يرجى عدم الاستمرار. فهذا طلب.

Health Insurance Marketplace

09/2014

تم اعتماد النموذج
رقم مكتب الإدارة والميزانية. 0938-1191

طلب للتغطية الصحية ومساعدة دفع التكاليف

تقديم الطلب بسرعة علي الإنترنت

تقديم الطلب بسرعة أكثر علي الإنترنت في موقع HealthCare.gov.

يرجي استخدام هذا الطلب لمعرفة التغطية أنت مؤهل لها

- خطط التأمين الصحي الخاصة بتكلفة ميسرة توفر التغطية الشاملة لتساعدك علي البقاء صحيا.
- ائتمان ضريبي جديد بشأنه المساعدة في الدفع الفوري للأقساط للتغطية الصحية
- تغطية مجانية أو بتكلفة أقل من ميديكيد أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (شيب).

قد تكون مؤهلا لبرنامج مجاني أو بتكلفة منخفضة، حتي لو كنت تكسب إلي 95،400 دولار أمريكي كل سنة (لأسرة 4 أفراد).

من يستطيع استخدام هذا الطلب؟

- يرجي استخدام هذا الطلب لتقديم الطلب لأي فرد في أسرتك.
- **يرجي تقديم الطلب حتي لو كنت أو طفلك يتمتعان بالتغطية الصحية. قد تكون مؤهلا لتغطية مجانية أو ذات تكلفة منخفضة.**
- وإن كنت أعزب، بإمكانك استخدام نموذج قصير. يرجي زيارة HealthCare.gov.
- الأسر التي تشمل المهاجرين بإمكانها تقديم الطلب. بإمكانك تقديم الطلب لطفلك حتي ولو كنت غير مؤهل للتغطية. لن يكون لتقديم الطلب أثر علي وضع الهجرة الخاصة بك أو الفرص لتكون مقيما دائما أو مواطنا.
- إذا كان احد يساعدك في ملأ هذا الطلب، قد تحتاج إلي إتمام ملحق ج.

ماذا قد تحتاج إليه لتقديم الطلب؟

- أرقام الضمان الاجتماعي (أرقام المستندات لأي مهاجر مؤهل يحتاج إلي التغطية).
- معلومات عن الدخل وصاحب العمل لكل فرد في أسرتك (مثلا، قسائم الدفع، نماذج دبليو2-، أو بيانات الأجور والضرائب).
- أرقام البوليصة للتأمين الصحي الحالي.
- معلومات عن التأمين الصحي المتعلق بالوظيفة المتوفرة لأسرتك.

لماذا نسئل عن هذه المعلومات؟

نحن نسأل عن الدخل والمعلومات الأخري لإخبارك عن التغطية التي أنت مؤهل لها وهل يمكن لك الحصول علي أي مساعدة للدفع عنها. **نحن نقوم بتخزين هذه المعلومات خاصة ومأمونة، حسب مقتضي القانون. لمشاهدة بيان قانون الخصوصية، يرجي زيارة** HealthCare.gov أو الرجوع إلي الهدايات.

ماذا يحدث بعد ذلك؟

يرجي إرسال الطلب الكامل والموقع إلي العنوان المذكور علي صحفة 7. **إذا كان لا يوجد لديك تمام المعلومات التي نسئل عنها، يرجي التوقيع وإرسال الطلب في أي حال.** سنتابع معك خلال أسبوع أو أسبوعين, وقد تستلم اتصالا من ماركت بليس لو كنا في حاجة إلي مزيد من المعلومات. أنت ستستلم رسالة تحديد الأهلية في البريد بعد أن تمت معالجة الطلب. إذا لم تسمع شيئا عنا، يرجي الاتصال بمركز الاتصالات لماركت بليس. إن عملية ملأ هذا الطلب لا تعني لازم عليك شراء التغطية الصحية.

أحصل علي مساعدة مع هذا الطلب.

- علي الإنترنت: HealthCare.gov.
- هاتف: يرجي الاتصال بمركز الاتصالات لماركت بليس برقم **1-800-318-2596. يجب على مستخدمي TTY أن يتصلوا على 1-855-889-4325.**
- شخصيا: قد يكون هناك مستشارون في منطقك لمساعدتك. يرجي زيارة HealthCare.gov, أو الاتصال بمركز الاتصالات لماركت بليس برقم **1-800-318-2596** لمزيد من المعلومات.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596.**
- للغات الأخري: إذا كنت في حاجة إلي المساعدة في لغة غير للغة الانجليزية، يرجي الاتصال **1-800-318-2596** وإخبار ممثل خدمة العملاء عن اللغة التي تحتاج المساعدة فيها. ستحصل حينها على المساعدة مجاناً بدون أي تكاليف.

بيان الكشف عن قانون تخفيض العمل الورقي: حسب قانون تخفيض العمل الورقي لسنة 1995، لا يطلب من الأشخاص الإجابة لمجموعة من الأسئلة حتي أنها تعرض رقم مراقبة مكتب الإدارة والميزانية الصالح. إن رقم مراقبة مكتب الإدارة والميزانية الصالح لمجموعة هذه المعلومات هو 0938-1191. يقدر الوقت اللازم لإتمام جمع هذه المعلومات بمتوسط 45 دقيقة لكل رد، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات والبحث في موارد البيانات المتوفرة وجمع البيانات اللازمة، واستكمال ومراجعة جمع المعلومات. إذا كان لديك تعليقات بشأن دقة تقدير الوقت أو اقتراحات حول تحسين هذا النموذج، يرجي الكتابة إلي: سي ايم ايس، 7500 Security Boulevard – للانتباه إلي: موظف تخليص تقارير بي آر اي، Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

يرجي الطباعة في الحروف الكبيرة استخداما الحبر الأسود أو الأزرق الداكن فقط.
يرجي ملأ الحلقات(○) مثل هذا ← ●.

خطوة 1: أخبرنا شيئا عنك.

(نحتاج إلي شخص بالغ في أسرتك ليكون شخص الاتصال لطلبك.)

1. الإسم الأول	الإسم الأوسط	إسم العائلة	لاحقة

2. عنوان المنزل (اتركه فارغا إذا لم يكن متوفرا لديك.)	3. رقم الشقة أو الجناح

4. المدينة	5. الولاية	6. الرمز البريدي	7. المقاطعة، الدائرة، البلدة

8. العنوان البريدي (إذا كان مختلفا من عنوان المنزل)	9. رقم الشقة أو الجناح

10. المدينة	11. الولاية	12. الرمز البريدي	13. المقاطعة، الدائرة، البلدة

14. رقم الهاتف خلال النهار	15. رقم الهاتف خلال المساء
( ) –	( ) –

16. هل ترغب في استلام المعلومات عن هذا الطلب عبر البريد الالكتروني؟..... ○ نعم ○ لا

البريد الالكتروني:

17. ماهي اللغة المنطوقة المفضلة لديك؟ماهي اللغة المكتوبة المفضلة لديك؟

خطوة 2: أخبرنا شيئا عن أسرتك.

من تريد أن تشملهم في هذا الطلب؟

يرجي إتمام صفحات خطوة 2 لكل شخص في أسرتك أو منزل، حتي إذا كان الشخص لديه التغطية الصحية من قبل. تساعدنا المعلومات في هذا الطلب للتأمين بأن يحصل كل شخص علي أحسن التغطية الأنسب لهم. إن كمية المساعدة أو نوع البرنامج الذي أنت مؤهل له يعتمد علي عدد الأشخاص في أسرتك أو دخلهم. إذا لم تشمل أحدا، حتي إذا كان لديهم التغطية الصحية من قبل، قد تتأثر بهذا نتائج الأهلية الخاصة بك.

