પૂર્ણ કરશો નહીં. આ અરજી નથી.

09/2014

Health Insurance Marketplace

સ્વાસ્થ્ય કવરેજ માટે અરજી અને ખર્ચ ચૂકવવામાં મદદ

પત્રક માન્ય
OMB નં. 0938 -1191

ઑનલાઈન વધારે ઝડપથી અરજી કરો

HealthCare.gov ખાતે ઑનલાઈન વધારે ઝડપથી અરજી કરો.

તમે કયા કવરેજ માટે લાયક ઠરો છો તે જોવા માટે આ અરજીનો ઉપયોગ કરો

- તમને તંદુરસ્ત રહેવામાં મદદ કરવા માટે સર્વાંગી કવરેજ ઑફર કરતી પરવડી શકે તેવી ખાનગી સ્વાસ્થ્ય વીમા યોજનાઓ.
- નવી ટેક્સ ક્રેડિટ કે જે સ્વાસ્થ્ય કવરેજ માટે તમારા પ્રિમિયમ ચૂકવવામાં તાત્કાલિક મદદ કરી શકે.
- મેડિકેઈડ અથવા ચિલ્ડ્રન્સ હેલ્થ ઈન્સ્યોરન્સ પ્રોગ્રામ (CHIP)માંથી મફત અથવા ઓછા ખર્ચનું કવરેજ. **તમે મફત અથવા ઓછા ખર્ચના કાર્યક્રમ માટે લાયક સાબિત થઈ શકો છો, ભલે તમે વર્ષમાં $95,400 કમાતા હો (4 જણના કુટુંબ માટે).**

આ અરજીનો કોણ ઉપયોગ કરી શકે?

- તમારા કુટુંબમાં કોઈપણ વ્યક્તિ માટે અરજી કરવા માટે આ અરજીનો ઉપયોગ કરો.
- **તમે અથવા તમારું બાળક પહેલેથી સ્વાસ્થ્ય કવરેજ ધરાવતાં હો તો પણ અરજી કરો. તમે ઓછાં ખર્ચ અથવા મફત કવરેજ માટે લાયક હોઈ શકો છો.**
- જો તમે અપરિણીત હો તો તમે ટૂંકા પત્રકનો ઉપયોગ કરવા સક્ષમ હોઈ શકો છો. મુલાકાત લો HealthCare.gov.
- કુટુંબો કે જેમાં વસાહતીઓનો સમાવેશ થાય છે તેઓ અરજી કરી શકે છે. તમે કવરેજ માટે લાયક ન હો તો પણ તમે તમારા બાળક માટે અરજી કરી શકો છો. અરજી કરવાથી તમારા ઈમિગ્રેશનના દરજ્જા અથવા કાયમી રહીશ કે નાગરિક બનવાની સંભાવનાઓ પર અસર પડશે નહીં.
- જો કોઈ વ્યક્તિ તમને આ અરજી ભરવામાં મદદ કરી રહી હોય તો તમારે પરિશિષ્ટ C પૂરું કરવાની જરૂર પડી શકે છે.

તમારે અરજી કરવા માટે શાની જરૂર પડી શકે છે

- સોશિયલ સિક્યોરિટી નંબર્સ (અથવા જેમને કવરેજની જરૂર હોય તેવા કોઈપણ લાયક વસાહતીઓ માટે દસ્તાવેજોના નંબર)
- તમારા કુટંબમાં દરેક વ્યક્તિ માટે નોકરીદાતા અને આવકની માહિતી (દાખલા તરીકે પગારની રસીદો, W-2 પત્રકો, અથવા વેતન અને ટેક્સ સ્ટેટમેન્ટ્સ).
- કોઈપણ વર્તમાન સ્વાસ્થ્ય વીમા માટે પૉલિસી નંબર.
- તમારા કુટુંબને ઉપલબ્ધ હોય તેવા કોઈપણ નોકરી સંબંધિત સ્વાસ્થ્ય વીમા વિશેની માહિતી.

અમે શા માટે આ માહિતી માંગીએ છીએ?

તમે કયા કવરેજ માટે લાયક ઠરો છો અને તમે તેની ચૂકવણીમાં કોઈપણ મદદ મેળવી શકો તેમ છો કે કેમ તેની જાણ તમને કરવા માટે અમે આવક અને અન્ય માહિતી વિશે પૂછીએ છીએ. **તમે જે માહિતી પૂરી પાડો તે બધી માહિતી તમે ખાનગી અને સલામત રાખશો, જે કાયદા પ્રમાણે જરૂરી છે.** ગુપ્તતા કાનૂન નિવેદન જોવા માટે, મુલાકાત લો HealthCare.gov અથવા સૂચનાઓ જુઓ.

હવે પછી શું થશે?

તમારી સંપૂર્ણ સહી કરેલી અરજી પાન 7 પરના સરનામે મોકલો. **જો અમે વિનંતી કરી હોય તેવી બધી માહિતી તમારી પાસે ન હોય તો પણ તમારી અરજી સુપ્રત કરી દો.** અમે 1-2 અઠવાડિયાની અંદર આપની સાથે ફૉલો-અપ કરીશું, અને **જો અમને વધુ માહિતીની જરૂર હોય તો તમે માર્કેટપ્લેસમાંથી કૉલ મેળવી શકો છો.** તમારી અરજી પર પ્રક્રિયા થયા બાદ તમે ટપાલમાં યોગ્યતા નિર્ધારણ પત્ર મેળવશો. જો અમારા તરફથી તમારો સંપર્ક કરવામાં ન આવે તો માર્કેટપ્લેસ કૉલ સેન્ટરનો સંપર્ક કરો. આ અરજી ભરવાનો અર્થ એ નથી કે તમારે સ્વાસ્થ્ય કવરેજ ખરીદવું જરૂરી છે.

આ અરજી અંગે મદદ મેળવો

- **ઑનલાઈન:** HealthCare.gov.
- **ફોન:** આ નંબર પર માર્કેટપ્લેસ કૉલ સેન્ટરને કૉલ કરો 1-800-318-2596. TTY વપરાશકર્તાઓએ આ નંબર પર કૉલ કરવો જોઈએ 1-855-889-4325.
- **રૂબરૂમાં:** તમારા વિસ્તારમાં એવા કાઉન્સેલર્સ હોઈ શકે છે જેઓ મદદ કરી શકે છે. મુલાકાત લો HealthCare.gov, અથવા આ નંબર પર માર્કેટપ્લેસ કૉલ સેન્ટરને 1-800-318-2596 વધુ માહિતી માટે કૉલ કરો.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-800-318-2596.
- **અન્ય ભાષાઓ:** જો તમારે અંગ્રેજી સિવાયની ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો કૉલ કરો 1-800-318-2596 અને તમને જરૂરી ભાષા અંગે ગ્રાહક સેવા પ્રતિનિધિને કહો. તમને કોઈપણ ખર્ચ વિના અમે તમને મદદ કરીશું.

PRA જાહેરાત નિવેદન: 1995ના પેપરવર્ક રિડક્શન ઍક્ટ પ્રમાણે કોઈ વ્યક્તિ માહિતીના એકત્રીકરણનો પ્રતિસાદ આપે તે જરૂરી નથી, સિવાય કે તે માન્યOMB નિયંત્રણ નંબર દર્શાવતી હોય. આ માહિતી એકત્રીકરણ માટે માન્ય OMB નિયંત્રણ નંબર 0938-1191 છે. આ માહિતી એકત્રીકરણ પૂર્ણ કરવા માટે જરૂરી સમય અંદાજે આશરે પ્રતિસાદ દીઠ 45 મિનિટ છે, જેમાં સૂચનાઓની સમીક્ષા કરવાનો, પ્રવર્તમાન ડેટા સંસાધનો શોધવાનો, જરૂરી ડેટાને એકત્ર કરવાનો અને માહિતી એકત્રીકરણ પૂર્ણ કરવાનો અને તેની સમીક્ષા કરવા માટેના સમયનો પણ સમાવેશ થાય છે. જો તમારી પાસે સમયના અંદાજ(જો)ની ચોકસાઈ સાથે સંબંધિત ટિપ્પણીઓ અથવા આ પત્રકને સુધારવા માટેના સૂચનો હોય તો કૃપા કરીને આ સરનામે લખો: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

કૃપા કરીને કાળી અથવા ઘેરી ભૂરી શાહીનો ઉપયોગ કરીને જ કૅપિટલ અક્ષરોમાં પ્રિન્ટ કરો.
વર્તુળો ભરો (○) આની જેમ → ●.

પગલું 1: તમારા વિશે અમને કહો.

(તમારી અરજી માટે સંપર્ક વ્યક્તિ તરીકે અમને કુટુંબમાં માત્ર એક જ પુખ્ત વ્યક્તિની જરૂર છે.)

1. પ્રથમ નામ | મધ્યમ નામ | અટક | પ્રત્યય

2. ઘરનું સરનામું (જો તમારી પાસે તે ન હોય તો ખાલી છોડો.)

3. એપાર્ટમેન્ટ અથવા સ્વીટ નંબર

4. શહેર

5. રાજ્ય

6. ઝિપ કોડ

7. પરગણું, મહોલ્લો, અથવા ટાઉનશિપ

8. ટપાલનું સરનામું (જો ઘરના સરનામા કરતા અલગ હોય તો)

9. એપાર્ટમેન્ટ અથવા સ્વીટ નંબર

10. શહેર

11. રાજ્ય

12. ઝિપ કોડ

13. પરગણું, મહોલ્લો, અથવા ટાઉનશિપ

14. દિવસના સમયનો ફોન નંબર
( ) –

15. સાંજનો ફોન નંબર
( ) –

16. શું તમે ઈમેઈલ દ્વારા આ અરજી વિશેની માહિતી મેળવવા માંગો છો?..... ○ હા ○ ના

ઈમેઈલ એડ્રેસ:

17. તમારી પસંદગીની બોલાતી ભાષા કઈ છે? તમારી પસંદગીની લેખિત ભાષા કઈ છે?

પગલું 2: તમારા કુટુંબ વિશે અમને કહો.

આ અરજીમાં તમારે કોનો સમાવેશ કરવાની જરૂર છે?
તમારા કુટુંબ અને ઘરમાં દરેક વ્યક્તિ માટે પગલાં 2નાં પાન પૂરા કરો, પછી ભલે તે વ્યક્તિ પહેલેથી સ્વાસ્થ્ય કવરેજ ધરાવતી હોય. આ અરજીમાંની માહિતી અમને એ સુનિશ્ચિત કરવામાં મદદ કરે છે કે દરેક જણ મેળવી શકે તેવું શ્રેષ્ઠ કવરેજ મેળવે. મદદની રકમ અથવા તમે જે કાર્યક્રમ માટે પસંદ થાઓ તે તમારા કુટુંબમાં હાજર વ્યક્તિઓની સંખ્યા અને તેમની આવક પર આધારિત છે. જો તમે કોઈનો સમાવેશ ન કરો તો તેઓ સ્વાસ્થ્ય કવરેજ ધરાવતાં હોય તો પણ તમારી યોગ્યતાના પરિણામો પર અસર પડી શકે છે.

