟

34. **الاستقطاعات:** املأ كل ما ينطبق، وقدم المبلغ وعدد مرات حصول الشخص رقم 2 عليه. إذا كان الشخص رقم 2 يدفع مقابل أشياء معينة يمكن استقطاعها في إقرار ضريبة الدخل الفدرالي، فإن إخبارنا بها يمكن أن يجعل تكلفة التغطية الصحية أقل قليلًا.أ. **ملاحظة:** ا ينبغي أن تدرج دعم الطفل الذي يدفعه الشخص رقم 2، أو التكلفة المعتبرة بالفعل في إجابته عن صافي العمل لحسابه (سؤال 32 ب).

◯ النفقة المدفوعة	$	كتنى كثرت سـ؟	◯ استقطاعات أخرى النوع:	$	كم مرة تحصل عليه؟
◯ فوائد قرض الطالب	$	كتنى كثرت سـ؟			

35. **أكمل هذا السؤال فقط إذا كان دخل الشخص رقم 2 يتغير أثناء السنة**، كأن يكون يعمل فقط في وظيفة لجزء من السنة أو يتلقى ميزة لأشهر معينة. إذا لم تكن تتوقع تغيرات على دخل الشخص رقم 2 الشهري، تخطى إلى الشخص التالي.

إلدخل الإجمالي للشخص رقم ٢ **هذا العام** $	الدخل الإجمالي للشخص رقم 2 **العام القادم** $

شكرًا! هذا كل ما نحتاج معرفته عن الشخص رقم 2.

هل تحتاج إلى مساعدة في طلبك؟ تفضل بزيارة الموقع التالي HealthCare.gov، أو اتصل على الرقم: **1-800-318-2596**. إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف **1-800-318-2596** وأخبر ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: **1-855-889-4325**.

لا تستكمل. ليس هذ طلب.

خطوة رقم 3: فرد (أفراد) العائلة من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين (NA/IA)

1. **هل أنت أو أحد أفراد عائلتك هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟**
○ **لا. إذا كانت الإجابة بلا**، تابع إلى خطوة رقم 4. ○ **نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، تابع إلى خطوة رقم 4**، وأكمل أيضًا ملحق ب وضمنه مع الطلب.

خطوة رقم 4: تغطية التأمين الصحي لعائلتك

1. **في كل سنة من السنوات التي حصلت فيها على امتياز الإعفاء الضريبي، هل قامت عائلتك بالتقدم للحصول على عائد ضريبي وتسوية اي اعفاءات ضريبية قمت بإستخدامها؟**
○ **نعم، تمت تسوية امتيازات الاعفاءات الضريبية. قم بملئ الدائرة فقط إن انطبق عليك كل مايلي:**
- قمت بإستخدام دفعات مقدمة من امتياز الإعفاء الضريبي (APTC) اثناء واحدة او اكثر من السنوات الماضية للمساعدة في خفض تكاليف التغطية الصحية في سوق التأمين الصحي.
- قام الشخص الذي قدم اقرارك الضريبي بالتقديم للحصول على عائد ضريبي فيدرالي لكل من تلك السنوات.
- قام الشخص او الاشخاص الذين قدموا الاقرار الضريبي بتقديم استمارة مكتب ضريبة الدخل الأمريكي رقم 8962 (**/HealthCare.gov/taxes-reconciling**) مع العائد الضريبي.

2. **هل كان أحد الاشخاص المشمولين في هذا الطلب غير مؤهل للحصول على تأمين Medicaid او برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) خلال خلال الـ 90 يوما الماضية؟**
(اختر نعم فقط في حال كون احد الافراد غير مؤهل للحصول على هذه التغطية بالنسبة لولايتك وليس بالنسبة لسوق التأمين الصحي.) ..... ○ نعم ○ لا
من؟ التاريخ:

أو، هل كان أحد الأشخاص المشملوين في هذا الطلب غير مؤهل للحصول على تأمين Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) بسبب حالة الهجرة الخاصة به خلال الـ 5 سنوات الأخيرة؟..... ○ نعم ○ لا
من؟

هل قام أحد الأشخاص المشمولين في هذا الطلب بالتقدم للحصول على التغطية التأمينية خلال فترة فتح باب الاشتراك في سوق التأمين الصحي أو بعد حدث حياتي ما مؤهل؟ ..... ○ نعم ○ لا
من؟