للبالغين الذين يحتاجون إلي التغطية:

يرجي أن تشمل هؤلاء الأفراد حتي إذا كانوا لا يقدمون الطلب للتغطية الصحية بأنفسهم:

- أي زوج
- أي ابن أو بنت تحت سن 21 سنة الذين يعيشون معك، بما يشمل أولاد زوجك
- أي شخص آخر في نفس الإقرار الضريبي الفيدرالي (بما يشمل الأطفال فوق سن 21 سنة الذين تمت المطالبة عنهم في الإقرار الضريبي الخاص بالأبوين). أنت لا تحتاج إلي تقديم الإقرار الضريبي للحصول علي التغطية الصحية.

للأطفال دون سن 21 الذين يحتاجون إلي التغطية:

يرجي أن تشمل هؤلاء الأفراد حتي إذا كانوا لا يقدمون الطلب للتغطية الصحية بأنفسهم:

- أي من الأبوين (أو زوج أحد الأبوين) يعيش معك
- أي من الأخوة يعيشون معك
- أي ابن أو إبنة يعيشون معك، بما يشمل أولاد زوجك
- أي شخص آخر مذكور علي نفس الإقرار الضريبي الفيدرالي. أنت لا تحتاج إلي تقديم الإقرار الضريبي للحصول علي التغطية الصحية.

يرجي إتمام خطوة 2 لكل شخص في أسرتك.

ابدأ من نفسك، ثم أضف البالغين والأطفال الآخرين. إذا كان أكثر من شخصين في أسرتك، ستحتاج إلي نسخ هذه الصفحات وإرفاقها.

أنت لا تحتاج إلي تقديم وضع الهجرة أو رقم الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة الذين لا يحتاجون إلي التغطية الصحية. نحن نقوم بتخزين هذه المعلومات خاصة ومأمونة، حسب مقتضي القانون. نحن سنستخدم المعلومات الخاصة فقط للتحقق عن أهليتك للتغطية الصحية.

يرجى عدم الاستمرار. فهذا طلب.

خطوة 2: شخص 1 (إبدأ من نفسك.)

يرجي تكميل خطوة 2 لنفسك، زوجك/شريكك وأولادك الذين يعيشون معك، و/أو أي شخص مذكور في إقرار بضريبة الدخل الفيدرالية، إن كنت تقدم. يرجي مشاهدة صفحة رقم 1 لمزيد من المعلومات عمن يمكن أن تشملهم. إذا كنت لا تقدم إقرار بضريبة الدخل، مع ذلك يرجي الذكر لإضافة أفراد الأسرة الذين يعيشون معك.

1. الإسم الأول | الإسم الأوسط | إسم العائلة | لاحقة

2. العلاقة مع الشخص 1؟ ذاتيا

3. هل أنت متزوج؟ ○ نعم ○ لا

4. تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) / /

5. جنس ○ ذكر ○ انثي

6. رقم الضمان الاجتماعي (ايس ايس اين) - -

نحن نحتاج إليه إذا كنت تريد التغطية الصحية ويوجد لديك رقم الضمان الاجتماعي. حتى إذا كنت لا تريد الحصول على التأمين الصحي لنفسك، فإن توفير رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك يمكن أن يكون مفيدًا لأنه سيساعد في تسريع عملية تقديم الطلب. نحن نستعمل أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق عن الأهلية للتغطية عن طريق المركز التجاري، إذا قدمت الطلب، للمساعدة في تكاليف التغطية. للمساعدة في الحصول علي رقم الضمان الاجتماعي، يرجي الاتصال بمكتب الضمان الاجتماعي بـ 1-800-772-1213, أو زيارة الموقع **socialsecurity.gov**. يجب على مستخدمي TTY أن يتصلوا على 1-800-325-0778.

7. **هل تخطط تقديم الإقرار بضريبة الدخل الفيدرالية في السنة القادمة؟** بإمكانك تقديم الطلب للتغطية حتي لو كنت لا تقدم إقرار بضريبة الدخل الفيدرالية.

○ **نعم. إذا كان نعم,** يرجي إجابة الأسئلة من أ إلي ج. ○ **لا. إذا كان لا,** يرجي التخطي إلي سؤال ج.

أ. هل ستقدم بالاشتراك مع زوجك؟ ..... ○ نعم ○ لا

إذا كان نعم, يرجي كتابة إسم الزوج:

ب. هل ستطالب بأي أشخاص معالين على الإقرار الضريبي الخاص بك؟ ..... ○ نعم ○ لا

إذا كان نعم, يرجي ذكر اسم (أسماء) المعالين:

ج. هل سيطالب عنك كمعال علي الإقرار الضريبي لأي شيخص آخر؟ ..... ○ نعم ○ لا

إذا كان نعم, يرجي ذكر اسم مقدم الإقرار الضريبي: ماهي علاقتك بمقدم الإقرار الضريبي؟

8. هل أنت حامل؟ ..... ○ نعم ○ لا أ. **إذا كان نعم,** كم عدد الأطفال المتوقع من هذا الحمل؟

9. **هل تحتاج إلي التغطية الصحية؟** حتي إذا كان لديك التغطية، قد يكون هناك برنامج أحسن للتغطية أو بتكلفة أقل..

○ **نعم . إذا كان نعم** , يرجي إجابة جميع الأسئلة المذكورة أدناه. ○ **لا. إذا كان لا,** تخطي إلي أسئلة الدخل علي صفحة 3. يرجي ترك باقي هذه الصحفة غير معبئة.

10. هل يوجد لديك أي حالات طبية خاصة جسمية، ذهنية أو عاطفية تحدد لك الأنشطة (مثل الاستحمام، ارتداء الملابس، أعمال منزلية يومية وغيرها.) أو تعيش في منشأة طبية أو دار الرعاية الطبية؟ ..... ○ نعم ○ لا

11. هل أنت مواطن أمريكي أو تحمل جنسية أمريكية؟ ..... ○ نعم ○ لا

12. هل أنت مواطن **متجنس** أو **مشتق؟** (هذا يعني عموما بأنك ولدت خارج الولايات المتحدة الأمريكية.)

○ **نعم . إذا كان نعم** , يرجي إتمام أ و ب. ○ **لا. إذا كان لا,** يرجي المواصلة إلي سؤال 13.

أ. رقم أجنبي: ب. رقم الشهادة:

بعد إتمام أ و ب، يرجي التخطي إلي سؤال 14.

13. **إذا لم تكن مواطن أمريكي أو تحمل جنسية أمريكية,** هل يوجد لديك وضع الهجرة المؤهلة؟ ○ **نعم.** يرجي إدخال نوع الوثيقة و رقم المعرف. يرجي مشاهدة الهدايات.

نوع وثيقة الهجرة | نوع الوضع (اختياري) | يرجي كتابة إسمك كماهو مكتوب علي وثيقة الهجرة الخاصة بك.

أجنبي أو رقم 1-94 | رقم البطاقة أو رقم جواز سفر

معرف SEVIS أو تاريخ الانتهاء (اختياري) | أخري (رمز الفئة أو بلد الإصدار)

أ. هل أقمت في الويالات المتحدة الأمريكية منذ 1996 ..... ○ نعم ○ لا

ب. هل أنت، أو زوجك أو أحد أبويك جندي قديم أو عضو في الخدمة الفعالة في الجيش الأمريكي؟ ..... ○ نعم ○ لا

14. هل تحتاج إلي مساعدة في دفع الفواتير الطبية منذ 3 أشهر أخيرة؟ ..... ○ نعم ○ لا

15. هل تعيش مع طفل واحد علي الأقل دون سن 19، وهل أنت الشخص الرئيسي تعتني برعاية هذا الطفل؟

(يرجي تحديد "نعم" إذا كنت أو زوجك تأخذ رعاية هذا الطفل.) ..... ○ نعم ○ لا

16. يرجي ذكر أسماء الأطفال دون سن 19 وعلاقتك معهم الذين يعيشون معك في منزلك:

17. هل أنت طالب بدوام كامل؟ ..... ○ نعم ○ لا

18. هل كنت في الحضانة في سن 18 أو أكثر؟ ..... ○ نعم ○ لا

اختياري: (يرجي ملأ كل ما هو يتطبق عليك.)