પુખ્ત વ્યક્તિઓ કે જેમને કવરેજની જરૂર છે:

આ લોકોનો સમાવેશ કરો પછી ભલે તેઓ તેમની જાતે સ્વાસ્થ્ય કવરેજ માટે અરજી કરી રહ્યા ન હોય:

- કોઈપણ પતિ કે પત્ની
- તેઓ જેમની સાથે રહેતાં હોય તેવા 21થી ઓછી ઉંમરના કોઈપણ પુત્ર કે પુત્રી, સાવકા બાળકો સહિત
- સમાન ફેડરલ આવક વેરા રિટર્ન પર હોય તેવી અન્ય કોઈપણ વ્યક્તિ (21થી વધુ ઉંમરના કોઈપણ બાળકો સહિત જેમના માટે માતાપિતાના ટેક્સ રિટર્ન પર દાવો કરવામાં આવતો હોય). સ્વાસ્થ્ય કવરેજ મેળવવા માટે તમારે ટેક્સ ફાઈલ કરવાની જરૂર નથી.

21થી ઓછી ઉંમરના બાળકો કે જેમને કવરેજની જરૂર હોય:

આ લોકોનો સમાવેશ કરો પછી ભલે તેઓ તેમની જાતે સ્વાસ્થ્ય કવરેજ માટે અરજી કરી રહ્યા ન હોય:

- તેઓ જેમની સાથે રહેતાં હોય તેવા કોઈપણ માતા કે પિતા (અથવા સાવકા માતા કે પિતા)
- તેઓ જેમની સાથે રહેતાં હોય તેવા કોઈપણ ભાઈ કે બહેન
- તેઓ જેમની સાથે રહેતાં હોય તેવા કોઈપણ પુત્ર કે પુત્રી, સાવકા બાળકો સહિત
- સમાન ફેડરલ આવક વેરા રિટર્ન પર હોય તેવી અન્ય કોઈપણ વ્યક્તિ. સ્વાસ્થ્ય કવરેજ મેળવવા માટે તમારે ટેક્સ ફાઈલ કરવાની જરૂર નથી.

તમારા કુટુંબમાં પ્રત્યેક વ્યક્તિ માટે પગલું 2 પૂરું કરો.
તમારા પોતાનાથી શરૂ કરો અને ત્યારબાદ અન્ય પુખ્ત વ્યક્તિઓ અને બાળકોને ઉમેરો. જો તમે તમારા કુટુંબમાં 2થી વધુ લોકો ધરાવતા હો તો તમારે પાનાની નકલ કરવી જરૂર બનશે અને તેને જોડવાની રહેશે.

જેમને સ્વાસ્થ્ય કવરેજની જરૂર નથી તેવા કુટુંબીજનો માટે ઈમિગ્રેશનનો દરજ્જો અથવા સોશિયલ સિક્યોરિટી નંબર (SSN) પૂરો પાડવાની તમારે જરૂર નથી. તમે જે માહિતી પૂરી પાડો તે બધી માહિતી તમે ખાનગી અને સલામત રાખશો, જે કાયદા પ્રમાણે જરૂરી છે. તમે સ્વાસ્થ્ય કવરેજ માટે લાયક છો કે કેમ તે ચકાસવા માટે જ અમે વ્યક્તિગત માહિતીનો ઉપયોગ કરીશું.

પગલું 2: વ્યક્તિ 1 (તમારાથી શરૂ કરો.)

તમારા પોતાના માટે, તમારા પતિ કે પત્ની/સાથીદાર માટે અને તમારી સાથે રહેતાં બાળકો માટે, અને/અથવા જો તમે ફેડરલ આવક વેરા રિટર્ન ભરતાં હો તો તેના પર હોય તેવી કોઈપણ વ્યક્તિ માટે પગલું 2 પૂર્ણ કરો. કોનો સમાવેશ કરવો તેના વિશે વધુ માહિતી માટે જુઓ પાન 1. જો તમે ટેક્સ રિટર્ન ફાઈલ કરતા ન હો તો હજીપણ તમારી સાથે રહેતાં કુટુંબીજનોને ઉમેરવાનું યાદ રાખો.

1. પ્રથમ નામ | મધ્યમ નામ | અટક | પ્રત્યય

2. વ્યક્તિ 1 સાથેનો સંબંધ? જાતે

3. શું આપ પરિણીત છો? ◯ હા ◯ ના

4. જન્મતારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ) / /

5. લિંગ ◯ પુરૂષ ◯ સ્ત્રી

6. સોશિયલ સિક્યોરિટી નંબર (SSN) – –

જો તમે સ્વાસ્થ્ય કવરેજ ઇચ્છતા હો અને SSN ધરાવતા હો તો અમારે આની જરૂર છે. જો તમે પોતાના માટે સ્વાસ્થ્ય કવરેજ ઇચ્છતા ન હો તો પણ તમારો SSN પૂરો પાડવાથી મદદ મળી શકે છે કારણ કે તેનાથી અરજીની પ્રક્રિયા ઝડપી થશે. અમે માર્કેટપ્લેસ દ્વારા કવરેજ માટે યોગ્યતા ચકાસવા માટે અને જો તમે અરજી કરો તો કવરેજના ખર્ચ સાથે મદદ માટે SSNનો ઉપયોગ કરીએ છીએ. SSN મેળવવામાં મદદ માટે, 1-800-772-1213 પર સોશિયલ સિક્યોરિટીને કૉલ કરો, અથવા મુલાકાત લો socialsecurity.gov. TTY યુઝર્સે આ નંબર પર કૉલ કરવો જોઈએ 1-800-325-0778.

7. **શું તમે આગામી વર્ષે ફેડરલ આવક વેરો ભરવાનું આયોજન કરો છો?** *તમે ફેડરલ આવક વેરાનું રિટર્ન ન ભર્યું હોય તો પણ તમે હજીપણ કવરેજ માટે અરજી કરી શકો છો.*

◯ **હા. જો હા તો,** કૃપા કરીને પ્રશ્નો a–cનો જવાબ આપો. ◯ **ના. જો ના તો,** પ્રશ્ન c પર જાઓ.

a. શું તમે પતિ કે પત્ની સાથે સંયુક્તપણે ફાઈલ કરશો ..... ◯ હા ◯ ના

જો હા તો, કૃપા કરીને પતિ કે પત્નીનું નામ લખો:

b. તમે તમારા ટેક્સ રિટર્નમાં કોઈપણ આશ્રિતો માટે દાવો કરશો? ..... ◯ હા ◯ ના

જો હા તો, આશ્રિતોના નામ(મો) જણાવો:

c. કોઈ અન્ય વ્યક્તિના ટેક્સ રિટર્નમાં આશ્રિત તરીકે તમારા માટે દાવો કરવામાં આવશે? ..... ◯ હા ◯ ના

જો હા તો, કૃપા કરીને ટેક્સ ફાઈલરનું નામ જણાવો: | ટેક્સ ફાઈલર સાથે આપનો શું સંબંધ છે?

8. શું તમે ગર્ભવતી છો? ..... ◯ હા ◯ ના a. **જો હા તો,** આ ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન કેટલાં બાળકોની અપેક્ષા રાખવામાં આવે છે? ☐

9. **શું તમને સ્વાસ્થ્ય કવરેજની જરૂર છે?** *તમારી પાસે કવરેજ હોય તો પણ, વધુ સારા કવરેજ અથવા ઓછા ખર્ચ સાથેનો કાર્યક્રમ હોઈ શકે છે.*

◯ **હા. જો હા તો,** નીચેના બધા પ્રશ્નોનાં જવાબો આપો. ◯ **ના. જો ના તો, પાન 3 પર આવકના પ્રશ્નો પર** જાઓ. આ પાનનો બાકીનો હિસ્સો ખાલી છોડી દો.

10. શું તમને એવી કોઈ શારીરિક, માનસિક અથવા ભાવનાત્મક સ્વાસ્થ્યની સ્થિતિ છે જેનાથી પ્રવૃત્તિઓમાં મર્યાદાઓ આવતી હોય (જેમ કે નહાવું, કપડાં પહેરવાં, રોજીંદા કામો, વગેરે.) અથવા તબીબી સુવિધા અથવા નર્સિંગ હોમમાં રહેવું પડતું હોય? ..... ◯ હા ◯ ના

11. શું તમે **અમેરિકન નાગરિક છો** અથવા **અમેરિકન રાષ્ટ્રીયતા છે?** ..... ◯ હા ◯ ના

12. શું તમે **પ્રાકૃતિક** અથવા **તારવવામાં આવેલા નાગરિક છો?** *(આનો સામાન્ય રીતે એવો અર્થ થાય છે કે તમારો જન્મ અમેરિકાની બહાર થયો હતો.)*

◯ **હા. જો હા તો,** કૃપા કરીને a અને b પૂરા કરો. ◯ **ના. જો ના તો,** પ્રશ્ન 13 પર ચાલુ રહો.

a. એલિયન નંબર: | b. પ્રમાણપત્ર નંબર:

તમે a અને b પૂરા કરો ત્યારબાદ, પ્રશ્ન 14 પર જાઓ.

13. **જો તમે અમેરિકન નાગરિક અથવા અમેરિકન રાષ્ટ્રીયતા ધરાવતા ન હો તો,** શું તમે માન્ય ઈમિગ્રેશન દરજ્જો ધરાવો છો? ◯ હા. દસ્તાવેજનો પ્રકાર અને આઈડી નંબર દાખલ કરો. *સૂચનાઓ જુઓ.*

ઈમિગ્રેશન દસ્તાવેજ પ્રકાર | દરજ્જાનો પ્રકાર (વૈકલ્પિક) | તમારા ઈમિગ્રેશન દસ્તાવેજ પર જે રીતે તમારું નામ છે તે રીતે લખો.

