NE POPUNJAVATI. OVO NIJE APLIKACIJA.

Health Insurance Marketplace

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

Prijava za zdravstveno osiguranje i pomoć u plaćanju troškova

Prijavite se brže preko interneta na veb-stranici HealthCare.gov

Popunite ovaj obrazac da biste vidjeli za koju vrstu pokrića ispunjavate uslove

- Marketplace planovi koji nude sveobuhvatno osiguranje kako bi vam pomogli da ostanete dobro.
- Porezni kredit koji vam može odmah pomoći sniziti premije za zdravstveno osiguranje.
- Besplatno ili jeftino osiguranje putem Medicaid-a ili Programa zdravstvenog osiguranja djece (CHIP).

Određeni nivoi prihoda mogu se kvalifikovati za besplatne ili jeftine programima.

Ko može koristiti ovaj obrazac?

- Pomoću ove aplikacije prijavite bilo koga u svom domaćinstvu.
- **Prijavite se čak i ako vi, vaš bračni drug ili dijete već imate zdravstveno osiguranje. Možete se kvalifikovati za besplatno ili jeftinije osiguranje.**
- Ako ste neudati/neoženjeni, možda ćete moći da popunite kraći obrazac. Pogledajte veb-stranicu HealthCare.gov.
- Mogu se prijaviti domaćinstva koja sadrže imigrante koji ispunjavaju uslove. Možete prijaviti svoje dijete čak iako vi nemate prava na osiguranje. Podnošenje zahtjeva neće utjecati na vaš imigracijski status ili mogućnost da postanete stalni stanovnik ili državljanin.
- Ako vam neko pomaže da popunite ovaj obrazac, možda ćete trebati da popunite Dodatak C.

Šta vam može trebati da biste se prijavili

- Brojevi socijalnog osiguranja (SSN) (ili brojevi dokumenta za sve imigrante kojima treba osiguranje, a koji ispunjavaju uslove).
- Podaci o poslodavcu i primanjima za sve članove vaše porodice (poput platnih odrezaka, W-2 obrazaca ili izvještaja o zaradama i porezima).
- Broj polise postojećeg zdravstvenog osiguranja.
- Podaci o bilo kakvom zdravstvenom osiguranju koje je dostupno vašem domaćinstvu.

Zašto tražimo ove podatke?

Mi tražimo podatke o prihodu i druge podatke da bismo vam mogli reći za koju vrstu pokrivenosti ispunjavate uslove i imate li pravo na pomoć u plaćanju istog. **Svi vaši podaci će biti povjerljivi i zaštićeni, u skladu sa zakonom**. Ukoliko želite pročitati Zakon o zaštiti podataka, možete pogledati veb-stranicu HealthCare.gov ili pročitati upute.

Šta će se zatim desiti?

Popunjen i potpisan obrazac pošaljite na adresu koja se nalazi na stranici 7. **Čak iako nemate sve podatke koje smo tražili, svejedno možete potpisati i predati prijavu.** Konktaktirat ćemo vas u roku od 1-2 sedmice, **amožete dobiti telefonski poziv od kompanije Marketplace ako nam je potrebno još podataka**. Obavijest o ispunjavanju uslova dobit ćete poštom nakon obrade vaše prijave. Ako vam se ne javimo, kontaktirajte Marketplace pozivni centar. Ispunjavanje ove prijave ne znači da morate kupiti zdravstveno osiguranje.

Ako vam treba pomoć da popunite ovu prijavu

- **Preko interneta:** HealthCare.gov
- **Na telefon:** Nazovite telefonsku službu za Tržište zdravstvenog osiguranja na broj **1-800-318-2596**. Korisnici teleprintera mogu nazvati **1-855-889-4325.**
- **Lično:** Možda u vašem gradu postoje savjetnici koji vam mogu pomoći. Za dodatne informacije, pogledajte veb-stranicu HealthCare.gov ili nazovite telefonsku službu Tržišta zdravstvenog osiguranja na broj **1-800-318-2596**.
- **Ostali jezici:** Ako vam je potrebna pomoć na nekom drugom jeziku, a ne engleskom, nazovite broj telefona 1-800-318-2596 i recite telefonskom službeniku koji jezik govorite. Mi ćemo vam besplatno pomoći.

Imate pravo da ove informacije dobijete i u nekom drugom formatu. Takođe imate pravo da uložite žalbu ukoliko smatrate da je prema vama izvršena diskriminacija. Pogledajte stranicu CMS.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, ili nazovite Tržiste osiguranja na broj telefona **1-800-38-2596**. Korisnici teleprintera mogu nazvati **1-855-889-4325**.