19. **من أصل اسباني/لاتيني:** ○ مكسيكي ○ مكسيكي أمريكي ○ الشيكانو/أ ○ بورتوريكو ○ كوبي ○ آخر _____

20. **عرق:** ○ أبيض ○ أسود أو أفريقي أمريكي ○ الهنود الحمر أو ساكن ألاسكا الأصلي ○ فلبينو ○ ياباني ○ كوري ○ آسيوي هندي ○ صيني ○ فيتنامي ○ آسيوي آخر ○ سكان هاواي الأصلي ○ غوامينيو أو تشامورو ○ سامو ○ آخر من جزر المحيط الهادئ ○ آخر _____

هل أنت بحاجة للمساعدة أثناء تقديم الطلب الخاص بك؟ قم بزيارة HealthCare.gov, أو اتصل بنا على الرقم **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية, فاتصل بالرقم **1-800-318-2596** واطلب من ممثل خدمة العملاء اللغة التي تحتاج إليها. ستحصل حينها على المساعدة مجاناً بدون أي تكاليف. يجب على مستخدمي TTY أن يتصلوا على **1-855-889-4325**.

يرجى عدم الاستمرار. فهذا طلب.

خطوة 2: شخص 1 (متابعة مع نفسك.)

الوظيفة الحالية و المعلومات عن الدخل

○ موظف: إذا أنت موظف حاليا، أخبرنا عن دخلك. ابدأ من سؤال 21.

○ غير موظف: يرجي تخطي إلي سؤال 31.

○ موظف لحسابك الخاص: يرجي تخطي إلي سؤال 30.

وظيفة حالية 1:

21. إسم صاحب العمل

أ. عنوان صاحب العمل

ب. مدينة | ج. ولاية | د. رمز بريدي | 22. رقم الهاتف لصاحب العمل ( ) –

23. أجور/بقشيش (قبل الضرائب) $ ○ كل ساعة ○ أسبوعيا ○ كل أسبوعين ○ مرتين في شهر ○ شهريا ○ سنويا

24. متوسط ساعات العمل أسبوعيا

وظيفة حالية 2: (إذا كان لديك وظائف إضافية وتحتاج إلي مساحة إضافية، يرجي إرفاق ورقة أخري.)

25. إسم صاحب العمل

أ. عنوان صاحب العمل

ب. مدينة | ج. ولاية | د. رمز بريدي | 26. رقم الهاتف لصاحب العمل ( ) –

27. أجور/بقشيش (قبل الضرائب) $ ○ كل ساعة ○ أسبوعيا ○ كل أسبوعين ○ مرتين في شهر ○ شهريا ○ سنويا

28. متوسط ساعات العمل أسبوعيا

29. **في الماضي، هل قمت بـ:** ○ تغيير الوظائف ○ وقف العمل ○ بدء العمل لساعات أقل ○ لا شيء مما سبق

30. **إذا كنت موظفا لحسابك الخاص، يرجي إجابة أ و ب:**

أ. نوع العمل:

ب. ماهو صافي الدخل (أرباح بعد دفع النفقات التجارية) الذي ستكسبه من هذه الوظيفة لحسابك هذا الشهر؟ يرجي مشاهدة الهدايات. $

31. **دخل آخر تكسبه هذا الشهر:** يرجي ملأ كل ما يطبق عليك، وتوفير المبلغ وعدد المرات تكسبه. يرجي التحديد هنا إذا لا يوجد. ☐

الملاحظة: لا يلزمك إخبارنا عن دخل من دعم الطفل، ودفعات المحاربين القدماء، أو دخل الضمان التكميلي (SSI).

○ البطالة $ كم مرة؟ | ○ تم تلقي النفقة $ كم مرة؟

○ معاش $ كم مرة؟ | ○ صافي الزراعة/الصيد $ كم مرة؟

○ الضمان الاجتماعي $ كم مرة؟ | ○ صافي تأجير/حقوق الملكية $ كم مرة؟

○ معاش حسابات $ كم مرة؟ | ○ دخل آخر نوع: $ كم مرة؟

32. **خصومات:** يرجي ملأ كل ما هو يطبق، وذكر المبالغ وكم مرة تدفعها. إذا كنت تدفع لأشياء خاصة لا يمكن خصمها في الإقرار الضريبي الفيدرالي، فذكرها لنا قد تجعل تكلفة التغطية الصحية أقل بقليل.

الملاحظة: لا ينبغي لك أن تشمل دعم الطفل الذي تدفعه، أو تكلفة تم النظر فيها في جوابك لـصافي الوظيفة لحسابك الخاص (سؤال 30ب).

○ تم دفع النفقة $ كم مرة؟ | ○ خصومات أخري نوع: $ كم مرة؟

○ قرض الطالب فائدة $ كم مرة؟

33. **يرجي إتمام هذا السؤال إذا تغير الدخل خلال السنة {257، مثلا إذا عملت في وظيفة لجزء من السنة فقط وحصلت علي فوائد شهور خاصة.** إذا كنت لا تتوقع تغييرات في دخلك الشهر، يرجي تخطي إلي شخص قادم.

إجمالي دخلك **لهذه السنة** $

إجمالي دخلك **لسنة قادمة** (إذا كنت تعتقد أنه سيكون مختلفا) $

شكرا ! هذا كل ما نريد أن نعرف عنك.

هل أنت بحاجة للمساعدة أثناء تقديم الطلب الخاص بك؟ قم بزيارة HealthCare.gov, أو اتصل بنا على الرقم **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية, فاتصل بالرقم **1-800-318-2596** واطلب من ممثل خدمة العملاء اللغة التي تحتاج إليها. ستحصل حينها على المساعدة مجاناً بدون أي تكاليف. يجب على مستخدمي TTY أن يتصلوا على **1-855-889-4325**.

يرجى عدم الاستمرار. فهذا طلب.

خطوة 2: شخص 2

ملاحظة: إذا كان هذا الشخص لا يحتاج إلي التغطية الصحية، يرجي إجابة الأسئلة 1-10 فقط علي علي هذه الصفحة.
يرجي نسخ الصفحات 4-5 إذا كان هناك أكثر من شخصين في منزلك.

يرجي إتمام هذه الصفحة لزوجك/شريكك والأطفال الذين يعيشون معك، أو أي شخص آخر علي نفس الإقرار الضريبي الفيدرالي إذا كنت تقدمه. إذا كنت لا تقدم الإقرار الضريبي، يرجي الذكر بإضافة جميع أعضاء الأسرة الذين يعيشون معك. يرجي الرجوع إلي صفحة 1 لمزيد من المعلومات عمن تشملهم.

1. الإسم الأول | إسم الوسط | إسم العائلة | لاحقة

2. العلاقة مع الشخص 1؟ يرجي الرجوع إلي الهدايات.

3. هل الشخص 2 متزوج؟ ○ نعم ○ لا

4. تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) / /

5. جنس ○ ذكر ○ انثي

6. رقم الضمان الاجتماعي (ايس ايس اين) - -

نحن نحتاج إليه إذا كنت تريد التغطية الصحية لشخص 2, ويوجد لدي الشخص 2 رقم الضمان الاجتماعي.