એલિયન અથવા I-94નંબર | કાર્ડ નંબર અથવા પાસપોર્ટ નંબર

SEVIS ID અથવા શેષતિથિ (વૈકલ્પિક) | અન્ય (વર્ગનો કોડ અથવા ઈસ્યુ થયું હોય તે દેશ)

a. શું તમે 1996થી અમેરિકામાં રહ્યા છો? ..... ◯ હા ◯ ના

b. શું તમે, અથવા તમારા પતિ કે પત્ની અમેરિકન લશ્કરનાં ..... ◯ હા ◯ ના

14. છેલ્લાં 3 મહિનામાં તબીબી બિલ્સ માટે ચૂકવણી કરવા માટે તમને મદદની જરૂર છે? ..... ◯ હા ◯ ના

15. શું તમે 19થી ઓછી ઉંમરના ઓછામાં ઓછા એક બાળક સાથે રહો છો અને શું તમે આ બાળકની સંભાળ લેનાર મુખ્ય વ્યક્તિ છો? *(જો તમે અથવા તમારા પતિ કે પત્ની આ બાળકની કાળજી લેતાં હોય તો "પસંદ" પસંદ કરો.)* ..... ◯ હા ◯ ના

16. તમારા ઘરમાં તમારી સાથે રહેતાં 19થી ઓછી ઉંમરના કોઈપણ બાળકોના નામો અને સંબંધો વિશે અમને કહો:

17. શું તમે ફુલ-ટાઈમ વિદ્યાર્થી છો? ..... ◯ હા ◯ ના

18. શું તમે 18 કે વધુ વર્ષની ઉંમરે પાલક સંભાળમાં હતાં? ..... ◯ હા ◯ ના

વૈકલ્પિક: *(એ બધું ભરો જે લાગુ પડે છે.)*

19. **જો હિસ્પેનિક/લેટિનો હો તો, વંશીયતા:** ◯ મેક્સિકન ◯ મેક્સિકન અમેરિકન ◯ શિકાનો/આ ◯ પ્યુર્ટો રિકન ◯ ક્યુબન ◯ અન્ય _____

20. **જાતિ:** ◯ શ્વેત ◯ અશ્વેત અથવા આફ્રિકન અમેરિકન ◯ અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કાના મૂળ નિવાસી ◯ ફિલિપિનો ◯ જાપાનીઝ ◯ કોરિયન ◯ એશિયન ભારતીય ◯ ચાઈનીઝ ◯ વિયેતનામીઝ ◯ અન્ય એશિયન ◯ મૂળ હવાઈઅન ◯ ગ્વામેનિઅન અથવા ચેમોરો ◯ સેમોઅન ◯ અન્ય પેસિફિક આઈલેન્ડર ◯ અન્ય _____

તમારી અરજી અંગે મદદ જોઈએ છે? મુલાકાત લો HealthCare.gov, અથવા અમને આ નંબર પર કૉલ કરો 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596. જો તમને અંગ્રેજી સિવાયની ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો, કૉલ કરો 1-800-318-2596 અને તમને જરૂરી ભાષા અંગે ગ્રાહક સેવા પ્રતિનિધિને કહો. તમને કોઈપણ ખર્ચ વિના અમે તમને મદદ કરીશું. TTY યુઝર્સએ આ નંબર પર કૉલ કરવો જોઈએ 1-855-889-4325.

પગલું 2: વ્યક્તિ 1 (તમારા સાથે ચાલુ રાખો.)

હાલની નોકરી અને આવકની માહિતી

◯ **રોજગાર છે:** જો આપ હાલમાં રોજગાર ધરાવતા હો તો અમને તમારી આવક વિશે કહો. પ્રશ્ન 21 સાથે શરૂ કરો.

◯ **રોજગાર નથી:** પ્રશ્ન 31 પર જાઓ.

◯ **સ્વ-રોજગાર:** પ્રશ્ન 30 પર જાઓ.

હાલની નોકરી 1:

21. નોકરીદાતાનું નામ

a. નોકરીદાતા સરનામું

b. શહેર | c. રાજ્ય | d. ઝિપ કોડ | 22. નોકરીદાતાનો ફોન નંબર ( ) –

23. વેતન/ટિપ્સ (ટેક્સ અગાઉ) $ ◯ કલાકે ◯ અઠવાડિયે ◯ દર 2 અઠવાડિયે ◯ મહિનામાં બે વખત ◯ મહિને ◯ વાર્ષિક

24. દરેક અઠવાડિયે કામ કર્યું હોય તેવા સરેરાશ કલાકો

હાલની નોકરી 2: (જો તમે વધારાની નોકરીઓ ધરાવતા હો અને વધારે જગ્યાની જરૂર હોય તો કાગળની વધુ એક શીટ જોડો.)

25. નોકરીદાતાનું નામ

a. નોકરીદાતાનું સરનામું

b. શહેર | c. રાજ્ય | d. ઝિપ કોડ | 26. નોકરીદાતાનો ફોન નંબર ( ) –

27. વેતન/ટિપ્સ (ટેક્સ અગાઉ) $ ◯ કલાકે ◯ અઠવાડિયે ◯ દર 2 અઠવાડિયે ◯ મહિનામાં બે વખત ◯ મહિને ◯ વાર્ષિક

28. દરેક અઠવાડિયે કામ કર્યું હોય તેવા સરેરાશ કલાકો

29. **ગત વર્ષમાં, શું તમે:** ◯ નોકરીઓ બદલી ◯ કામ કરવું બંધ કર્યું ◯ ઓછાં કલાકો માટે કામ શરૂ કર્યું ◯ આમાંથી એક પણ નહીં

30. **જો સ્વ-રોજગાર હોય તો જવાબ a અને b આપો:**

a. કામનો પ્રકાર:

b. તમે આ સ્વ-રોજગારમાંથી આ મહિને (વ્યાપારી ખર્ચાઓ ચૂકવવામાં આવ્યા બાદનો નફો) કેટલી ચોખ્ખી આવક મેળવશો? *સૂચનાઓ જુઓ* $

31. **તમે આ મહિનામાંથી મેળવશો તેવી અન્ય આવક:** લાગુ પડતું બધું ભરો અને રકમ આપો તથા તમે કેટલી વખત મેળવો છો. કંઈપણ ન હોય તો અહીં ચોકડી કરો. ☐

નોંધ: તમારે બાળ સહાય, વેટર્ન પેમેન્ટ અથવા પૂરક સામાજીક આવક (SSI)માંથી મળતી આવક વિશે અમને કહેવાની જરૂર **નથી**.

◯ બેરોજગારી	$	કેટલી વખત?	◯ ખાધાખોરાકી મેળવી	$	કેટલી વખત?
◯ પેન્શન	$	કેટલી વખત?	◯ નેટ ફાર્મિંગ/ફિશિંગ	$	કેટલી વખત?
◯ સોશિયલ સિક્યોરિટી	$	કેટલી વખત?	◯ ચોખ્ખું ભાડું/રોયલ્ટી	$	કેટલી વખત?
◯ નિવૃત્તિ ખાતાંઓ	$	કેટલી વખત?	◯ અન્ય આવક પ્રકાર:	$	કેટલી વખત?

32. **કપાતો:** લાગુ પડતું હોય તે બધું ભરો અને રકમ તથા તમે તે કેટલી વખત ચૂકવો છો તે આપો. જો તમે એવી ચોક્કસ બાબતો માટે ચૂકવણી કરતાં હો કે જેને ફેડરલ આવક વેરા રિટર્ન પર બાદ કરી શકાય તો તેના વિશે અમને કહેવાથી હેલ્થ કવરેજનો ખર્ચ થોડો ઓછો થઈ શકે છે.

નોંધ: તમે જેના માટે ચૂકવણી કરતાં હો તે બાળ સહાય અથવા ચોખ્ખાં સ્વ-રોજગાર માટે તમારા જવાબમાં પણ પહેલેથી ગણાઈ ગયેલાં ખર્ચનો તમારે સમાવેશ કરવો ન જોઈએ (પ્રશ્ન 30b).

◯ ખાધાખોરાકી ચૂકવી	$	કેટલી વખત?	◯ અન્ય કપાતો પ્રકાર:	$	કેટલી વખત?
◯ વિદ્યાર્થી લોન વ્યાજ	$	કેટલી વખત?			

33. **જો તમારી આવક વર્ષ દરમિયાન બદલાય તો આ પ્રશ્ન પૂરો કરો,** જેમ કે જો તમે વર્ષના ચોક્કસ ભાગ માટે નોકરી પર જ કામ કરતાં હો અથવા ચોક્કસ મહિનાઓ માટે લાભ મેળવતા હો. જો તમે તમારી માસિક આવકમાં ફેરફારોની અપેક્ષા રાખતા ન હો તો આગામી વ્યક્તિ પર જાઓ.

તમારી કુલ આવક **આ વર્ષે** $

તમારી કુલ આવક **આગામી** વર્ષે (જો તમે માનતા હો કે તે અલગ હોઈ શકે છે) $

આભાર! અમારે તમારા વિશે આ જાણવાની જરૂર છે.

તમારી અરજી અંગે મદદ જોઈએ છે? મુલાકાત લો HealthCare.gov, અથવા અમને આ નંબર પર કૉલ કરો 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596. જો તમને અંગ્રેજી સિવાયની ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો, કૉલ કરો 1-800-318-2596 અને તમને જરૂરી ભાષા અંગે ગ્રાહક સેવા પ્રતિનિધિને કહો. તમને કોઈપણ ખર્ચ વિના અમે તમને મદદ કરીશું. TTY યુઝર્સએ આ નંબર પર કૉલ કરવો જોઈએ 1-855-889-4325.

પૂર્ણ કરશો નહીં. આ અરજી નથી.

પગલું 2: વ્યક્તિ 2

નોંધ: જો આ વ્યક્તિને સ્વાસ્થ્ય કવરેજની જરૂર ન હોય તો આ પાન પર માત્ર પ્રશ્નો 1-10નો જવાબ આપો. જો તમારા ઘરમાં 2થી વધુ વ્યક્તિઓ હોય તો પાન 4-5ની નકલ બનાવો.

તમારા જીવનસાથી/સાથીદાર માટે અને તમારી સાથે રહેતાં બાળકો માટે અને/અથવા જો તમે ફેડરલ આવક વેરા રિટર્ન ભરતાં હો તો તેના પર હોય તેવી કોઈપણ વ્યક્તિ માટે આ પાન પૂર્ણ કરો. જો તમે ટેક્સ રિટર્ન ફાઈલ કરતા ન હો તો હજીપણ તમારી સાથે રહેતાં કુટુંબીજનોને ઉમેરવાનું યાદ રાખો. કોનો સમાવેશ કરવો તેના વિશે વધુ માહિતી માટે જુઓ પાન 1.

1. પ્રથમ નામ | મધ્યમ નામ | અટક | પ્રત્યય

2. વ્યક્તિ 1 સાથેનો સંબંધ? *સૂચનાઓ જુઓ.*

3. વ્યક્તિ 2 પરિણીત છે? ◯ હા ◯ ના

4. જન્મતારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ) ___ / ___ / ___

5. લિંગ ◯ પુરૂષ ◯ સ્ત્રી

6. સોશિયલ સિક્યોરિટી નંબર (SSN) ___ – ___ – ___

જો તમે વ્યક્તિ 2 માટે સ્વાસ્થ્ય કવરેજ ઇચ્છતા હો અને વ્યક્તિ 2 SSN ધરાવતી હોય તો અમારે આની જરૂર છે.