Izjava iz Zakona o smanjenju papirologije: U skladu sa Zakonom o smanjenju papirologije iz 1995. godine, osoba nije dužna da pruži tražene informacije ukoliko nije naveden važeći OMB kontrolni broj. Važeći OMB kontrolni broj za ove informacije je 0938-1191. Procjenjuje se da je za ispunjavanje ove prijave potrebno u prosjeku 45 minuta, uključujući i vrijeme potrebno da se pročitaju upute, pretraže postojeći resursi podataka, prikupe traženi podaci i popune i pregledaju prikupljene informacije. Ukoliko imate komentare vezano za preciznost procijenjenog potrebnog vremena za ispunjavanje ove prijave ili prijedloge kako da se poboljša ovaj obrazac, molimo obratite se na adresu: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Molimo da popunite štampanim slovima koristeći isključivo crnu ili tamno plavu tintu .
Popunite kružiće (◯) ovako → ●.

KORAK 1: Recite nam nešto o sebi.

(Jedna odrasla osoba u porodici treba da bude kontakt osoba za vašu prijavu.)

1. Ime	Srednje ime	Prezime	Sufiks

2. Kućna adresa (Ostavite prazno ako je nemate.)	3. Kućna adresa 2

4. Grad	5. Savezna država	6. Poštanski broj	7. Okrug

8. Mailing address (if different from home address)	9. Poštanska adresa 2

10. Grad	11. Savezna država	12. Poštanski broj	13. Okrug

14. Broj telefona	15. Drugi broj telefona
( ) -	( ) -

16. Želite li da informacije o ovoj prijavi primate putem elektronske pošte (emaila)? ◯ Da ◯ Ne

Email adresa:

17. Preferirani jezik:	Pisani	Govorni

KORAK 2: Recite nam o vašem domaćinstvu.

Koga sve hoćete da stavite na ovu prijavu?
Ispunite stranice koraka 2 za svaku osobu u vašem domaćinstvu, čak i ako osoba ima zdravstveno osiguranje. Informacije u ovoj prijavi pomažu nam da osiguramo da svi dobiju najbolje moguće osiguranje. Iznos pomoći ili tipa programa za koji se kvalificirate temelji se na broju ljudi u vašem domaćinstvu i prihodima vašeg domaćinstva. Ako ne uključite nekoga, čak i ako ta osoba već ima zdravstveno osiguranje, to može uticati na vašu podobnost za osiguranje.

Za odrasle osobe kojima je potrebno osiguranje:
*Navedite ove osobe **čak iako se oni sami ne prijavljuju za osiguranje**:*

- Supružnik
- Sve sinove ili kćeri mlađe od 21 godine sa kojima žive, uključujući posvojenu djecu.
- Bilo koje drugo lice koje se nalazi na istoj federalnoj prijavi poreza na prihod (uključujući i djecu stariju od 21 godine ako se nalaze na poreskoj prijavi roditelja). Ne morate prijavljivati porez da bi dobili zdravstveno osiguranje.

Za djecu mlađu od 21 godine kojoj je potrebno osiguranje:
*Navedite ove osobe **čak iako se oni sami ne prijavljuju za osiguranje**:*

- Roditelji (uključujući i maćehu ili očuha) sa kojima žive
- Braća i sestre sa kojima žive
- Sinovi i kćerke koji sa njima žive, uključujući i pastorke
- Bilo kog bračnog druga sa kojim žive
- Bilo koje drugo lice koje je navedeno na istoj poreskoj prijavi. Ne morate prijavljivati porez da bi dobili zdravstveno osiguranje.

Ispunite korak 2 za svaku osobu u vašem domaćinstvu.
Počnite od sebe, a zatim dodajte druge odrasle i djecu. Ako imate više od 2 osobe u svom domaćinstvu morate napraviti kopiju stranica i priložiti ih.

Ne morate dostaviti imigracijski status ili broj socijalnog osiguranja za članove domaćinstva kojim nije potrebno zdravstveno osiguranje. Čuvaćemo privatnost i bezbjednost svih podataka koje nam dostavite, u skladu sa zakonom. Osobne podatke ćemo koristiti samo da bismo provjerili vašu podobnost za zdravstveno osiguranje.

KORAK 2: OSOBA 1 (Počnite od sebe.)

Ispunite korak 2 za vas, vašeg bračnog druga/partnera i uzdržavane osobe koje žive sa vama, i/ili bilo koju osobu koja je sa vama na saveznoj poreznoj prijavi na prihod ako ga prijavite. Poledajte stranicu 1 za više informacija o tome koga uključiti. Ako ne podnosite poreznu prijavu, sjetite se da ipak dodate osobe u svom domaćinstvu.

1. Ime	Srednje ime	Prezime	Sufiks

2. Veza sa OSOBOM 1?	3. Da li ste u braku?	4. Datum rođenja (mm/dd/gggg)	5. Pol
JA	◯ Da ◯ Ne	/ /	◯ Ženski ◯ Muški

6. Broj socijalnog osiguranja (SSN) - -

Treba nam broj socijalnog osiguranja (SSN) ako hoćete zdravsteno osigurnje i ako imate SSN ili ga možete dobiti. Mi koristimo SSN da provjerimo prihod i druge podatke kako bismo utvrdili ko ima pravo na pomoć za plaćanje zdravstenog osiguranja. Za više informacija o tome kako dobiti broj socijalnog osiguranja, posjetite **socialsecurity.gov** ili nazovite Socijalno osiguranje na 1-800-772-1213. Korisnici teleprintera mogu nazvati 1-800-325-0778.