7. هل يسكن الشخص 2 في نفس العنوان كما هو للشخص 1؟ ○ نعم ○ لا

إذا كان جوابك بلا, يرجي ذكر العنوان:

8. **هل يخطط الشخص 2 تقديم الإقرار بضريبة الدخل الفيدرالية في السنة القادمة؟** (بإمكانك تقديم الطلب للتغطية حتي ولو كان الشخص 2 لا يقدم إقرار بضريبة الدخل الفيدرالية.)

○ **نعم. إذا كان نعم,** يرجي إجابة الأسئلة من أ إلي ج. ○ **لا. إذا كان لا, يرجي التخطي إلي سؤال ج.**

أ. هل سيقدم الشخص 2 بالاشتراك مع زوج؟ ○ نعم ○ لا

إذا كان نعم, يرجي كتابة إسم الزوج:

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

إذا كان نعم, يرجي ذكر اسم (أسماء) المعالين:

ج.هل سيطالب عن الشخص 2 كمعال علي الإقرار الضربي لأي شخص آخر؟ ○ نعم ○ لا

إذا كان نعم, يرجي ذكر اسم مقدم الإقرار الضريبي: | ماهي علاقة الشخص 2 بمقدم الإقرار الضريبي؟

9. هل الشخص 2 حامل؟ ○ نعم ○ لا أ. **إذا كان نعم,** كم عدد الأطفال المتوقع من هذا الحمل؟

10. **هل يحتاج الشخص 2 إلي التغطية الصحية؟** (حتي إذا كان لدي الشخص 2 التغطية، قد يكون هناك برنامج أحسن للتغطية أو بتكلفة أقل.)

○ **نعم. إذا كان نعم,** يرجي إجابة جميع الأسئلة المذكورة أدناه. ○ **لا. إذا كان لا,** تخطي إلي أسئلة الدخل علي صفحة 5. يرجي ترك باقي هذه الصحفة غير معبئة.

11. هل يوجد لدي الشخص 2 أي حالات طبية خاصة جسمية، ذهنية أو عاطفية تحدد له/ها الأنشطة (مثل الاستحمام، ارتداء الملابس، أعمال منزلية يومية وغيرها) أو يعيش في منشأة طبية أو دار الرعاية الطبية؟ ○ نعم ○ لا

12. هل الشخص 2 مواطن أمريكي أو تحمل جنسية أمريكية؟ ○ نعم ○ لا

13. هل الشخص 2 مواطن متجنس أو مشتق؟ (هذا يعني عموما بأنهم ولدوا خارج الولايات المتحدة الأمريكية.)

○ **نعم . إذا كان نعم,** يرجي إتمام أ و ب. ○ **لا. إذا كان لا, يرجي المواصلة إلي سؤال 14.**

أ. رقم أجنبي | ب. رقم الشهادة

بعد إتمام أ و ب, يرجي التخطي إلي سؤال 15.

14. **إذا لم يكن الشخص 2 مواطن أمريكي أو يحمل جنسية أمريكية,** هل يوجد لديه وضع الهجرة المؤهلة؟ ○ **نعم.** يرجي إدخال نوع الوثيقة و رقم الهوية. يرجي مشاهدة الهدايات.

نوع وثيقة الهجرة: | نوع الوضع (اختياري): | يرجي كتابة إسم الشخص 2 كما هو مكتوب علي وثيقة الهجرة الخاصة به.

أجنبي أو رقم 94-1 | رقم البطاقة أو رقم جواز سفر

معرف SEVIS أو تاريخ الانتهاء (اختياري) | أخري (رمز الفئة أو بلد الإصدار)

أ. هل أقام الشخص 2 في الويالات المتحدة الأمريكية منذ 1996؟ ○ نعم ○ لا

ب. هل الشخص 2، أو زوجه أو أحد أبويه جندي قديم أو عضو في الخدمة الفعالة في الجيش الأمريكي؟ ○ نعم ○ لا

15. هل يحتاج الشخص 2 إلي مساعدة في دفع الفواتير الطبية منذ 3 أشهر أخيرة؟ ○ نعم ○ لا

16. هل يعيش الشخص 2 مع طفل واحد علي الأقل دون سن 19، وهل الشخص 2 هو الشخص الرئيسي يعتني برعاية هذا الطفل؟ (يرجي تحديد "نعم" إذا كان الشخص 2 أو زوجه تأخذ رعاية هذا الطفل.) ○ نعم ○ لا

17. يرجي ذكر أسماء الأطفال دون سن 19 وعلاقة الشخص 2 معهم الذين يعيشون معه في منزله: (يمكن أن يكون نفس الأطفال الذين تم ذكرهم في الصفحة 2.)

18. هل كان الشخص 2 في الحضانة في سن 18 أو أكثر؟ ○ نعم ○ لا

يرجي الإجابة عن الأسئلة إذا كان الشخص 2 يبلغ من عمره 22 سنة أو أقل:

19.هل كان لدي الشخص 2 التأمين من جانب الوظيفة وخسره خلال 3 أشهر الماضية؟ ○ نعم ○ لا

أ. **إذا كان نعم,** تاريخ الانتهاء: / / | ب. سبب انتهاء التأمين:

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

اختياري: (يرجي ملأ كل ما هو ينطبق.)

21. **إذا من أصل اسباني/لاتيني:** ○ مكسيكي ○ مكسيكي أمريكي ○ الشيكانو/أ ○ بورتوريكو ○ كوبي ○ آخر _____

22. **عرق:** ○ أبيض ○ أسود أو أفريقي أمريكي ○ الهنود الحمر أو ساكن ألاسكا الأصلي ○ فلبينو ○ ياباني ○ كوري ○ آسيوي هندي ○ صيني ○ فيتنامي ○ آسيوي آخر ○ سكان هاواي الأصلي ○ غوامينيو أو تشامورو ○ سامو ○ آخر من جزر المحيط الهادئ ○ آخر _____

هل أنت بحاجة للمساعدة أثناء تقديم الطلب الخاص بك؟ قم بزيارة HealthCare.gov, أو اتصل بنا على الرقم **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية, فاتصل بالرقم **1-800-318-2596** واطلب من ممثل خدمة العملاء اللغة التي تحتاج إليها. ستحصل حينها على المساعدة مجاناً بدون أي تكاليف. يجب على مستخدمي TTY أن يتصلوا على **1-855-889-4325**.

يرجى عدم الاستمرار. فهذا طلب.

خطوة 2: شخص 2

أخبرنا عن أي دخل يكسبه الشخص 2.
يرجي إتمام هذه الصفحة حتي ولوكان الشخص 2 لا يحتاج إلي التغطية الصحية.

الوظيفة الحالية و المعلومات عن الدخل

○ موظف: إذا كان الشخص 2 موظفا حاليا, أخبرنا عن دخله/ها. ابدأ من سؤال 23.

○ غير موظف: يرجي تخطي إلي سؤال 33.

○ موظف لحسابه الخاص: يرجي تخطي إلي سؤال 32.

وظيفة حالية 1:

23. إسم صاحب العمل

أ. عنوان صاحب العمل

ب. مدينة | ج. ولاية | د. رمز بريدي | 24. رقم الهاتف لصاحب العمل ( ) –

25. أجور/بقشيش (قبل الضرائب) $ ○ كل ساعة ○ أسبوعيا ○ كل أسبوعين ○ مرتين في شهر ○ شهريا ○ سنويا

26. متوسط ساعات العمل أسبوعيا

وظيفة حالية 2: (إذا كان لدي شخص 2 وظائف إضافية وتحتاج إلي مساحة إضافية، يرجي إرفاق ورقة أخري.)