7. શું વ્યક્તિ 2 વ્યક્તિ 1 જેવા જ સમાન સરનામે રહે છે? ◯ હા ◯ ના

જો ના તો, સરનામું જણાવો:

8. **શું વ્યક્તિ 2 આગામી વર્ષે ફેડરલ આવક વેરા રિટર્ન ભરવાની યોજના ધરાવે છે?** *(જો વ્યક્તિ 2એ ફેડરલ આવક વેરાનું રિટર્ન ન ભર્યું હોય તો પણ તમે હજી પણ કવરેજ માટે અરજી કરી શકો છો.)*

◯ **હા. જો હા તો,** કૃપા કરીને પ્રશ્નો a–cનો જવાબ આપો. ◯ **ના. જો ના તો,** પ્રશ્ન c પર જાઓ.

a. શું વ્યક્તિ 2 જીવનસાથી સાથે સંયુક્તપણે ફાઈલ કરશે? ◯ હા ◯ ના

જો હા તો, કૃપા કરીને પતિ કે પત્નીનું નામ લખો:

b. શું વ્યક્તિ 2 તેમના કે તેણીના ટેક્સ રિટર્ન પર કોઈપણ આશ્રિતો માટે દાવો કરશે? ◯ હા ◯ ના

જો હા તો, આશ્રિતોના નામ(મો) જણાવો:

c. શું વ્યક્તિ 2 માટે અન્ય વ્યક્તિના ટેક્સ રિટર્નમાં આશ્રિત તરીકે દાવો કરવામાં આવશે? ◯ હા ◯ ના

જો હા તો, કૃપા કરીને ટેક્સ ફાઈલરનું નામ જણાવો:

વ્યક્તિ 2નો ટેક્સ ફાઈલર સાથે શું સંબંધ છે?

9. શું વ્યક્તિ 2 ગર્ભવતી છે? ◯ હા ◯ ના a. **જો હા તો,** આ ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન કેટલાં બાળકોની અપેક્ષા રાખવામાં આવે છે? ☐

10. **શું વ્યક્તિ 2ને સ્વાસ્થ્ય કવરેજની જરૂર છે?** *(વ્યક્તિ 2 કવરેજ ધરાવતી હોય તો પણ વધુ સારા કવરેજ અથવા ઓછા ખર્ચ સાથેનો કાર્યક્રમ હોઈ શકે છે.)*

◯ **હા. જો હા તો,** નીચેના બધા પ્રશ્નોનાં જવાબો આપો. ◯ **ના. જો ના તો, પાન 5 પર આવકના પ્રશ્નો પર જાઓ.** આ પાનનો બાકીનો હિસ્સો ખાલી છોડી દો.

11. શું વ્યક્તિ 2 એવી કોઈ શારીરિક, માનસિક, અથવા ભાવનાત્મક સ્થિતિ ધરાવે છે જેનાથી પ્રવૃત્તિઓમાં મર્યાદા આવતી હોય (જેમ કે ન્હાવું, કપડાં પહેરવા, રોજીંદા કામો, વગેરે.) અથવા તબીબી સુવિધા અથવા નર્સિંગ હોમમાં રહેવું પડતું હોય? ◯ હા ◯ ના

12. શું વ્યક્તિ 2 **અમેરિકન નાગરિક અથવા અમેરિકન રાષ્ટ્રીયતાનાં** છે? ◯ હા ◯ ના

13. શું વ્યક્તિ 2 **પ્રાકૃતિક અથવા તારવવામાં આવેલા નાગરિક છે?** *(આનો સામાન્ય રીતે એવો અર્થ થાય છે કે તેમનો જન્મ અમેરિકાની બહાર થયો હતો.)*

◯ **હા. જો હા તો,** કૃપા કરીને a અને bપૂરા કરો. ◯ **ના. જો ના તો,** પ્રશ્ન 14 પર જાઓ.

a. એલિયન નંબર

b. પ્રમાણપત્ર નંબર

તમે a અને bપૂરા કરો ત્યારબાદ, પ્રશ્ન 15 પર જાઓ.

14. **જો વ્યક્તિ 2 અમેરિકન નાગરિક અથવા અમેરિકન રાષ્ટ્રીયતા ધરાવતા ન હોય તો,** શું તેઓ માન્ય ઈમિગ્રેશન દરજ્જો ધરાવે છે? ◯ હા. દસ્તાવેજનો પ્રકાર અને આઈડી નંબર દાખલ કરો. *સૂચનાઓ જુઓ.*

ઈમિગ્રેશન દસ્તાવેજ પ્રકાર:

દરજ્જાનો પ્રકાર (વૈકલ્પિક):

વ્યક્તિ 2ના ઈમિગ્રેશન દસ્તાવેજ પર જે રીતે તેમનું નામ છે તે રીતે લખો.

એલિયન અથવા I-94નંબર

કાર્ડ નંબર અથવા પાસપોર્ટ નંબર

SEVIS ID અથવા શેષતિથિ (વૈકલ્પિક)

અન્ય (વર્ગનો કોડ અથવા ઈસ્યુ થયું હોય તે દેશ)

a. શું વ્યક્તિ 2 1996થી અમેરિકામાં રહી છે? ◯ હા ◯ ના

b. શું વ્યક્તિ 2, અથવા વ્યક્તિ 2ના પતિ કે પત્ની અથવા માતાપિતા અમેરિકન લશ્કરનાં ◯ હા ◯ ના

15. છેલ્લાં 3 મહિનામાં તબીબી બિલ્સ માટે ચૂકવણી કરવા માટે વ્યક્તિ 2ને મદદની જરૂર છે? ◯ હા ◯ ના

16. શું વ્યક્તિ 2 19થી ઓછી ઉંમરના ઓછામાં ઓછા એક બાળક સાથે રહે છે અને શું વ્યક્તિ 2 આ બાળકની સંભાળ લેનાર મુખ્ય વ્યક્તિ છે? *(જો વ્યક્તિ 2 અથવા તેમના પતિ કે પત્ની આ બાળકની કાળજી લેતાં હોય તો "હા" પસંદ કરો.)* ◯ હા ◯ ના

17. વ્યક્તિ 2 સાથે તેમના ઘરમાં રહેતા 19થી નીચેના કોઈપણ બાળકોના નામો અને સંબંધો અમને કહો: *(આ પાન 2 પર સૂચિત સમાન બાળકો હોઈ શકે છે.)*

18. શું વ્યક્તિ 2 18 કે વધુ વર્ષની ઉંમરે પાલક સંભાળમાં હતાં? ◯ હા ◯ ના

જો વ્યક્તિ 2 22 અથવા ઓછી ઉંમરની હોય તો કૃપા કરીને આ પ્રશ્નોના જવાબો આપો:

19. શું વ્યક્તિ 2 નોકરી દ્વારા વીમો ધરાવતી હતી અને છેલ્લાં 3 મહિનામાં તેને ગુમાવ્યો? ◯ હા ◯ ના

a. **જો હા તો,** અંત તારીખ: ___ / ___ / ___ b. વીમો પૂરો થવાનું કારણ:

20. શું વ્યક્તિ 2 ફુલ-ટાઈમ વિદ્યાર્થી છે? ◯ હા ◯ ના

વૈકલ્પિક: *(એ બધું ભરો જે લાગુ પડે છે.)*

21. **જો હિસ્પેનિક/લેટિનો હો તો,** વંશીયતા: ◯ મેક્સિકન ◯ મેક્સિકન અમેરિકન ◯ શિકાનો/આ ◯ પ્યુર્ટો રિકન ◯ ક્યુબન ◯ અન્ય _____

22. **જાતિ:** ◯ શ્વેત ◯ અશ્વેત અથવા આફ્રિકન અમેરિકન ◯ અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કાના મૂળ નિવાસી ◯ ફિલિપિનો ◯ જાપાનીઝ ◯ કોરિયન ◯ એશિયન ભારતીય ◯ ચાઈનીઝ ◯ વિયેતનામીઝ ◯ અન્ય એશિયન ◯ મૂળ હવાઈઅન ◯ ગ્વામેનિઅન અથવા ચેમોરો ◯ સેમોઅન ◯ અન્ય પેસિફિક આઈલેન્ડર ◯ અન્ય _____

તમારી અરજી અંગે મદદ જોઈએ છે? મુલાકાત લો HealthCare.gov, અથવા અમને આ નંબર પર કૉલ કરો 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596. જો તમને અંગ્રેજી સિવાયની ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો, કૉલ કરો 1-800-318-2596 અને તમને જરૂરી ભાષા અંગે ગ્રાહક સેવા પ્રતિનિધિને કહો. તમને કોઈપણ ખર્ચ વિના અમે તમને મદદ કરીશું. TTY યુઝર્સએ આ નંબર પર કૉલ કરવો જોઈએ 1-855-889-4325.

પગલું 2: વ્યક્તિ 2

વ્યક્તિ 2 મેળવતી હોય તેવી કોઈપણ આવક વિશે અમને કહો.
વ્યક્તિ 2ને સ્વાસ્થ્ય કવરેજની જરૂર ન હોય તો પણ આ પાન પૂરું કરો.

હાલની નોકરી અને આવકની માહિતી

◯ **રોજગાર છે:** જો વ્યક્તિ 2 હાલમાં રોજગાર ધરાવતા હોય તો, તેમની/તેણીની આવક વિશે અમને કહો. પ્રશ્ન 23 સાથે શરૂ કરો.

◯ **રોજગાર નથી:** પ્રશ્ન 33 પર જાઓ.

◯ **સ્વ-રોજગાર:** પ્રશ્ન 32 પર જાઓ.

હાલની નોકરી 1:

23. નોકરીદાતાનું નામ

a. નોકરીદાતા સરનામું

b. શહેર | c. રાજ્ય | d. ઝિપ કોડ | 24. નોકરીદાતાનો ફોન નંબર ( ) –

25. વેતન/ટિપ્સ (ટેક્સ અગાઉ) $ ◯ કલાકે ◯ અઠવાડિયે ◯ દર 2 અઠવાડિયે ◯ મહિનામાં બે વખત ◯ મહિને ◯ વાર્ષિક

26. દરેક અઠવાડિયે કામ કર્યું હોય તેવા સરેરાશ કલાકો

હાલની નોકરી 2: (જો વ્યક્તિ 2 વધુ નોકરીઓ ધરાવતી હોય તો કાગળની વધુ એક શીટ જોડો.)