3. **هل هناك أي فرد مدرج في هذا الطلب قُدم له تغطية صحية من وظيفته؟** أشر على نعم إذا كانت التغطية من وظيفة شخص آخر مثل والد أو زوجة، حتى لو لم يقبلوا التغطية.
○ **نعم.** تابع ثم أكمل ملحق أ. هل هذه خطة مزايا موظفين حكومية؟..... ○ نعم ○ لا
○ **لا.**

4. **هل هناك أي فرد مدرج في تغطية صحية الآن؟**
○ **نعم. إذا كانت الإجابة بنعم**، تابع إلى سؤال رقم 6. ○ **لا.** إذا كانت الإجابة بلا، تخطى إلى خطوة رقم 5.

5. **معلومات حول التغطية الصحية الحالية.** (انسخ نسخة من هذه الصفحة إذا كان هناك أكثر من شخصين لديهم تغطية صحية الآن.)اكتب نوع التغطية مثل تغطية صاحب العمل أو برامج الرعاية الصحية مثل COBRA أو Medicaid أو CHIP أو TRICARE أو VA أو Peace Corps، أو غيرهم.(لا تخبرنا عن TRICARE إذا كان لديك برامج Direct Care أو Line of Duty.)

شخص رقم 1:

اسم الشخص المدرج في التغطية الصحية

نوع التغطية:
○ تأمين صاحب العمل ○ COBRA ○ Medicaid ○ CHIP ○ Medicare ○ TRICARE ○ ببرنامج الرعاية الصحية VA s ○ Peace Corps
○ أخرى

إذا كان تأمين من صاحب العمل: (سوف تحتاج أيضًا إلى استكمال ملحق A)
اسم شركة التأمين الصحي | رقم البوليصة/الهوية

إذا كان نوع آخر من التغطية: ○ قم بملئ الحقل ان كانت هذه تغطية صحية عن طريق سوق التأمين الصحي.
اسم شركة التأمين الصحي | رقم البوليصة/الهويةر

إذا كانت هذه خطة مزايا محدودة، مثل بوليصة حوادث مدرسية؟..... ○ نعم ○ لا

شخص رقم 2:

اسم الشخص المدرج في التغطية الصحية

نوع التغطية:
○ تأمين صاحب العمل ○ COBRA ○ Medicaid ○ CHIP ○ Medicare ○ TRICARE ○ ببرنامج الرعاية الصحية VA s ○ Peace Corps
○ أخرى

إذا كان تأمين من صاحب العمل: (سوف تحتاج أيضًا إلى استكمال ملحق A)
اسم شركة التأمين الصحي | رقم البوليصة/الهوية

إذا كان نوع آخر من التغطية: ○ قم بملئ الحقل ان كانت هذه تغطية صحية عن طريق سوق التأمين الصحي.
اسم شركة التأمين الصحي | رقم البوليصة/الهويةر

إذا كانت هذه خطة مزايا محدودة، مثل بوليصة حوادث مدرسية؟..... ○ نعم ○ لا

هل تحتاج إلى مساعدة في طلبك؟ تفضل بزيارة الموقع التالي **HealthCare.gov**، أو اتصل على الرقم: **1-800-318-2596**. إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف **1-800-318-2596** وأخبر ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: **1-855-889-4325**.

لا تستكمل. ليس هذ طلب.

خطوة رقم 5: موافقتك و توقيعك

1. **هل توافق على السماح لسوق التأمين الصحي MarketPlace باستخدام بيانات الدخل، بما في ذلك معلومات الإقرارات الضريبية لمدة 5 سنوات قادمة؟**..... ◯ نعم ◯ لا

لنجعل الأمور أسهل في تحديد تأهلك للمساعدة على الدفع مقابل التغطية في السنوات المستقبلية، يمكنك الموافقة على السماح لسوق التأمين الصحي Marketplace باستخدام بيانات الدخل المحدثة بما في ذلك معلومات من الإقرارات الضريبية. سوف يرسل سوق التأمين الصحي Marketplace إشعار ويجعلك تقوم بأي تغييرات سوف يقوم سوق التأمين الصحي بإجراء التحقق للتأكد من أنك لا زلت مؤهلًا، وقد يطلب منك تأكيد أن دخلك ما زال يؤهلك. يمكنك الخروج في أي وقت.