27. إسم صاحب العمل

أ. عنوان صاحب العمل

ب. مدينة | ج. ولاية | د. رمز بريدي | 28. رقم الهاتف لصاحب العمل ( ) –

29. أجور/بقشيش (قبل الضرائب) $ ○ كل ساعة ○ أسبوعيا ○ كل أسبوعين ○ مرتين في شهر ○ شهريا ○ سنويا

30. متوسط ساعات العمل أسبوعيا

31. **في العام الماضي، هل قام الشخص 2 بـ:** ○ تغيير الوظائف ○ وقف العمل ○ بدء العمل لساعات أقل ○ لا شيء مما سبق

32. **إذا كان الشخص 2 موظفا لحسابه الخاص، يرجي الإجابة عن الأسئلة المذكورة أدناه:**

أ. نوع العمل:

ب. ماهو صافي الدخل (أرباح بعد دفع النفقات التجارية) الذي ستكسبه من هذه الوظيفة لحسابه هذا الشهر؟ يرجي مشاهدة الهدايات. $

33. **دخل آخر يكسبه الشخص 2 هذا الشهر:** يرجي ملأ كل ما يطبق ، وتوفير المبلغ وعدد المرات يكسبه. يرجي التحديد هنا إذا لا يوجد. ☐

الملاحظة: لا يلزمك إخبارنا عن دخل الشخص 2 من دعم الطفل، ودفعات المحاربين القدماء، أو دخل الضمان التكميلي (SSI).

○ البطالة	$	كم مرة؟	○ تم تلقي النفقة	$	كم مرة؟
○ معاش	$	كم مرة؟	○ صافي الزراعة/الصيد	$	كم مرة؟
○ الضمان الاجتماعي	$	كم مرة؟	○ صافي تأجير/حقوق الملكية	$	كم مرة؟
○ معاش حسابات	$	كم مرة؟	○ دخل آخر نوع:	$	كم مرة؟

34. **خصومات:** يرجي ملأ كل ما هو يطبق، وذكر المبالغ وكم مرة يكسبها الشخص 2. إذا كان الشخص 2 يدفع لأشياء خاصة لا يمكن خصمها في الإقرار الضريبي الفيدرالي، فذكرها لنا قد تجعل تكلفة التغطية الصحية أقل بقليل.

الملاحظة: لا ينبغي لك أن تشمل دعم الطفل الذي يدفعه الشخص 2، أو تكلفة تم النظر فيها في الجواب لـصافي الوظيفة لحسابه الخاص (سؤال 32ب).

○ تم دفع النفقة	$	كم مرة؟	○ خصومات أخري نوع:	$	كم مرة؟
○ قرض الطالب فائدة	$	كم مرة؟			

35. **يرجي إتمام هذا السؤال إذا تغير الدخل لشخص 2 خلال السنة,** مثلا إذا عمل الشخص 2 في وظيفة لجزء من السنة فقط وحصل علي فوائد شهور خاصة. إذا كنت لا تتوقع تغييرات في الدخل الشهري للشخص ٢، يرجي تخطي إلي شخص قادم.

إجمالي الدخل للشخص ٢ **لهذه السنة** $	إجمالي الدخل للشخص ٢ **لسنة قادمة** $

شكرا ! هذا كل ما نريد أن نعرف عن شخص 2.

هل أنت بحاجة للمساعدة أثناء تقديم الطلب الخاص بك؟ قم بزيارة HealthCare.gov, أو اتصل بنا على الرقم **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية, فاتصل بالرقم **1-800-318-2596** واطلب من ممثل خدمة العملاء اللغة التي تحتاج إليها. ستحصل حينها على المساعدة مجاناً بدون أي تكاليف. يجب على مستخدمي TTY أن يتصلوا على **1-855-889-4325**.

يرجى عدم الاستمرار. فهذا طلب.

خطوة 3: الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين (AI/AN) من أفراد أسرتك

1. هل أنت أو أحد أفراد أسرتك من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين؟

○ **لا. إذا لم يكن أحد,** يرجي المواصلة إلي خطوة 4. ○ **نعم. إذا كان جوابك نعم,** يرجي المواصلة إلي خطوة 4 مع تكميل الملحق ب والإرفاق مع الطلب.

خطوة 4: التغطية الصحية لأسرتك

1. **هل هناك أي شخص مدرج في هذا الطلب يحصل علي التغطية الصحية من جانب الوظيفة؟**
يرجي التحديد حتي إذا كانت التغطية تأتي من وظيفة شخص آخر مثل أحد الأبوين أو الزوج، حتي إذا لم يقبلوا هذه التغطية.

○ **نعم. المواصلة ثم إتمام ملحق أ. هل هذه خطة فائدة خاصة بموظفي الولاية؟** ..... ○ نعم ○ لا
○ **لا.**

2. **هل هناك أحد مدرج في هذه التغطية الصحية الآن؟**
○ **نعم. إذا كان نعم,** يرجي المواصلة إلي سؤال 3.
○ **لا. إذا كان لا,** يرجي التخطي إلي خطوة 5.

3. **المعلومات عن التغطية الصحية الحالية.** *(يرجي نسخ هذ الصحفة إذا كان يحمل أكثر من شخصين التغطية الصحية الآن.)*
يرجي كتابة نوع التغطية، مثل تأمين الشركة الموظفة، كوبرا، ميديكيد، تشيب، ميديكير، ترائي كير، برنامج في أي للرعاية الصحية. بيس كوربس، أو اخري.
(لا تقل شيئا عن ترائي كير إذا كان لديك "دائركت كير" أو "لائن آف ديوتي".)

شخص 1:

إسم الشخص المدرج في التغطية الصحية

نوع التغطية:
○ تأمين شركة موظفة ○ كوبرا ○ ميديكيد ○ تشيب ○ ميديكير ○ ترائي كير ○ برنامج في أي للرعاية الصحية ○ بيس كوربس ○ أخري

إذا كان هذا تأمين شركة موظفة: *(أنت أيضا تحتاج إلي إتمام ملحق أ.)*
إسم شركة التأمين الصحي | رقم البوليصة/المعرف

إذا كان هذا نوعا آخر للتغطية::
إسم شركة التأمين الصحي | رقم البوليصة/المعرف

هل هذه خطة منفعة محدودة، مثل بوليصة الحوادث للمدرسة؟..... ○ نعم ○ لا

شخص 2:

إسم الشخص المدرج في التغطية الصحية

نوع التغطية:
○ تأمين شركة موظفة ○ كوبرا ○ ميديكيد ○ تشيب ○ ميديكير ○ ترائي كير ○ برنامج في أي للرعاية الصحية ○ بيس كوربس ○ أخري

إذا كان هذا تأمين شركة موظفة: *(أنت أيضا تحتاج إلي إتمام ملحق أ.)*
إسم شركة التأمين الصحي | رقم البوليصة/المعرف

إذا كان هذا نوعا آخر للتغطية:
إسم شركة التأمين الصحي | رقم البوليصة/المعرف

هل هذه خطة منفعة محدودة، مثل بوليصة الحوادث للمدرسة؟..... ○ نعم ○ لا

هل أنت بحاجة للمساعدة أثناء تقديم الطلب الخاص بك؟ قم بزيارة HealthCare.gov, أو اتصل بنا على الرقم **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية, فاتصل بالرقم **1-800-318-2596** واطلب من ممثل خدمة العملاء اللغة التي تحتاج إليها. ستحصل حينها على المساعدة مجاناً بدون أي تكاليف. يجب على مستخدمي TTY أن يتصلوا على **1-855-889-4325**.