27. નોકરીદાતાનું નામ

a. નોકરીદાતા સરનામું

b. શહેર | c. રાજ્ય | d. ઝિપ કોડ | 28. નોકરીદાતાનો ફોન નંબર ( ) –

29. વેતન/ટિપ્સ (ટેક્સ અગાઉ) $ ◯ કલાકે ◯ અઠવાડિયે ◯ દર 2 અઠવાડિયે ◯ મહિનામાં બે વખત ◯ મહિને ◯ વાર્ષિક

30. દરેક અઠવાડિયે કામ કર્યું હોય તેવા સરેરાશ કલાકો

31. **ગત વર્ષમાં, વ્યક્તિ 2એ:** ◯ નોકરીઓ બદલી ◯ કામ કરવું બંધ કર્યું ◯ ઓછાં કલાકો માટે કામ શરૂ કર્યું ◯ આમાંથી એક પણ નહીં

32. **જો વ્યક્તિ 2 સ્વ-રોજગાર ધરાવતી હોય તો નીચેના પ્રશ્નોના જવાબો આપો:**

a. કામનો પ્રકાર:

b. વ્યક્તિ 2 આ મહિને આ સ્વ-રોજગારમાંથી (વ્યાપારી ખર્ચાઓ ચૂકવવામાં આવ્યા બાદનો નફો) કેટલી ચોખ્ખી આવક મેળવશે? *જુઓ સૂચનાઓ* $

33. **વ્યક્તિ 2 આ મહિનામાંથી મેળવે તેવી અન્ય આવક:** લાગુ પડતું હોય તે બધું ભરો અને રકમ તથા વ્યક્તિ 2 કેટલી વખત તે મેળવે છે તે આપો. કંઈપણ ન હોય તો અહીં ચોકડી કરો. ☐

નોંધ: તમારે બાળ સહાય, વેટર્ન પેમેન્ટ, અથવા પૂરક સલામતી આવક (SSI)માંથી આવતી વ્યક્તિ 2ની આવક વિશે અમને કહેવાની જરૂર **નથી**.

◯ બેરોજગારી	$	કેટલી વખત?	◯ ખાધાખોરાકી મેળવી	$	કેટલી વખત?
◯ પેન્શન	$	કેટલી વખત?	◯ નેટ ફાર્મિંગ/ફિશિંગ	$	કેટલી વખત?
◯ સોશિયલ સિક્યોરિટી	$	કેટલી વખત?	◯ ચોખ્ખું ભાડું/રોયલ્ટી	$	કેટલી વખત?
◯ નિવૃત્તિ ખાતાંઓ	$	કેટલી વખત?	◯ અન્ય આવક પ્રકાર:	$	કેટલી વખત?

34. **કપાતો:** લાગુ પડતું હોય તે બધું ભરો અને રકમ તથા વ્યક્તિ 2 તે કેટલી વખત મેળવે છે તે આપો. જો વ્યક્તિ 2 એવી ચોક્કસ બાબતો માટે ચૂકવણી કરતાં હોય કે જેને ફેડરલ આવક વેરા રિટર્ન પર બાદ કરી શકાય તો તેના વિશે અમને કહેવાથી હેલ્થ કવરેજનો ખર્ચ થોડો ઓછો થઈ શકે છે.

નોંધ: વ્યક્તિ 2 જેના માટે ચૂકવણી કરતાં હોય તે બાળ સહાય અથવા ચોખ્ખાં સ્વ-રોજગાર માટે તમારા જવાબમાં પણ પહેલેથી ગણાઈ ગયેલાં ખર્ચનો તમારે સમાવેશ કરવો ન જોઈએ (પ્રશ્ન 32b).

◯ ખાધાખોરાકી ચૂકવી	$	કેટલી વખત?	◯ અન્ય કપાતો પ્રકાર:	$	કેટલી વખત?
◯ વિદ્યાર્થી લોન વ્યાજ	$	કેટલી વખત?			

35. **જો વ્યક્તિ 2ની આવક વર્ષ દરમિયાન બદલાય તો જ પૂરું કરો,** જેમ કે જો વ્યક્તિ 2 વર્ષના ચોક્કસ ભાગ માટે નોકરી પર જ કામ કરતી હોય અથવા ચોક્કસ મહિનાઓ માટે લાભ મેળવતી હોય. જો તમે વ્યક્તિ 2ની માસિક આવકમાં ફેરફારોની અપેક્ષા રાખતા ન હો તો આગામી વ્યક્તિ પર જાઓ. ➡

વ્યક્તિ 2ની કુલ આવક **આ વર્ષે** $

વ્યક્તિ 2ની કુલ આવક **આગામી વર્ષે** $

આભાર! વ્યક્તિ 2 વિશે અમારે આ જાણવાની જરૂર છે.

તમારી અરજી અંગે મદદ જોઈએ છે? મુલાકાત લો HealthCare.gov, અથવા અમને આ નંબર પર કૉલ કરો 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596. જો તમને અંગ્રેજી સિવાયની ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો, કૉલ કરો 1-800-318-2596 અને તમને જરૂરી ભાષા અંગે ગ્રાહક સેવા પ્રતિનિધિને કહો. તમને કોઈપણ ખર્ચ વિના અમે તમને મદદ કરીશું. TTY યુઝર્સએ આ નંબર પર કૉલ કરવો જોઈએ 1-855-889-4325.

પગલું 3: અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કાના મૂળ નિવાસી (AI/AN) કુટુંબીજન(નો)

1. **શું તમે અથવા તમારા કુટુંબમાં કોઈપણ અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કાના મૂળ નિવાસી છે?**

◯ **ના. જો ના તો,** પગલાં 4 પર જાઓ. ◯ **YES. જો હા તો,** પગલાં 4 પર ચાલુ રહો, વત્તા પરિશિષ્ટ B પૂરું કરો અને અરજી સાથે તેને સામેલ કરો.

પગલું 4: તમારા કુટુંબનું સ્વાસ્થ્ય કવરેજ

1. **આ અરજીમાં સૂચિત કોઈપણ વ્યક્તિને નોકરીમાંથી સ્વાસ્થ્ય કવરેજ આપવામાં આવ્યું છે?**
કવરેજ અન્ય કોઈ વ્યક્તિની નોકરીમાંથી હોય, જેમ કે માતા કે પિતા અથવા પતિ કે પત્ની, તો પણ હા પર ચોકડી કરો, પછી ભલે તેઓ કવરેજ સ્વીકારતાં ન હોય.
◯ હા. ચાલુ રાખો અને ત્યારબાદ પરિશિષ્ટ A પૂરું કરો. **શું આ રાજ્ય કર્મચારી લાભ યોજના છે?**..... ◯ હા ◯ ના
◯ ના.

2. **શું હવે કોઈપણ વ્યક્તિ સ્વાસ્થ્ય કવરેજમાં દાખલ થઈ છે?**
◯ હા. **જો હા તો,** પ્રશ્ન 3 પર ચાલુ રહો.
◯ ના. **જો ના તો,** પગલાં 5 પર જાઓ.

3. **વર્તમાન સ્વાસ્થ્ય કવરેજ વિશેની માહિતી.** *(જો 2થી વધુ વ્યક્તિઓ હાલમાં સ્વાસ્થ્ય કવરેજ ધરાવતી હોય તો આ પાનની એક નકલ બનાવો.)*
નોકરીદાતા વીમો, COBRA, મેડિકેઈડ, CHIP, મેડિકેર, TRICARE, VA હેલ્થ કેર પ્રોગ્રામ, પીસ કોર્પ્સ, અથવા અન્ય જેવા કવરેજના પ્રકાર લખો.
(જો તમારી પાસે ડાયરેક્ટ કેર અથવા લાઈન ઑફ ડ્યુટી હોય તો અમને TRICARE વિશે કહેશો નહીં.)

વ્યક્તિ 1:

સ્વાસ્થ્ય કવરેજમાં દાખલ થયેલી વ્યક્તિનું નામ

કવરેજનો પ્રકાર:
◯ નોકરીદાતા વીમો ◯ COBRA ◯ મેડિકેઈડ ◯ CHIP ◯ મેડિકેર ◯ TRICARE ◯ VA સ્વાસ્થ્યસંભાળ કાર્યક્રમ ◯ પીસ કોર્પ્સ ◯ અન્ય

જો તે નોકરીદાતા વીમો હોય તો: *(તમારે પરિશિષ્ટ A પૂરો કરવાની પણ જરૂર પડશે.)*
સ્વાસ્થ્ય વીમા કંપનીનું નામ | પૉલિસી/આઈડી નંબર

જો તે અન્ય પ્રકારનું કવરેજ હોય તો:
સ્વાસ્થ્ય વીમા કંપનીનું નામ | પૉલિસી/આઈડી નંબર

શું આ મર્યાદિત લાભની યોજના છે, શાળા અકસ્માત પૉલિસીની જેમ?..... ◯ હા ◯ ના

વ્યક્તિ 2:

સ્વાસ્થ્ય કવરેજમાં દાખલ થયેલી વ્યક્તિનું નામ

કવરેજનો પ્રકાર:
◯ નોકરીદાતા વીમો ◯ COBRA ◯ મેડિકેઈડ ◯ CHIP ◯ મેડિકેર ◯ TRICARE ◯ VA સ્વાસ્થ્યસંભાળ કાર્યક્રમ ◯ પીસ કોર્પ્સ ◯ અન્ય

જો તે નોકરીદાતા વીમો હોય તો: *(તમારે પરિશિષ્ટ A પૂરો કરવાની પણ જરૂર પડશે.)*
સ્વાસ્થ્ય વીમા કંપનીનું નામ | પૉલિસી/આઈડી નંબર

જો તે અન્ય પ્રકારનું કવરેજ હોય તો:
સ્વાસ્થ્ય વીમા કંપનીનું નામ | પૉલિસી/આઈડી નંબર

શું આ મર્યાદિત લાભની યોજના છે, શાળા અકસ્માત પૉલિસીની જેમ?..... ◯ હા ◯ ના

પગલું 5: તમારી સમજૂતી અને સહી

1. **શું તમે માર્કેટપ્લેસને આગામી 5 વર્ષ માટે ટેક્સ રિટર્નમાંથી મળતી માહિતી સહિતના આવકના ડેટાનો ઉપયોગ કરવા માટે મંજૂરી આપો છો?**..... ◯ હા ◯ ના

ભાવિ વર્ષોમાં કવરેજ માટે ચૂકવણી કરવામાં મદદ કરવા માટે તમારી યોગ્યતા નક્કી કરવાનું વધારે સરળ બનાવવા માટે તમે માર્કેટપ્લેસને ટેક્સ રિટર્નમાંથી મળતી માહિતી સહિતનો સુધારેલો આવકના ડેટાનો ઉપયોગ કરવાની મંજૂરી આપવા સંમત થઈ શકો છો. માર્કેટપ્લેસ તમને નોટિસ મોકલશે અને તમને કોઈપણ ફેરફારો કરવા દેશે. તમે હજીપણ લાયક છો તેની ખાતરી કરવા માટે માર્કેટપ્લેસ ચકાસણી કરશે અને તમારી આવક હજીપણ લાયક ઠરે છે તે સાબિત કરવા માટે તમને પૂછી શકે છે. તમે કોઈપણ સમયે તેમાંથી બહાર નીકળી જઈ શકો છો.