إذا كانت الإجابة بلا، حدّث معلوماتي تلقائيًا لمدة قادمة مقدارها:

◯ 5 سنوات ◯ 3 سنوات ◯ 1 سنة ◯ لا تستخدم بيانات الدخل الخاصة بي لتجديد تأهلي للمساعدة على الدفع مقابل التغطية الصحية (يمكن أن يؤثر اختيار هذا الخيار على قدرتك على الحصول على مساعدة لدفع مقابل التغطية عند التجديد.)

◯ 4 سنوات ◯ 2 سنة

2. **هل هناك أي فرد يتقدم للتأمين الصحي في هذا الطلب مقيد الحرية (معتقل أو مسجون)؟**..... ◯ نعم ◯ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، أخبرنا باسم الشخص. اسم الشخص المحبوس هو:

◯ املأ الاسم هنا إذا كان الشخص يواجه تهم نهائية.

إذا تم تسجيل أي شخص مقيد في طلبك في تغطية سوق التأمين الصحي ووجد لاحقًا أنه لديه تغطية تأمينية صحية مؤهلة أخرى (مثل تغطية برنامج Medicare أو Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP)) ، فسوف يتم إنهاء تغطية خطة سوق التأمين الصحي تلقائيًا. سيساعد هذا في التأكد من عدم بقاء أي شخص لديه تغطية تأمينية مؤهلة أخرى مشتركًا في تغطية سوق التأمين الصحي ودفع التكلفة الكاملة.

◯ أنا أوافق على السماح لسوق التأمين الصحي بإنهاء تغطية سوق التأمين الصحي للأشخاص المقيدين في طلبي في تلك الحالة.

◯ أنا لا أمنح سوق التأمين الصحي الإذن لإنهاء تغطية سوق التأمين الصحي في تلك الحالة. وأنا أدرك أن الأشخاص المتأثرين المقيدين في طلبي لن يبقوا مؤهلين للحصول على مساعدة مالية ويجب عليهم دفع التكلفة الكاملة لخطة سوق التأمين الصحي الخاصة بهم.

إذا كان فرد في هذا الطب مؤهل لخطة Medicaid:

- نا أعطي إلى Medicaid حقوق الوكالة في تحصيل وقبض أي أموال من أنظمة التأمين الصحي، أو التسويات القضائية، أو غيرها من التعامل مع الأطراف الخارجية. أنا أعطي أيضًا إلى Medicaid حقوق الوكالة في تعقب الدعم الطبي والحصول عليه من الزوج/الزوجة أو الوالدين.
- هل أي طفل في هذا الطلب لديه والد يعيش خارج المنزل؟..... ◯ نعم ◯ لا
- إذا كانت الإجابة بنعم، سوف يُطلب مني التعاون مع الوكالة التي تجمع الدعم الطبي من الآباء الغائبين. إذا كنت أعتقد أن التعاون في جمع الدعم الطبي سوف يؤذيني أو يؤذي أطفالي، يمكنني أن أخبر Medicaid ويمكنني عدم التعاون.
- میں اس درخواست پر دروغ حلفی کی سزا کے تحت دستخط کررہا/ رہی ہوں ، جس کا مطلب ہے کہ میں نے اپنی بہترین علم کے مطابق سبھی سوالوں کے درست جوابات فراہم کیے ہیں۔ مجھے معلوم ہے کہ اگر میں نے جان بوجھ کرغلط یا جھوٹی معلومات فراہم کی تو میں وفاقی قانون کے تحت جرمانوں کا مستوجب ہوں گا۔
- أنا أعلم أنه يجب علي أن أخبر سوق التأمين الصحي خلال 30 يوم إذا حدثت أي تغييرات (وكانت مختلفة عن) ما كتبته في هذا الطلب. يمكنني زيارة HealthCare.gov أو الاتصال على هاتف 1-800-318-2596 للإبلاغ عن أي تغييرات. أفهم أن التغيير في المعلومات يمكن أن يؤثر على أهليتي وكذلك أهلية فرد (أفراد) بيتي.
- أعلم أنه بموجب القانون الفدرالي، لا يُسمح بالتمييز بناءً على العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس، أو العمر، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الاجتماعية، أو الإعاقة. يمكنني أن أرفع شكوى عن أي تمييز عن طريق زيارة موقع hhs.gov/ocr/office/file
- أعلم أن المعلومات الواردة في هذه الاستمارة سوف تُستخدم فقط لتحديد أهليتك للتغطية الصحية، ومساعدتك على الدفع مقابل التغطية (إن طلب ذلك)، وللأغراض القانونية لسوق التأمين الصحي والبرامج التي تساعد على الدفع مقابل التغطية.