يرجى عدم الاستمرار. فهذا طلب.

خطوة 5: الموافقة والتوقع منك

1. **هل توافق بأن ماركت بليس ستقوم باستخدام بيانات الدخل هذه,**
بما يشمل المعلومات من الإقرار الضريبي، لخمس سنوات قادمة؟..... ◯ نعم ◯ لا

لتسهيل عملية تحديد أهليتك للمساعدة في الدفع عن التغطية في السنوات القادمة، يمكنك الموافقة علي منح ماركت بليس إذن استخدام بيانات الدخل الأحدث بما يشمل المعلومات من الإقرارات الضريبية. ستقوم ماركت بليس بإرسال إشعار إليكم وتدعكم تدخل تغييرات. ستقوم ماركت بليس بالتحقيق عما أنت حتي الآن مؤهل، وقد نسئلكم لتقديم الشهادة علي أن دخلك مؤهل حتي الآن. يمكن لك الانسحاب في أي وقت.

إذا كان لا, تحديث بياناتي تلقائيا لــلسنوات القادمة:

◯ 4 سنوات ◯ سنتين ◯ لا تستخدم بيانات الضريبة الخاصة بي لتجديد اهليتي للمساعدة في الدفع عن التغطية الصحية

◯ 3 سنوات ◯ سنة واحدة (تحديد هذا الخيار قد يؤثر علي أهليتك للحصول علي المساعدة في الدفع للتغطية عند التجديد.)

2. **هل هناك أحد في هذا الطلب للتأمين الصحي قد حصل حجزه (توقيفه أو تسجينه)؟**..... ◯ نعم ◯ لا

إذا كان نعم, يرجي إعلامنا بإسم الشخص. إسم الشخص المحجوز:

◯ .....
يرجي الملأ هناك إذا كان هذا الشخص في سبيل التخلص من الاتهامات.

هل هناك أحد في هذا الطلب مؤهل لــميديكيد:

- أنا أمنح وكالة ميديكيد تمام حقوقنا للمتابعة والحصول علي أي مبلغ من التأمين الصحي الآخر، التسويات القانونية، أو الأطراف الثالثة الأخري. أنا أيضا أمنح وكالة ميديكيد حقوقنا للمتابعة والحصول علي الدعم الطبي من زوج أو أبوين.
- هل هناك طفل في هذا الطلب يعيش أحد أبويه خارج المنزل؟ ◯ نعم ◯ لا
- إذا كان نعم، أنا أعرف بأنه سيسئل مني التعاون مع الوكالة التي تقوم بجمع الدعم الطبي من أحد الأبوين الغائب.إذا اعتقدت بأن التعاون لجمع الدعم الطبي سيؤذيني أو أولادي، أستطيع أن أخبر ميديكيد وقد لا أقوم بالتعاون.

- أنا أقوم بالتوقيع علي هذا الطب تحت عقوبة المسؤولية، والتي تعني بأنني أعطيت إجابات صحيحة لجميع الأسئلة علي هذا النموذج علي حد علمي. أنا أعلم أنني قد أكون عرضة للعقوبات بموجب القانون الفيدرالي إذا قمت بالإدلاء عمدًا بمعلومات كاذبة أو غير صحيحة.
- أنا أعرف بأنه يحب علي إبلاغ ماركت بليس للتأمين الصحي خلال 30 يوما في حال حصول أي تغييرات (وهي غير) ما هي كتبت في هذا الطلب. استطيع زيارة HealthCare.gov أو الاتصال بـــ **1-800-318-2596** للإبلاغ عن أي تغييرات. أنا أعرف بأن التغيير في بياناتي قد يكون له أثر علي أهليتي وأهلية الأعضاء في منزلي.
- أنا أعرف بأن طبق القانون الفيدرالي، لا يسمح بالتمييز علي أساس العرق، أو اللون أو الأصل القومي، أو الجنس، أو العمر،أو الاتجاه الجنسي، أو الهوية الجنسية أو الإعاقة. أنا استطيع أن أقدم شكوي التمييز بطريق زيارة www.hhs.gov/ocr/office/file.
- أنا أعرف بأن المعلومات في هذا النموذج يتم استخدامها فقط لتحديد الأهلية للتغطية الصحية، والمساعدة في الدفع للتغطية (إذا تم الطلب) والأغراض القانونية لماركت بليس والبرنامج والتي تساعد في الدفع عن التغطية.

نحن نحتاج إلي هذه المعلومات للتحقق من أهليتك للمساعدة في الدفع للتغطية الصحية إذا اخترت لتقديم الطلب. سنقوم بتحقيق أجوبتك استخداما المعلومات المتوفرة في قاعدة البيانات الالكترونية الخاصة بنا، وقواعد البيانات من خدمة الإيرادات الداخلية (آئي آر ايس)، الضمان الاجتماعي، وزارة الأمن الداخلي، و/أو وكالة بيانات المستهلك. إذا كانت البيانات لا تتطابق، قد نسئلك لإرسال الشهادات.

ماذا أفعل لو كنت أعتقد بأن نتائج الأهلية الخاصة بي خاطئة؟

إذا كنت لا توافق على ما أنت مؤهَل للحصول عليه، في كثير من الحالات، فيمكنك أن تطلب تقديم استئناف. يرجى مراجعة إشعار أهليتك للحصول على التعليمات حول تقديم طلبات الاستئناف الخاصة بكل فرد من أفراد أسرتك، بما في ذلك عدد الأيام التي تريد الاستئناف فيها. وفيما يلي معلومات هامة يجب مراعاتها عند طلب تقديم الاستئناف:

- يمكن أن تفوّض شخص ما لطلب أو للمشاركة في الاستئناف الخاص بك إذا كنت ترغب في ذلك. يمكن أن يكون هذا الشخص صديق أو قريب أو محام، أو فرد آخر. أو، يمكنك طلب والمشاركة في تقديم الاستئناف الخاص بك بمفردك.
- إذا كنت تطلب تقديم الاستئناف، فسيكون بإمكانك الحفاظ على أهليتك للحصول على التأمين في أثناء الفترة التي يكون فيها طلبك بالاستئناف قيد العمل.
- يمكن ان تغيّر نتيجة الاستئناف من أهلية أعضاء آخرين من أفراد أسرتك.

للاستئناف على نتائج الأهلية الخاصة بك لدى Marketplace، فيمكنك زيارة https://www.healthcare.gov/can-i-appeal-a-marketplace-decision/. أو الاتصال على **1-800-318-2596**. يجب على مستخدمي تي تي وائي الاتصال على الرقم **1-855-889-4325**. يمكنك أيضا إرسال نموذج طلب الاستئناف بالبريد أو برسالة خاصة للمطالبة بالإستئناف إلى Marketplace للتأمين الصحي، قسم الصحة والخدمات الإنسانية، 465 Industrial Blvd., لندن, KY 40750-0001. يمكنك الاستئناف على الأهلية لشراء التأمين الصحي من خلال Marketplace، وفترات التسجيل والإعفاءات الضريبية، وتخفيضات توزيع التكاليف، Medicaid، وCHIP، إذا كنت قد رُفضت من أي منها. إذا كنت مؤهلا للحصول على إعفاءات ضريبية أو تخفيضات توزيع التكاليف، فيمكنك الاستئناف على المبلغ الذي قررنا أنك مؤهل له. على حسب ولايتك، قد تكون قادرًا على الاستئناف من خلال Marketplace أو قد تضطر إلى طلب الاستئناف مع المساعدة الطبية للفقراء Medicaid في الولاية أو عبر وكالة CHIP.