જો ના તો, મારી માહિતી આપોઆપ અપડેટ કરો આગામી નીચેના વર્ષ માટે:

◯ 4 વર્ષ ◯ 2 વર્ષ ◯ સ્વાસ્થ્ય કવરેજ ચૂકવવામાં મદદ માટે મારી યોગ્યતાને રિન્યુ કરવા માટે મારા ટેક્સ ડેટાનો ઉપયોગ કરશો નહીં.
◯ 3 વર્ષ ◯ 1 વર્ષ (આ વિકલ્પ પસંદ કરવાથી રિન્યુઅલ વખતે કવરેજ માટે ચૂકવણી કરવાની તમારી ક્ષમતા પર અસર પડી શકે છે.)

2. **આ અરજી પર સ્વાસ્થ્ય વીમા માટે અરજી કરી રહેલી કોઈપણ વ્યક્તિને પકડવામાં આવી છે (અટકાયત અથવા જેલ)?**..... ◯ હા ◯ ના

જો હા તો, અમને વ્યક્તિનું નામ કહો. અટકાયત કરેલી વ્યક્તિનું નામ છે:

◯ જો વ્યક્તિ આરોપોના સમાધાનનો સામનો કરી રહી હોય તો અહીં ભરો.

જો આ અરજી પર કોઈપણ વ્યક્તિ મેડિકેઈડ માટે લાયક હોય તો:

- હું મેડિકેઈડ એજંસીને અન્ય સ્વાસ્થ્ય વીમા, કાનૂની સમાધાનો, અથવા અન્ય ત્રીજા પક્ષકારો તરફથી કોઈપણ નાણાં લેવા અને મેળવવાના અમારા અધિકારો આપી રહ્યા છીએ. હું મેડિકેઈડ એજંસીને જીવનસાથી અથવા માતા કે પિતા તરફથી તબીબી સહાય લેવા અને મેળવવાના અધિકારો પણ આપી રહ્યા છીએ.
- આ અરજી પર કોઈપણ બાળક એવું છે જેના માતા કે પિતા ઘરની બહાર રહેતાં હોય?..... ◯ હા ◯ ના
- જો હા તો હું જાણું છું કે મને એ એજંસીને સહકાર આપવાનું કહેવામાં આવી શકે છે જે ગેરહાજર માતા કે પિતા તરફથી તબીબી સહાય એકત્ર કરે છે. જો હું માનું કે તબીબી સહાય એકત્ર કરવામાં સહકાર આપવાથી મને અથવા મારા બાળકોને નુકસાન થશે તો હું મેડિકેઈડને તે અંગે કહી શકું છું અને મારે સહકાર આપવો જરૂરી નથી.

- હું ખોટા સોગંદ માટેની સજા હેઠળ આ અરજીમાં સહી કરી રહ્યો છું જેનો અર્થ એ છે કે આ પત્રક પરના બધા પ્રશ્નોના મેં મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી પ્રમાણે સાચા જવાબો પૂરા પાડ્યા છે. હું જાણું છું કે હું ફેડરલ કાનૂન હેઠળ દંડને પાત્ર હોઈ શકું છું, જો હું ઈરાદાપૂર્વક ખોટી અથવા જૂઠી માહિતી પૂરી પાડું.
- હું જાણું છું કે આ અરજી પર મેં જે લખ્યું હોય તેમાં કોઈપણ ફેરફાર થાય (અને તેના કરતા અલગ હોય તો) મારે 30 દિવસની અંદર હેલ્થ ઈન્સ્યોરન્સ માર્કેટપ્લેસને જાણ કરવાની રહેશે. કોઈપણ ફેરફારો અંગે જાણ કરવા માટે હું HealthCare.gov‌ની મુલાકાત લઈ શકું છું અથવા 1-800-318-2596 પર કૉલ કરી શકું છું. હું સમજું છું કે મારી માહિતીમાં થયેલો ફેરફાર મારી યોગ્યતા તેમજ મારા ઘરના સભ્ય(ભ્યો)ની યોગ્યતાને અસર કરી શકે છે.
- હું જાણું છું કે ફેડરલ કાનૂન હેઠળ, જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, લિંગ, ઉંમર, જાતિય અભિમુખતા, લિંગ ઓળખ, અથવા અપંગતાના આધાર પર ભેદભાવની પરવાનગી આપવામાં આવતી નથી. હું www.hhs.gov/ocr/office/file‌ની મુલાકાત લઈને ભેદભાવની ફરિયાદ ફાઈલ કરી શકું છું.
- હું જાણું છું કે આ પત્રકમાંની માહિતીનો ઉપયોગ માત્ર સ્વાસ્થ્ય કવરેજની યોગ્યતા નક્કી કરવા, કવરેજ માટે ચૂકવણી કરવામાં મદદ માટે (જો વિનંતી કરવામાં આવી હોય તો), અને માર્કેટપ્લેસ તથા કવરેજ માટે ચૂકવણી કરવામાં મદદ કરતા કાર્યક્રમોના કાનૂની હેતુઓ માટે જ થશે.

જો તમે અરજી કરવાનું પસંદ કરો તો સ્વાસ્થ્ય કવરેજ માટે ચૂકવણી કરવામાં મદદ કરવા માટેની તમારી યોગ્યતાની ચકાસણી કરવા માટે અમને આ માહિતીની જરૂર છે. અમારા ઈલેક્ટ્રોનિક ડેટાબેઝમાંની માહિતી અને ઈન્ટરલ રેવન્યુ સર્વિસ (IRS), સોશિયલ સિક્યોરિટી, ડિપાર્ટમેન્ટ ઑફ હોમલેન્ડ સિક્યોરિટી, અને/અથવા ગ્રાહકને રિપોર્ટિંગ એજંસી તરફથી મળતા ડેટાબેઝમાંની માહિતીનો ઉપયોગ કરીને અમે તમારા જવાબોની ચકાસણી કરીશું. જો માહિતી મળતી આવતી ન હોય તો અમે તમને પુરાવો મોકલવાનું કહી શકીએ છીએ.

જો હું માનતો હોઉં કે મારી યોગ્યતાના પરિણામો ખોટાં છે તો મારે શું કરવું જોઈએ?

તમે જેના માટે લાયક ઠરતા હો તેની સાથે તમે સંમત ન હો તો, ઘણાં કિસ્સાઓમાં, તમે અપીલ માટે વિનંતી કરી શકો છો. કવરેજ માટે અરજી કરતી તમારા ઘરની દરેક વ્યક્તિ માટે ચોક્કસ અપીલની સૂચનાઓ જોવા માટે કૃપા કરીને તમારી યોગ્યતાની સમીક્ષા કરો, જેમાં અપીલની વિનંતી કરવા માટે તમારી પાસે કેટલાં દિવસો છે તેનો પણ સમાવેશ થાય છે. અપીલની વિનંતી કરતી વખતે અહીં કેટલીક અગત્યની માહિતી ધ્યાનમાં લેવાની છે:

- જો તમે ઈચ્છતા હો તો તમારી પાસે તમારી અપીલમાં વિનંતી કરવા અથવા સહભાગ લેવા માટે કોઈ વ્યક્તિ છે. તે વ્યક્તિ મિત્ર, સંબંધી, વકીલ, અથવા અન્ય વ્યક્તિ હોઈ શકે છે. અથવા, તમે તમારી પોતાની મેળે તમારી અપીલ અંગે વિનંતી કરી શકો છો અને તેમાં સહભાગ લઈ શકો છો.
- જો તમે અપીલની વિનંતી કરો તો તમારી અપીલ પડતર હોય તે દરમિયાન કવરેજ માટે તમારી યોગ્યતા જાળવવા માટે તમે સક્ષમ હોઈ શકો છો.
- અપીલનું પરિણામ તમારા ઘરના અન્ય સભ્યોની યોગ્યતાને બદલી શકે છે.

તમારી માર્કેટપ્લેસ યોગ્યતાના પરિણામો અંગે અપીલ કરવા માટે, મુલાકાત લો https://www.healthcare.gov/can-i-appeal-a-marketplace-decision/. આ નંબર પર માર્કેટપ્લેસ કૉલસેન્ટરને કૉલ કરો 1-800-318-2596. TTY યુઝર્સએ આ નંબર પર કૉલ કરવો જોઈએ 1-855-889-4325. તમે આ સરનામે અપીલ વિનંતી પત્રક અથવા અપીલની વિનંતી કરતો તમારો પોતાનો પત્ર મોકલી શકો છો Health Insurance Marketplace, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. તમે માર્કેટપ્લેસ, પ્રવેશ સમયગાળા, ટેક્સ ક્રેડિટ, ખર્ચ વહેંચણી ઘટાડાઓ, મેડિકેઈડ, અને CHIP, દ્વારા સ્વાસ્થ્ય કવરેજ ખરીદવા માટેની યોગ્યતા અંગે અપીલ કરી શકો છો, જો તમને આનો ઈન્કાર કરવામાં આવ્યો હોય તો. જો તમે ટેક્સ ક્રેડિટ અથવા ખર્ચ વહેંચણીના ઘટાડાઓ માટે લાયક ઠરો તો અમે તમને જેના માટે લાયક ગણ્યા તે રકમ સામે તમે અપીલ કરી શકો છો. તમારા રાજ્યના આધારે તમે માર્કેટપ્લેસ દ્વારા અપીલ કરવા સક્ષમ હોઈ શકો છો અથવા તમારે મેડિકેઈડ કે CHIP એજંસી દ્વારા અપીલ કરવા માટે સક્ષમ હોઈ શકો છો.

વ્યક્તિ 1એ આ અરજીમાં સહી કરવી જોઈએ. જો તમે અધિકૃત પ્રતિનિધિ હો તો વ્યક્તિ 1એ પરિશિષ્ટ Cમાં સહી કરી હોય ત્યાં સુધી તમે અહીં સહી કરી શકો છો.

સહી	સહી કર્યાની તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)
	/ /

જો તમે ખુલ્લા પ્રવેશની બહાર આ અરજીમાં સહી કરી રહ્યા હો (નવેમ્બર 15 અને ફેબ્રુઆરી 15ની વચ્ચે), તો ખાતરી કરો કે તમે પરિશિષ્ટ Dની સમીક્ષા કરો ("જીવનમાં ફેરફારો વિશેના પ્રશ્નો").