نحن نحتاج إلى هذه المعلومات لنتحقق من أهليتك للمساعدة في الدفع مقابل التغطية الصحية إذا اخترت التقدم. سوف نتحقق من إجاباتك باستخدام المعلومات الواردة في قواعدنا الإليكترونية وقواعد البيانات الواردة من جهاز العوائد الداخلية، والضمان الاجتماعي، ووزارة الأمن الداخلي، و/أو أحد وكالات الإبلاغ عن المستهلكين. إذا لم تتوافق المعلومات التي تقدمها مع هذه المعلومات، قد نطلب منك أن ترسل لنا دليلًا على صدق معلوماتك.

ما الذي ينبغي عليّ فعله إذا كنت أعتقد أن إشعار تحديد الأهلية الخاص به خاطئًا؟

إذا لم تكن توافق على ما تتأهل له، في كثير من الحالات، يمكنك أن تطلب استئناف. يُرجى مراجعة شعار الأهلية الخاص بك للعثور على تعليمات الاستئناف الخاصة بكل شخص في بيتك يستأنف من أجل التغطية، بما في ذلك عدد الأيام التي ينبغي أن تطلب فيها استئناف. فيما يلي معلومات هامة لأخذها في الاعتبار عندما تطلب استئناف:

- يمكن أن تجعل شخص آخر يطلب أو يشارك في استئنافك إذا أردت ذلك. يمكن أن يكون ذلك الشخص صديق أو قريب أو محامي أو فرد آخر. أو يمكنك طلب استئناف والمشاركة فيه بنفسك.
- إذا طلبت استئناف، يمكن أن تكون قادر على الإبقاء على أهليتك للتغطية أثناء انتظار مراجعة استئنافك.
- يمكن أن تغير نتيجة الاستبيان من أهلية الأعضاء الأخرين في بيتك.

للاستئناف على نتائج أهليتك لسوق التأمين الصحي Marketplace، قم بزيارة HealthCare.gov/marketplace-appeals. أو اتصل بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي على الرقم: 1-800-318-2596 . ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: 1-855-889-4325. يمكنك أيضًا أن ترسل نموذج طلب استئناف عن طريق البريد أو ترسل خطاب من صياغتك تطلب فيه استئناف على العنوان التالي Health Insurance Marketplace, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. يمكنك أن تستأنف على أهليتك لشراء التغطية الصحية من خلال التأمين الصحي، وفترات الإدراج، والائتمانات الضريبية، واستقطاعات مشاركة التكلفة، وMedicaid وCHIP إذا تم رفض منحك هذه الأشياء. إذا كنت تتأهل للإعفاءات الضريبية أو استقطاعات مشاركة التكلفة، يمكنك الاستئناف على المبلغ الذي حددت أنك مؤهل له. بناءً على حالتك، يمكن أن تكون قادر على الاستئناف من خلال سوق العمل أو قد يكون عليك أن تطلب استئناف على حالة وكالة Medicaid أو CHIP.

ينبغي على شخص رقم 1 أن يوقع على هذا الطلب. إذا كنت وكيل مخول، يحق لك التوقيع هنا طالما أن الشخص رقم 1 قد وقع على ملحق ج.

التوقيع	تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)
	/ /

إذا كنت توقع هذا الطلب خارج التسجيل المفتوح (والتي هي بين 1 نوفمبر\تشرين الثاني و 15 ديسمبر\كانون الاول)، تأكد من مراجعتك لملحق D ("أسئلة حول تغيرات الحياة").

هل تحتاج إلى مساعدة في طلبك؟ تفضل بزيارة الموقع التالي HealthCare.gov، أو اتصل على الرقم: **1-800-318-2596**. إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف **1-800-318-2596** وأخبر ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: **1-855-889-4325**.

لا تستكمل. ليس هذ طلب.