ينبغي لشخص 1 أن يوقع علي هذا الطلب. إذا أنت ممثل مخول، يمكن لك التوقع هنك طالما قام الشخص 1 بتوقع ملحق ج.

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

إذا أنت توقع هذا الطلب بعد مدة التسجيل المفتوح (بين 15 نوفمبر و 15 فبراير)، يرجي الـتأكد بأنك قرأت ملحق د ("اسئلة عن تغييرات الحياة").

خطوة 6: يرجي إرسال الطلب بعد تكميله

إذا كنت تود التسجيل للتصويت، بإمكانك إكمال نموذج تسجيل الناخبين في www.eac.gov.

يرجي إرسال الطلب الموقع منك إلي:
ماركت بليس للتأمين الصحي
قسم الصحة والخدمات الإنسانية
465 Industrial Blvd.
لندن, KY 40750-0001

هل أنت بحاجة للمساعدة أثناء تقديم الطلب الخاص بك؟ قم بزيارة HealthCare.gov, أو اتصل بنا على الرقم **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية, فاتصل بالرقم **1-800-318-2596** واطلب من ممثل خدمة العملاء اللغة التي تحتاج إليها. ستحصل حينها على المساعدة مجاناً بدون أي تكاليف. يجب على مستخدمي TTY أن يتصلوا على **1-855-889-4325**.

يرجى عدم الاستمرار. فهذا طلب.

تم اعتماد النموذج
رقم مكتب الإدارة والميزانية. 0938-1191

التغطية الصحية من الوظائف

أنت لا تحتاج إلى الإجابة على هذه الأسئلة إلا إذا كان هناك شخص ما في المنزل مؤهل للحصول على التغطية الصحية من إحدى الوظائف، حتي لو لم يقبل التغطية. قم بإرفاق نسخة من هذه الصفحة لكل وظيفة توفر التغطية.

أخبرنا عن الوظيفة التي توفر التغطية.

خذ نسخة من هذه الصفحة واذهب بها إلى صاحب العمل الذي يقدم التغطية لمساعدتك في الإجابة على هذه الأسئلة.

معلومات عن الموظف

1. إسم الموظف (أول، أوسط، أخير)	2. رقم الضمان الاجتماعي للموظف – –

معلومات عن صاحب العمل

3. إسم صاحب العمل	4. رقم الهوية لصاحب العمل (إيه آئي اين) –
5. عنوان صاحب العمل	6. رقم هاتف لصاحب العمل ( ) –
7. مدينة	8. ولاية / 9. الرمز البريدي
10. من يمكن لنا الاتصال به للمعلومات عن التغطية الصحية للموظف في هذه الوظيفة؟	
11. رقم الهاتف (إذا هو مختلف مما هو مذكور أعلاه) ( ) –	12. البريد الإلكتروني

13. هل هذا الموظف مؤهل حاليا للتغطية المقدمة من جانب صاحب العمل، أو سيكون الموظف مؤهلا في ثلاثة شهور قادمة؟

○ نعم (مواصلة) ○ لا (يرجي التوقف هنا، والرجوع إلي خطوة 5 في الطلب.)

أ. إذا أنت في مدة الانتظار أو تحت الاختبار,
متي يمكن لك الإدراج في التغطية؟ (شهر/يوم/سنة)

/ /

قائمة الأسماء لأي شخص آخر غير مؤهل للحصول على التغطية من هذه الوظيفة.

إسم	إسم	إسم

أخبرنا عن الخطة الصحية ذات أقل التكلفة التي يقدمها صاحب العمل هذا.

14. هل تقدم صاحب العمل بالبرنامج الصحي الذي يفي بمعيار قيمة الحد الأدنى*؟ ..... ○ نعم ○ لا

15. للخطة الأقل تكلفة التي تلبي معيار قيمة الحد الأدنى * التي عرضت فقط للموظف (لا تشمل خطط الأسرة): اذا كان صاحب العمل لديه برامج الصحة، وتوفير القسط الذي قد يدفعه الموظف اذا كان / انها تلقت أقصى حد للخصم لأية برامج الإقلاع عن تعاطي التبغ، وأنه لم يتلق أية خصومات أخرى على أساس البرامج الصحة.

أ. كم سيضطر أن يدفع الموظف كأقساط تأمين لهذه الخطة؟ $

ب. كم مرة؟ ○ اسبوعيا ○ كل أسبوعين ○ مرتين في الشهر ○ مرة في الشهر ○ ثلاثة أشهر ○ سنويا (يرجي الذهاب إلي السؤال القادم.)

16. ما هو التغيير الذي سيقوم به صاحب العمل لخطة العام الجديد

○ لن يقدم صاحب العمل التغطية الصحية.

○ سوف يبدأ صاحب العمل في تقديم التغطية الصحية للموظفين أو تغيير القسط للخطة الأقل تكلفة المتاحة فقط للموظف التي تلبي الحد الأدنى من معيار القيمة. *. (ينبغي أن يعكس القسط خصمًا على برامج الصحة. راجع السؤال 15.)

أ. وكم سيدفع الموظف لأقساط التأمين لهذه الخطة؟ $

ب. كم مرة؟ ○ أسبوعيا ○ كل أسبوعين ○ مرتين في الشهر ○ مرة في الشهر ○ كل ثلاثة أشهر ○ سنويا

ج. تاريخ التغيير: / /

*تلبي خطة الصحة التي يرعاها صاحب العمل "معيار قيمة الحد الأدنى" في حالة أن تغطية حصة الخطة لإجمالي تكاليف الفائدة التي تغطيها الخطة ليست أقل من 60 في المئة من هذه التكاليف (القسم 36B (ج) (2) (II) (C)) من قانون الإيرادات الداخلية لعام 1986). إن أكثرية خطط الصحة التي يوفرها صاحب العمل تلبي أدني معيار القيمة.

هل أنت بحاجة للمساعدة أثناء تقديم الطلب الخاص بك؟ قم بزيارة HealthCare.gov أو اتصل بنا على الرقم 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية, فاتصل بالرقم 1-800-318-2596 واطلب من ممثل خدمة العملاء اللغة التي تحتاج إليها. ستحصل حينها على المساعدة مجاناً بدون أي تكاليف. يجب على مستخدمي TTY أن يتصلوا على 1-855-889-4325.

تم اعتماد النموذج
رقم مكتب الإدارة والميزانية. 0938-1191

أفراد الأسرة من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين (AI/ AN)

أكمل هذا الملحق إذا كنت أنت أو أحد أفراد الأسرة من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين ويقدم الطلب للتغطية. قم بتقديم هذا مع "الطلب الخاص بك عن التغطية الصحية والمساعدة في دفع تكاليف."

أخبرنا عن أفراد أسرتك الذين من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين.

يمكن للهنود الحمر وسكان ألاسكا الأصليين الحصول على الخدمات من خدمات الصحة الهندية، وبرامج الصحة القبلية، أو برامج الصحة المدنية الهندية. كما أنهم قد لايضطرون لتقاسم التكاليف، وقد يحصلون على فترات شهرية خاصة بالالتحاق. أجب على الأسئلة التالية للتأكد من عائلتك تحصل على أكبر قدر ممكن من المساعدة.

ملاحظه: إذا كان لديك مزيد من الأشخاص لتقوم بتضمينهم، قم بصنع نسخة من هذه الصفحة وإرفاقها.