પગલું 6: પૂરી થયેલી અરજી ટપાલમાં મોકલી આપો

તમારી સહી કરેલી અરજી આ સરનામે મોકલી આપો:
Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001

જો તમે મત આપવા માટે રજીસ્ટર થવા માંગતા હો તો તમે આ વેબસાઈટ પર મતદાતા રજીસ્ટ્રેશન પત્રક પૂરું કરી શકો છો www.eac.gov.

તમારી અરજી અંગે મદદ જોઈએ છે? મુલાકાત લો HealthCare.gov, અથવા અમને આ નંબર પર કૉલ કરો 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596. જો તમને અંગ્રેજી સિવાયની ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો, કૉલ કરો 1-800-318-2596 અને તમને જરૂરી ભાષા અંગે ગ્રાહક સેવા પ્રતિનિધિને કહો. તમને કોઈપણ ખર્ચ વિના અમે તમને મદદ કરીશું. TTY યુઝર્સએ આ નંબર પર કૉલ કરવો જોઈએ 1-855-889-4325.

પરિશિષ્ટ A

પત્રક માન્ય
OMB નં. 0938-1191

નોકરીઓમાંથી સ્વાસ્થ્ય કવરેજ

તમારે **નથી** જરૂર આ પ્રશ્નોના જવાબ આપવાની સિવાય કે ઘરમાં કોઈ વ્યક્તિ નોકરીમાંથી સ્વાસ્થ્ય કવરેજ માટે લાયક હોય, પછી ભલે તેઓ કવરેજ ન સ્વીકારે. કવરેજ ઑફર કરતી પ્રત્યેક નોકરી માટે આ પાનની નકલ જોડો.

કવરેજ ઑફર કરતી નોકરી વિશે અમને કહો.

આ પાનની એક નકલ મોકલી દો અને તમને આ પ્રશ્નોના જવાબ આપવામાં મદદ કરતી નોકરીદાતા પાસે તે લઈ જાઓ.

કર્મચારી માહિતી

1. કર્મચારીનું નામ (પ્રથમ, મધ્ય, અંતિમ)	2. કર્મચારી સોશિયલ સિક્યોરીટી નંબર
	– –

નોકરીદાતા માહિતી

3. નોકરીદાતાનું નામ	4. નોકરીદાતા ઓળખ ક્રમાંક (EIN)
	–
5. નોકરીદાતાનું સરનામું	**6. નોકરીદાતાનો ફોન નંબર**
	( ) –

7. શહેર	8. રાજ્ય	9. ઝિપ કોડ

10. આ નોકરી પર કર્મચારી સ્વાસ્થ્ય કવરેજ વિશે અમે કોનો સંપર્ક કરી શકીએ?

11. ફોન નંબર (જો ઉપર કરતાં અલગ હોય તો)	12. ઈમેઈલ એડ્રેસ
( ) –	

13. શું કર્મચારી હાલમાં આ નોકરીદાતા દ્વારા ઑફર કરવામાં આવતા કવરેજ માટે લાયક છે, અથવા કર્મચારી આગામી 3 મહિનામાં લાયક બનશે?

◯ હા (ચાલુ રાખો) ◯ ના (અહીં અટકો, અને અરજીમાં પગલાં 5 પર પરત ફરો.)

a. જો તમે વેઈટિંગ અથવા પ્રોબેશનરી સમયગાળામાં હો તો, કવરેજમાં તમે ક્યારે દાખલ થઈ શકો? (મમ/દિદિ/વવવવ)

/ /

આ નોકરીમાંથી કવરેજ માટે લાયક હોય તેવી અન્ય કોઈપણ વ્યક્તિના નામોની યાદી આપો.

નામ	નામ	નામ

આ નોકરીદાતા દ્વારા સૌથી ઓછા ખર્ચનો જે હેલ્થ પ્લાન ઑફર કરવામાં આવતો હોય તેના વિશે અમને કહો.

14. શું નોકરીદાતા એવો હેલ્થ પ્લાન ઑફર કરે છે જે લઘુત્તમ મૂલ્ય ધોરણને પૂર્ણ કરતો હોય*? ◯ હા ◯ ના

15. લઘુત્તમ મૂલ્ય ધોરણ*ને પૂર્ણ કરતો સૌથી ઓછા ખર્ચનો પ્લાન કે જે માત્ર **કર્મચારીને ઑફર કરવામાં આવે છે** (ફેમિલિ પ્લાનનો સમાવેશ કરશો નહીં): જો નોકરીદાતા કલ્યાણ કાર્યક્રમો ધરાવતો હોય તો એવું પ્રિમિયમ પૂરું પાડો કે જે કર્મચારી ચૂકવશે, જો તેઓએ/તેણીએ કોઈપણ તમાકુ મુક્તિ કાર્યક્રમો માટે મહત્તમ ડિસ્કાઉન્ટ મેળવ્યું હોય અને કલ્યાણ કાર્યક્રમોના આધારે અન્ય કોઈપણ ડિસ્કાઉન્ટ મેળવ્યું ન હોય.

a. આ યોજના માટે કર્મચારીએ પ્રિમિયમમાં કેટલી ચૂકવણી કરવાની રહેશે? $

b. કેટલી વખત? ◯ અઠવાડિયે ◯ દર 2 અઠવાડિયે ◯ મહિનામાં બે વખત ◯ મહિનામાં એક વખત ◯ દર ત્રણ મહિને ◯ વાર્ષિક (આગામી પ્રશ્ન પર જાઓ.)

16. નવા પ્લાનના વર્ષ માટે નોકરીદાતા જો કોઈપણ ફેરફાર કરે તો તે શું હશે?

◯ નોકરીદાતા સ્વાસ્થ્ય કવરેજ ઑફર કરશે નહીં.

◯ નોકરીદાતા કર્મચારીઓને સ્વાસ્થ્ય કવરેજ ઑફર કરવાનું શરૂ કરશે અથવા સૌથી ઓછા ખર્ચ માટે પ્રિમિયમ બદલવાનું શરૂ કરશે જે લઘુત્તમ મૂલ્ય ધોરણ*ને પૂર્ણ કરે અને માત્ર કર્મચારીને જ ઉપલબ્ધ હોય. (પ્રિમિયમમાં કલ્યાણ કાર્યક્રમો માટે ડિસ્કાઉન્ટ પ્રતિબિંબિત થવું જોઈએ. પ્રશ્ન 15 જુઓ.)

a. તે પ્લાન માટે કર્મચારીએ કેટલું પ્રિમિયમ ચૂકવવું પડશે? $

b. કેટલી વખત? ◯ અઠવાડિયે ◯ દર 2 અઠવાડિયે ◯ મહિનામાં બે વખત ◯ મહિનામાં એક વખત ◯ દર ત્રણ મહિને ◯ વાર્ષિક

c. ફેરફારની તારીખ: / /

**નોકરીદાતા પ્રાયોજીત સ્વાસ્થ્ય પ્લાન "લઘુત્તમ મૂલ્ય ધોરણ" પૂર્ણ કરે છે, જો પ્લાન દ્વારા આવરી લેવામાં આવતા કુલ માન્ય લાભના ખર્ચનો પ્લાનનો હિસ્સો આવા ખર્ચના 60%થી ઓછો ન હોય તો (1986ના ઈન્ટરનલ રેવન્યુ કોડની કલમ 36B(c)(2)(C)(ii)). નોકરીદાતાઓ દ્વારા ઑફર કરવામાં આવતા મોટાભાગના હેલ્થ પ્લાન લઘુત્તમ મૂલ્ય ધોરણને પૂરું કરે છે.

તમારી અરજી અંગે મદદ જોઈએ છે? મુલાકાત લો HealthCare.gov અથવા અમને અહીં કૉલ કરો 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596. જો તમને અંગ્રેજી સિવાયની ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો, કૉલ કરો 1-800-318-2596 અને તમને જરૂરી ભાષા અંગે ગ્રાહક સેવા પ્રતિનિધિને કહો. તમને કોઈપણ ખર્ચ વિના અમે તમને મદદ કરીશું. TTY યુઝર્સએ આ નંબર પર કૉલ કરવો જોઈએ 1-855-889-4325.

પરિશિષ્ટ B

પત્રક માન્ય
OMB નં. 0938-1191

અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કાના મૂળ નિવાસી કુટુંબીજન (AI/AN)

જો તમે અથવા કુટુંબીજન અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કાના મૂળ નિવાસી હો અને કવરેજ માટે અરજી કરી રહ્યા હો તો આ પરિશિષ્ટ પૂરું કરો. તમારી "સ્વાસ્થ્ય કવરેજ માટે અરજી અને ખર્ચ ચૂકવવામાં મદદ" સાથે આ સુપ્રત કરો.

તમારા અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કાના મૂળ કુટુંબીજન(નો) વિશે અમને કહો.

અમેરિકન ભારતીયો અને અલાસ્કાના મૂળ નિવાસીઓ ભારતીય સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ, આદિવાસી સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમો, અથવા શહેરી ભારતીય સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમો તરફથી સેવાઓ મેળવી શકે છે. તેઓએ ખર્ચ વહેંચણી ચૂકવવાની જરૂર ન હોય તેમ બની શકે છે અને વિશેષ માસિક પ્રવેશ સમયગાળાઓ મેળવી શકે છે. તમારા કુટુંબને શક્ય તેટલી વધુ મદદ મળે તેની ખાતરી કરવા માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબો આપો.

નોંધ: જો તમે સમાવેશ કરવા માટે વધુ લોકો ધરાવતા હો તો આ પાનાની નકલ કરો અને જોડો.