خطوة رقم 6: أرسل طلبك المستكمل بالبريد

أرسل طلبك الموقع إلى:

Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001

إذا أردت التسجيل للتصويت، يمكنك استكمال نموذج تسجيل مصوت على www.eac.gov

للحصول على المساعدة بلغة اخرى غير الانجليزية

ان كان لديك او لدى شخص تقوم بمساعدته اسئلة بخصوص سوق التأمين الصحي، فلك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون دفع اي تكلفة. للتحدث مع مترجم، اتصل بالرقم **1-800-318-2596**.

اليك قائمة باللغات المتوفرة ونفس الرسالة المذكورة اعلاه بتلك اللغات:

Español (Spanish)

Usted tiene el derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para comunicarse con un intérprete en español relacionado con el Mercado de seguros médicos, llame al 1-800-318-2596.

中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

tiếng Việt (Vietnamese)

Quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên bằng tiếng Việt về Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe, xin gọi số 1-800-318-2596.

한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجانا. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèpretè an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace), rele 1-800-318-2596.

Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace, tumawag sa 1-800-318-2596.

للحصول على المساعدة بلغة اخرى غير الانجليزية (تابع)

Polski (Polish)

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health, Insurance Marketplace), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

Русский (Russian)

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Français (French)

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d'assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

Deutsch (German)

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace" zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કૉલ કરો 1-800-318-2596

Português (Portuguese)

Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem nenhum custo adicional. Para falar com um intérprete de [Português] sobre o Mercado de Seguros de Saúde, ligue para 1-800-318-2596.

Italiano (Italian)

Se voi, o una persona che state aiutando volete chiarimenti mercato delle assicurazioni mediche (Health Insurance Marketplace), avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete potete chiamare il numero 1-800-318-2596

日本語 (Japanese)

ご自身か、もしくはサポートされている誰かがHealth Insurance Marketplaceに問い合わせたい場合は、日本語サポートと情報提供を無料で得る資格を有しています。1-800-318-2596までご連絡いただき、通訳とお話しください。

لا تستكمل. ليس هذ طلب.

Form Approved
OMB No. 0938-1191

ملحق A

التغطية الصحية من الوظائف

لا تحتاج إلى الإجابة على هذه الأسئلة إلا إذا كان شخص ما في بيتك مؤهلًا لتغطية صحية من وظيفته، حتى لو لم يقبل التغطية. أرفق صورة من هذه الصفحة لكل وظيفة تقدم تغطية.

أخبرنا عن الوظيفة التي تقدم التغطية.

أنسخ نسخة من هذه الصفحة وأحضرها معك إلى صاحب العمل الذي يقدم التغطية للمساعدة في الإجابة على هذه الأسئلة.

معلومات صاحب العمل

1. اسم صاحب العمل (الأول، الأوسط، الآخر)

2. اسم صاحب العمل (الأول، الأوسط، الآخر) SSN
___ - __ - ____

معلومات صاحب العمل

3. صاحب العمل\اسم الشركة

4. الرقم التعريفي لصاحب العمل (EIN)
__ - _____

5. رقم هاتف صاحب العمل
(___) ___ - ____

والان، قم بإدخال المعلومات الخاصة بالشخص او القسم الذي يتولى امور مُخَصّصات الموظفين. قد نقوم بالاتصال بهذا الشخص ان احتجنا للمزيد من المعلومات:

6. الشخص او القسم الذي نستطيع الاتصال به بخصوص التغطية الصحية للموظفين

7. عنوان صاحب العمل (قد يُرسل سوق التأمين الصحي اشعارات الى هذا العنوان)

8. المدينة

9. الولاية

10. الرمز البريدي

11. رقم الهاتف (إذا كان مختلفًا عن الهاتف المدرج سابقًا)
(___) ___ - ____

12. عنوان البريد الإليكتروني

13. **هل الموظف مؤهل حاليًا للتغطية المقدمة من جانب صاحب العمل هذا، أو هل سيصبح الموظف مؤهلًا في الشهور الثلاثة القادمة؟**

○ **نعم** (تابع)

a. **ان لم يكن الموظف مؤهلا اليوم، وقد يكون ذلك بسبب الانتظار او لكونه ضمن فترة التجريب، فمتى سيصبح الموظف مؤهلا للحصول على التغطية؟** (اليوم\الشهر\السنة)
__ / __ / ____

○ **كلا (صاحب العمل: توقف** وقم بإعادة هذه الاستمارة الى الموظف.