AI / AN شخص 1:

1. الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)

2. عضو في عائلة معترف بها فدراليًا؟ ..... ○ نعم ○ لا

إذا كانت الإجابة بنعم, اسم القبيلة: | يرجي الإخبار عن موقع القبيلة:

3. هل حصل هذا الشخص في أي وقت مضى على خدمة من خدمة الصحة الهندية، وهو برنامج الصحة القبلية,
أو برنامج الصحة الهندي في المناطق الحضرية، أو من خلال إحالة من واحد من هذه البرامج؟..... ○ نعم ○ لا

إذا كانت الإجابة بلا, هل هذا الشخص مؤهلا للحصول على الخدمات من خدمة الصحة الهندية، وبرامج الصحة القبلية,
أو برامج الصحة الهندي في المناطق الحضرية، أو من خلال إحالة من أحد هذه البرامج؟..... ○ نعم ○ لا

4. بعض الأموال الواردة قد لا تحسب للمساعدة الطبية أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP). تتضمن قائمة الدخل (الكمية وعدد المرات) المسجلة في التطبيق الخاص بك المال الوارد من هذه المصادر:
- المدفوعات لكل فرد من قبيلة التي تأتي من الموارد الطبيعية، وحقوق الاستخدام وعقود الإيجار، أو الإتاوات
- المدفوعات من الموارد الطبيعية، والزراعة، وتربية الماشية، صيد الأسماك، وعقود الإيجار، أو الإتاوات من الأراضي المخصصة والأراضي الهندية الموقوفة من قبل وزارة الداخلية (بما في ذلك الحجوزات والتحفظات السابقة)
- المال الوارد من بيع الأشياء التي لها أهمية ثقافية

$ | كم عدد المرات؟

AI / AN شخص 2:

1. الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)

2. عضو في عائلة معترف بها فدراليًا؟ ..... ○ نعم ○ لا

إذا كانت الإجابة بنعم, اسم القبيلة:: | يرجي الإخبار عن موقع القبيلة:

3. هل حصل هذا الشخص في أي وقت مضى على خدمة من خدمة الصحة الهندية، وهو برنامج الصحة القبلية,
أو برنامج الصحة الهندي في المناطق الحضرية، أو من خلال إحالة من واحد من هذه البرامج؟..... ○ نعم ○ لا

إذا كانت الإجابة بلا, هل هذا الشخص مؤهلا للحصول على خدمات من خدمة الصحة الهندية، أو برامج الصحة القبلية,
أو برامج الصحة الهندي في المناطق الحضرية، أو من خلال إحالة من واحد من هذه البرامج؟..... ○ نعم ○ لا

4. بعض الأموال الواردة قد لا تحسب للمساعدة الطبية أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP). تتضمن قائمة الدخل (الكمية وعدد المرات) المسجلة في التطبيق الخاص بك المال الوارد من هذه المصادر:
- لمدفوعات لكل فرد من قبيلة التي تأتي من الموارد الطبيعية، وحقوق الاستخدام وعقود الإيجار، أو الإتاوات
- المدفوعات من الموارد الطبيعية، والزراعة، وتربية الماشية، صيد الأسماك، وعقود الإيجار، أو الإتاوات من الأراضي المخصصة والأراضي الهندية الموقوفة من قبل وزارة الداخلية (بما في ذلك الحجوزات والتحفظات السابقة)
- المال الوارد من بيع الأشياء التي لها أهمية ثقافية

$ | كم عدد المرات؟

المساعدة لإتمام هذا الطلب

للمستشارين المعتمدين للتطبيق، والملاحين، والوكلاء، والوسطاء فقط

أكمل هذا القسم إذا كنت مستشارًا معتمدًا للتطبيق، أو ملاحًا، أو وكيلاً، أو وسيطًا لملء هذا الطلب لشخص آخر

1. تاريخ بدء الطلب (الشهر/اليوم /السنة) / /	
2. الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة ولاحقه	
3. اسم المؤسسة	
4. رقم بطاقة الهوية (إن وجد)	5. الوكلاء/الوسطاء فقط: رقم NPN

يمكنك اختيار الممثل المفوض.

يمكنك ان تعطي شخص موثوق إذن للحديث عن هذا التطبيق معنا، راجع المعلومات الخاصة بك، والعمل بالنسبة لك بشأن المسائل المتعلقة بهذا التطبيق، بما في ذلك الحصول على المعلومات حول الطلب الخاص بك وتوقيع الطلب الخاص بك نيابة عنك. ويسمى هذا الشخص "ممثل مفوض". إذا كنت في حاجة لتغيير أو إزالة ممثلك المفوض، اتصل بماركت بليس. إذا كنت ممثلاً مفوضًا لشخص ما في هذا الطلب، قدم دليلاً مع الطلب.

1. إسم الممثل المخول (إسم أول، إسم وسط، إسم العائلة)		
2. العنوان		3. رقم الشقة أو الجناح
4. المدينة	5. الولاية	6. الرمز البريدي
7. رقم الهاتف ( ) –		
8. إسم المنظمة		
9. رقم البطاقة الهوية (إن وجد)		

من خلال التوقيع، فإنك تسمح لهذا الشخص بتوقيع التطبيق الخاص بك، والحصول على معلومات رسمية حول هذا التطبيق، والعمل بالنيابة عنك في جميع المسائل في المستقبل المتعلقة بهذا الطلب.

10. توقيع شخص 1 مدرج في هذا الطلب	**11. تاريخ التوقيع** (شهر/يوم/سنة) / /

أسئلة عن تغييرات الحياة

(يجب عليك إتمام باقي الطلب مع هذه الصفحة. لا تقدم هذه الصفحة في حد ذاتها.)

إذا تجرب أحد في هذا الطلب تغييرات الحياة الخاصة خلال 60 يوما الماضية، يرجي ملأ الأسئلة المذكورة أدناه. تسمح تغييرات الحياة الخاصة بتغطيتك من ماركت بليس لتبدأ علي الفور. نحن نوصيك بإجابة هذه الأسئلة إذا كنت تقدم هذا الطلب بعد أن انتهت مدة التسجيل المفتوح في 15 من فبراير 2015، وقبل بدأ مدة التسجيل المفتوح القادمة في وقت لاحق في هذا العام.

هذه الأسئلة اختيارية. إذا لم تتغير ظروف حياتك، بإمكانك ترك مكان الإجابة فارغة. بإمكانك التسجيل في ميديكيد وبرنامج التأمين الصحي للأطفال (شيب) في أي وقت من السنة، حتي لو لم تتجرب تغييرات في الحياة. إن أعضاء القبائل المعترف بها فيدراليا والمساهمين من سكان ألاسكا الأصليين بإمكانهم التسجيل في التغطية المتوفرة من جانب ماركت بليس في أي وقت من السنة.

أخبرنا عن تغييرات في منزلك.

1. خسر شخص التغطية الصحية خلال 60 يوما الماضية، أو يتوقع خسران التغطية خلال 60 يوما القادمة.

أسماء	تاريخ انتهاء التغطية أو ستنتهي فيه (شهر/يوم/سنة)
☐ يرجي التحديد هناك إذا كانت التغطية انتهت بسبب عدم دفع الأقساط.	/ /

2. قد تزوج أحد خلال 60 يوما الماضية.

أسماء	تاريخ (شهر/يوم/سنة)
	/ /

3. قد ولد أحد، تم تبنيه أو تم وضعه في الحضانة خلال 60 يوم الماضية.

أسماء	تاريخ (شهر/يوم/سنة)
	/ /

4. حصل أحد علي وضع الهجرة المؤهلة خلال 60 يوم الماضية.

أسماء	تاريخ (شهر/يوم/سنة)
	/ /

5. انتقل أحد خلال 60 يوما الماضية.

أسماء	تاريخ (شهر/يوم/سنة)
	/ /

6. تم الإفراج عن أحد من التوقيف،أو الحجز أو السجن خلال 60 يوما الماضية.

أسماء	تاريخ (شهر/يوم/سنة)
	/ /