AI/AN વ્યક્તિ 1:

1. નામ (પ્રથમ નામ, મધ્યમ નામ, અંતિમ નામ)

2. ફેડરલ પ્રમાણે અધિકૃત જાતિના સભ્ય છો? ..... ◯ હા ◯ ના

જો હા તો, જાતિનું નામ:

રાજ્યની જાતિ અહીં આવેલી છે:

3. શું આ વ્યક્તિએ ક્યારેય ભારતીય સ્વાસ્થ્ય સેવા, આદિવાસી સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમ, અથવા શહેરી ભારતીય સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમ તરફથી અથવા આ કાર્યક્રમો પૈકીના એકમાંથી ભલામણ દ્વારા સેવા મેળવી છે?..... ◯ હા ◯ ના

   જો ના તો, શું આ વ્યક્તિ ભારતીય સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ, આદિવાસી સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમો, અથવા શહેરી ભારતીય સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમો, અથવા આ કાર્યક્રમો પૈકીના એકમાંથી ભલામણ દ્વારા સેવા મેળવવા માટે લાયક છે?..... ◯ હા ◯ ના

4. મેળવવામાં આવેલા કેટલાંક નાણાનો મેડિકેઇડ અથવા બાળ સ્વાસ્થ્ય વીમા કાર્યક્રમ (CHIP) માટે ગણત્રી ન થાય તેમ બની શકે છે. તમારી અરજી પર નોંધાયેલી કોઈપણ આવક (રકમ અને કેટલી વખત) સૂચવો જેમાં આ સ્રોતોમાંથી મળતાં નાણાંનો સમાવેશ થાય:
   - જાતિ તરફથી માથાદીઠ ચૂકવણીઓ કે જે કુદરતી સંસાધનો, વપરાશના અધિકારો, લીઝ, અથવા રૉયલ્ટીમાંથી આવે છે
   - કુદરતી સંસાધનો, રેન્ચિંગ, માછીમારી, લીઝ, અથવા ડિપાર્ટમેન્ટ ઑફ ઈન્ટિરિયર દ્વારા ઈન્ડિયન ટ્રસ્ટ તરીકે નિર્દિષ્ટ જમીનમાંથી મળતી રૉયલ્ટીમાંથી આવતી ચૂકવણીઓ (રિઝર્વેશન અને ભૂતકાળના રિઝર્વેશન સહિત)
   - સાંસ્કૃતિક મહત્ત્વ ધરાવતી ચીજો વેચીને મળતાં નાણાં

$

કેટલી વખત?

AI/AN વ્યક્તિ 2:

1. નામ (પ્રથમ નામ, મધ્યમ નામ, અંતિમ નામ)

2. ફેડરલ પ્રમાણે અધિકૃત જાતિના સભ્ય છો? ..... ◯ હા ◯ ના

જો હા તો, જાતિનું નામ:

રાજ્યની જાતિ અહીં આવેલી છે:

3. શું આ વ્યક્તિએ ક્યારેય ભારતીય સ્વાસ્થ્ય સેવા, આદિવાસી સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમ, અથવા શહેરી ભારતીય સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમ તરફથી અથવા આ કાર્યક્રમો પૈકીના એકમાંથી ભલામણ દ્વારા સેવા મેળવી છે? ..... ◯ હા ◯ ના

   જો ના તો, શું આ વ્યક્તિ ભારતીય સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ, આદિવાસી સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમો, અથવા શહેરી ભારતીય સ્વાસ્થ્ય કાર્યક્રમો અથવા આ કાર્યક્રમો પૈકીના એકમાંથી ભલામણ દ્વારા સેવા મેળવવા માટે લાયક છે?..... ◯ હા ◯ ના

4. મેળવવામાં આવેલા કેટલાંક નાણાનો મેડિકેઇડ અથવા બાળ સ્વાસ્થ્ય વીમા કાર્યક્રમ (CHIP) માટે ગણત્રી ન થાય તેમ બની શકે છે. તમારી અરજી પર નોંધાયેલી કોઈપણ આવક (રકમ અને કેટલી વખત) સૂચવો જેમાં આ સ્રોતોમાંથી મળતાં નાણાંનો સમાવેશ થાય:
   - જાતિ તરફથી માથાદીઠ ચૂકવણીઓ કે જે કુદરતી સંસાધનો, વપરાશના અધિકારો, લીઝ, અથવા રૉયલ્ટીમાંથી આવે છે
   - કુદરતી સંસાધનો, રેન્ચિંગ, માછીમારી, લીઝ, અથવા ડિપાર્ટમેન્ટ ઑફ ઈન્ટિરિયર દ્વારા ઈન્ડિયન ટ્રસ્ટ તરીકે નિર્દિષ્ટ જમીનમાંથી મળતી રૉયલ્ટીમાંથી આવતી ચૂકવણીઓ (રિઝર્વેશન અને ભૂતકાળના રિઝર્વેશન સહિત)
   - સાંસ્કૃતિક મહત્ત્વ ધરાવતી ચીજો વેચીને મળતાં નાણાં

$

કેટલી વખત?

પરિશિષ્ટ C

પત્રક માન્ય
OMB નં. 0938-1191

આ અરજી પૂરી કરવા અંગે મદદ

માત્ર પ્રમાણિત અરજી કાઉન્સેલર્સ, નેવિગેટર્સ, એજંટ્સ, અને બ્રોકર્સ માટે જ

જો તમે પ્રમાણિત અરજી કાઉન્સેલર, નેવિગેટર, એજંટ, અથવા અન્ય કોઈ વ્યક્તિ માટે આ અરજી ભરતાં બ્રોકર હો તો જ આ વિભાગ પૂરો કરો.

1. અરજી શરૂ થયાની તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)

/ /

2. પ્રથમ નામ, મધ્યમ નામ, અટક, અને પ્રત્યય

3. સંગઠનનું નામ

4. આઈડી નંબર (જો લાગુ પડતું હોય તો)

5. માત્ર એજંટ્સ/બ્રોકર્સ જ: NPN નંબર

તમે અધિકૃત પ્રતિનિધિ પસંદ કરી શકો છો.

તમે વિશ્વાસુ વ્યક્તિને આ અરજી વિશે અમારી સાથે વાત કરવા માટે, તમારી માહિતી જોવા માટે અને આ અરજી સાથે સંબંધિત બાબતો પર તમારા માટે કામ કરવા માટે પરવાનગી આપી શકો છો, જેમાં તમારી અરજી વિશે માહિતી મેળવવાનો તથા તમારા તરફથી તમારી અરજીમાં સહી કરવાનો પણ સમાવેશ થાય છે. આ વ્યક્તિને "અધિકૃત પ્રતિનિધિ" કહે છે. જો તમારે ક્યારેય પણ તમારા અધિકૃત પ્રતિનિધિને બદલવાની કે દૂર કરવાની જરૂર પડે તો માર્કેટપ્લેસનો સંપર્ક કરો. જો તમે આ અરજીમાં કોઈ વ્યક્તિ માટે કાનૂની રીતે નીમાયેલાં પ્રતિનિધિ હો તો અરજી સાથે પુરાવો સુપ્રત કરો.

1. અધિકૃત પ્રતિનિધિનું નામ (પ્રથમ નામ, મધ્ય નામ, અંતિમ નામ)

2. સરનામું

3. એપાર્ટમેન્ટ અથવા સ્વીટ નંબર

4. શહેર

5. રાજ્ય

6. ઝિપ કોડ

7. ફોન નંબર

( ) –

8. સંગઠનનું નામ

9. આઈડી નંબર (જો લાગુ પડતું હોય તો)

સહી કરીને તમે આ વ્યક્તિને તમારી અરજીમાં સહી કરવા, આ અરજી વિશે સત્તાવાર માહિતી મેળવવા અને આ અરજી સાથે સંબંધિત બધી ભાવિ બાબતો પર તમારા માટે કાર્યવાહી કરવાની મંજૂરી આપે છે.

10. આ અરજી પર સૂચિત વ્યક્તિ 1ની સહી

11. સહી કર્યાની તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)

/ /

પરિશિષ્ટ D

પત્રક માન્ય
OMB નં. 0938-1191

જીવનના ફેરફારો વિશેના પ્રશ્નો

(તમારે આ પાનાની સાથે આ અરજીનો બાકીનો ભાગ પૂરો કરવાનો રહેશે. એકલું આ પાન જ સુપ્રત ન કરશો.)

જો આ અરજીમાંની કોઈપણ વ્યક્તિએ છેલ્લાં 60 દિવસોમાં જીવનમાં કેટલાંક ફેરફારો અનુભવ્યા હોય તો નીચેના પ્રશ્નો ભરો. જીવનના કેટલાંક ફેરફારોથી તાત્કાલિક શરૂઆત કરવા માટે માર્કેટપ્લેસ દ્વારા તમને કવરેજ મળે છે. અમે એ પણ ભલામણ કરીએ છીએ કે તમે આ પ્રશ્નોનો તો જવાબ આપો, જો ફેબ્રુઆરી 15, 2015નાં રોજ પૂરો થતો વાર્ષિક ઓપન એનરોલમેન્ટ પિરિયડ પૂરો થાય ત્યારબાદ અને આ વર્ષમાં આગામી વાર્ષિક ઓપન એનરોલમેન્ટ પિરિયડ શરૂ થાય તે પહેલાં તમે અરજી કરી રહ્યા હો.

આ પ્રશ્નો વૈકલ્પિક છે. જો તમારા જીવનના સંજોગોમાં ફેરફાર થયો ન હોય તો તમે આ જવાબોને કોરા છોડી શકો છો. તમે મેડિકેઈડમાં અને ચિલ્ડ્રન્સ હેલ્થ ઈન્સ્યોરન્સ પ્રોગ્રામ (CHIP)માં વર્ષના કોઈપણ સમયે દાખલ થઈ શકો છો, તમે જીવનના ફેરફારો અનુભવ્યા ન હોય તો પણ. ફેડરલી અધિકૃત જાતિઓના સભ્યો અને અલાસ્કાના મૂળ નિવાસી હિસ્સેધારકો વર્ષના કોઈપણ સમયે માર્કેટપ્લેસ દ્વારા કવરેજમાં દાખલ થઈ શકે છે.

તમારા ઘરમાં ફેરફારો વિશે અમને કહો.

1. છેલ્લાં 60 દિવસોમાં કોઈએ સ્વાસ્થ્ય કવરેજ ગુમાવ્યું હોય અથવા આગામી 60 દિવસોમાં કવરેજ ગુમાવવાની અપેક્ષા હોય.

નામો	કવરેજનો અંત આવ્યાની અથવા અંત આવશે તે તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)
☐ પ્રિમિયમ ન ચૂકવવાને કારણે કવરેજનો અંત આવ્યો હોય તો અહીં ચોકડી કરો.	/ /

2. છેલ્લાં 60 દિવસોમાં કોઈનું લગ્ન થયું.

નામો	તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)
	/ /

3. છેલ્લાં 60 દિવસોમાં કોઈનો જન્મ થયો હોય, દત્તક લેવામાં આવ્યું હોય, અથવા પાલક સંભાળ માટે મૂકવામાં આવ્યા હોય.

નામો	તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)
	/ /

4. છેલ્લાં 60 દિવસોમાં કોઈએ લાયક ઈમિગ્રેશન દરજ્જો મેળવ્યો હોય.

નામો	તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)
	/ /

5. છેલ્લાં 60 દિવસોમાં કોઈએ સ્થળાંતર કર્યું હોય.

નામો	સ્થળાંતરની તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)
	/ /

6. છેલ્લાં 60 દિવસોમાં અટક, અટકાયત અથવા જેલમાંથી કોઈની મુક્તિ થઈ હોય.

નામો	તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)
	/ /