الموظف: ارجع الى طلبك من اجل تغطية سوق التأمين الصحي.)

b. **هل يُقدم صاحب العمل خطة صحية تغطي زوج\زوجة الموظف واخرين يُعيلهم؟**

○ **نعم. ان كانت الاجابة بنعم،** فمن هم هؤلاء الاشخاص؟ ○ الزوج\الزوجة

○ شخص او اشخاص اخرين يُعيلهم (كالاطفال)

○ **كلا** (اذهب للسؤال رقم 14.)

درج اسماء اي اشخاص اخرين في اسرة الموظف من المؤهلين للحصول على تغطية من خلال هذا العمل.

الاسم

الاسم

الاسم

ابع في الصفحة التالية

لا تستكمل. ليس هذ طلب.

اخبرنا عن التغطية الصحية المُقدمة من قبل صاحب العمل هذا.

14.هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تلبي معيار القيمة الدنيا*؟

◯ **نعم** (انتقل إلى سؤال 15) ◯ **لا** (توقف وارجع إلى هذا النوذج للموظف.)

15. كم ينبغي على الموظف دفعه مقابل أقل خطة في التكلفة مقدمة إلى الموظف فقط وتلبي معيار القيمة الدنيا*؟ لا تدرج الخطط الصحية. ملاحظة: إذا كان صاحب العمل يقدم برامج للصحة، أدخل القسط الذي يدفعه الموظف إذا كان الموظف قد حصل على الحد الأقصى من الخصم لأي برامج توقف عن التدخين ولم يحصل على أي خصومات أخرى بناءً على برامج الصحة.

a. الموظف سيدفع هذا القسط: دولار **$**

ملاحظة: أدخل أقل مبلغ يستطيع الموظف دفعه مقابل التغطية الصحية.

b. الموظف سيدفع هذا المبلغ: ◯ كل أسبوع ◯ كل 2 أسبوع ◯ مرتين في الشهر ◯ مرة في الشهر ◯ ربع سنويًا ◯ سنويًا

ملاحظة: في حال تغيُّر القسط التأميني، ارجع إلينا وحدِّث طلبك.

* تلبي الخطة الصحية معيار الحد الأدنى للقيمة إذا كان يدفع 60% على الأقل من التكلفة الإجمالية للخدمات لعدد قياسي من الناس ويقدم تغطية واسعة لخدمات المستشفيات والأطباء. تلبي معظم الخطط المبنية على الوظائف الحد الأدنى من معيار القيمة.

ملحق B

لا تستكمل. ليس هذ طلب.

Form Approved
OMB No. 0938-1191

ملحق C

المساعدة في تعبئة هذا الطلب

لمستشاري الطلبات المعتمدين، والمرشدين، والوكلاء، والوسطاء فقط.
استكمل هذا القسم إذا كنت مستشار طلبات معتمد، أو مرشد، أو وكيل، أو وسيط تملأ هذا الاستبيان عن شخص آخر.

1. تاريخ بدء الطلب (شهر/يوم/سنة)
___ / ___ / ____

2. الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير واللقب

3. اسم المؤسسة

4. رقم الهوية (إن وجد)

5. الوكلاء/الوسطاء فقط: رقم المُنتِج الوطني

يمكنك اختيار ممثل مخول.
يمكنك أن تعطي شخص مؤتمن إذن بالحديث عن هذا الطلب معنا، ومطالعة المعلومات، والتصرف نيابة عنك في الأمور المتعلقة بهذا الطلب، بما في ذلك الحصول على معلومات حول طلبك والتوقيع على طلبك نيابة عنك. يُسمى هذا الشخص "ممثل مخول". إذا احتجت في أي وقت أن تغير أو تلغي ممثلك المخول، اتصل بسوق التأمين الصحي Marketplace. إذا كنت ممثل معين قانونًا عن شخص ما في هذا الطلب، سلم إثبات على ذلك مع الطلب.

1. اسم الممثل المخول (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

2. العنوان

3. العنوان 2

4. المدينة

5. الولاية

6. الرمز البريدي

7. رقم الهاتف
( ) -

8. اسم المؤسسة

9. رقم الهوية (إن وجد)

بتوقيعك، أنت تسمح لهذا الشخص أن يوقع الطلب، ويحصل على معلومات حول هذا الطلب، ويتصرف نيابة عنك في كل الأمور المستقبلية المتعلقة بهذا الطلب.

10. توقيع الشخص رقم 1 المدرج في هذا الطلب

11. تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)
___ / ___ / ____

لا تستكمل. ليس هذ طلب.

Form Approved
OMB No. 0938-1191

ملحق D

أسئلة حول تغييرات في الحياه

(يجب عليك أن تستكمل باقي هذا الطلب بالإضافة إلى هذه الصفحة. لا تسلّم هذه الصفحة وحدها.)

إذا مرّ أي شخص مقيّد في هذا الطلب بتغيّرات حياتية معينة - مثل فقدان التغطية الصحية أو الزواج أو الإنجاب - خلال الـ 60 يومًا الماضية (أو كان يتوقع حدوث ذلك خلال الـ 60 يومًا التالية)، فقم بالإجابة على الأسئلة التالية. تسمح بعض التغيرات في الحياه ببدء التغطية عن طريق سوق التأمين الصحي في الحال. ونحن نوصي أيضًا بالإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تقدم طلبك في غير فترة فتح باب الاشتراك السنوية.

هذه الأسئلة اختيارية إذا لم تتغير ظروف حياتك، يمكنك ترك الأسئلة فارغة. ويمكنك التسجيل في برنامج Medicaid (ميديكيد) وبرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) (تشيب) في أي وقت خلال العام حتى لو لم تتعرض لتغييرات في الحياه. يمكن لأفراد القبائل المعترف بها فدراليًا ومساهمي الاسكا الأصليين التسجيل في التغطية من خلال سوق العمل في أي وقت من العام.

أخبرنا حول التغيرات في بيتك.

1. هل فقد أي فرد التغطية الصحية المؤهل لها في الـ 60 يوم الماضية، أو توقع فقدان التغطية الصحية المؤهل لها في الـ 60 يوم التالية؟

الاسم (الأسماء)	التاريخ الذي انتهت فيه التغطية أو ستنتهي فيه (شهر/يوم/سنة)
☐ ضع علامة هنا إذا كانت قد انتهت التغطية نتيجة عدم دفع الأقساط التأمينية.	__ / __ / ____

2.هل تزوج أي فرد في الـ 60 شهر الماضية؟

الاسم (الأسماء)	التاريخ (شهر/يوم/سنة)
	__ / __ / ____

a. هل امتلك أي فرد من هؤلاء الناس تغطية صحية مؤهلة في أي وقت في الـ 60 يوم الماضية؟ ..... ○ نعم ○ لا

ان كانت الاجابة بنعم فقم بإدراج اسمه/اسمائهم هنا:

3. هل حُرر أي فرد من الحبس (الاعتقال أو السجن) في الـ 60 يوم الماضية؟

الاسم (الأسماء)	التاريخ (شهر/يوم/سنة)
	__ / __ / ____

4. هل اكتسب أي فرد حالة هجرة شرعية في الـ 60 يوم الماضية؟

الاسم (الأسماء)	التاريخ (شهر/يوم/سنة)
	__ / __ / ____

5. هل تم تبني أي فرد، أو أدرج للتبني، أو أدرج في حضانة في الـ 60 يوم الماضية؟

الاسم (الأسماء)	التاريخ (شهر/يوم/سنة)
	__ / __ / ____

6. هل أصبح أي معيل بسبب دعم الأطفال أو غيرها من قرارات المحكمة في الـ 60 يوم الماضية؟

الاسم (الأسماء)	التاريخ (شهر/يوم/سنة)
	__ / __ / ____

7. هل انتقل أي فرد خلال الـ 60 يومًا الماضية؟

الاسم (الأسماء)	تاريخ الانتقال (شهر/يوم/سنة)
	__ / __ / ____

ما هو الرمز البريدي لعنوانك السابق؟ ○ املأ هنا إذا كنت قد انتقلت من دولة أجنبية أو أراضي تابعة للولايات المتحدة.

a. هل امتلك أي فرد من هؤلاء الناس تغطية صحية مؤهلة في أي وقت في الـ 60 يوم الماضية؟ ..... ○ نعم ○ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، أدخل اسمه (أسمائهم) أدناه:

الاسم (الأسماء)

هل تحتاج إلى مساعدة في طلبك؟ تفضل بزيارة الموقع التالي HealthCare.gov، أو اتصل على الرقم: **1-800-318-2596**. إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف **1-800-318-2596** وأخبر ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: **1-855-889-4325**.