7. **Planirate li IDUĆE GODINE prijaviti federalni porez na prihod?** *Možete se prijaviti za zdravstveno osiguranje čak iako ne prijavljujete federalni porez na prihod.*

◯ **DA. Ako je odgovor da,** odgovorite na stavke od a do c. ◯ **NE. Ako je odgovor ne,** preskočite na stavku c.

a. Da li ćete prijaviti porez zajedno sa suprugom? ..... ◯ Da ◯ Ne

Ako je odgovor da, napišite ima supružnika:

b. Hoćete li na svojoj poreskoj prijavi prijaviti da nekoga izdržavate? ..... ◯ Da ◯ Ne

Ako je odgovor da, napišite ime(na) onih koje izdržavate:

c. Hoćete li neko drugi na svojoj poreskoj prijavi prijaviti da vas izdržava? ..... ◯ Da ◯ Ne

Ako je odgovor da, navedite ime podnosioca poreza: U kakvoj ste vezi sa tom osobom?

8. Da li ste u drugom stanju? ..... ◯ Da ◯ Ne a. **Ako je odgovor da,** koliko djece očekujete da će se roditi u ovoj trudnoći?

9. **Da li vam treba zdravstveno osiguranje?** *Čak iako imate osiguranje, možda postoji program koji ima bolje pokriće ili manje troškove.*

◯ **DA. Ako je odgovor da,** odgovorite na sva pitanja u nastavku. ◯ **NE. Ako je odgovor ne,** PREĐITE na pitanja na stranci 3 koja se odnose na prihod. Ostavite ostatak ove stranice prazan.

10. Imate li posebnu zdravstvenu potrebu ili fizičko, mentalno ili emocionalno zdravstveno stanje koje uzrokuje ograničenja u aktivnostima (poput kupanja, oblačenja, svakodnevnih obaveza i sl.) ili živite u medicinskoj ustanovi ili staračkom domu? ..... ◯ Da ◯ Ne

11. Da li ste **američki državljanin** ili **američki građanin**? ..... ◯ Da ◯ Ne

12. Da li ste **naturalizovani državljanin** ili **državljanin po roditeljima**? *(Ovo obično znači da ste rođeni van Sjedinjenih Država.)*

◯ **DA. Ako je odgovor da,** popunite a i b. ◯ **NE. Ako je odgovor ne,** pređite na pitanje 13.

a. Broj stranca: b. Broj certifikata:

Nakon što odgovorite na a i b, PREĐITE na pitanje 14

13. **Ako niste američki državljanin ili američki građanin,** da li imate odgovarajući imigracioni status? ◯ **DA.** Unesite vrstu dokumenta i identifikacioni broj. *Pogledajte upute.*

Vrsta imigracionog dokumenta	Vrsta statusa (nije obavezno)	Napišite svoje ime kao što je napisano na vašem imigracionom dokumentu.

Broj stranca ili broj I-94	Broj kartona ili broj pasoša
SEVIS ID ili datum isticanja (nije obavezno)	Ostalo (šifra kategorije ili zemlja izdavanja)

a. Da li živite u SAD-u od 1996. godine? ..... ◯ Da ◯ Ne

b. Da li ste vi, vaš supružnik ili roditelj veteran ili aktivni u vojnoj službi u američkoj vojsci? ..... ◯ Da ◯ Ne

14. Da li vam treba pomoć da platite račune za liječenje za prethodna tri mjeseca? ..... ◯ Da ◯ Ne

15. Da li sa vama živi barem jedno dijete mlađe od 19 godina starosti i da li ste vi osoba koja brine o tom djetetu? *(Odgovorite sa „da“ ako vi ili vaš supružnik brine o tom djetetu.)* ..... ◯ Da ◯ Ne

Navedite imena i odnose sa svom djecom mlađom od 19 godina koja žive sa vama u vašem domaćinstvu:

16. Da li ste redovan student? ..... ◯ Da ◯ Ne

17. Da li ste bili u hraniteljskoj porodici sa 18 godina ili stariji od 18 godina? .... ◯ Da ◯ Ne

Nije obavezno: *(Popunite sve koji se odnose.)*

18. Rasa: ◯ Bijelac ◯ Crnac ili Amerikanac afričkog porijekla ◯ Američki Indijanac ili Starosjedilac Aljaske ◯ Filipinac ◯ Japanac ◯ Koreanac ◯ Azijski Indijanac ◯ Kinez ◯ Vijetnamac ◯ Ostali Azijati ◯ Starosjedilac Havaja ◯ Guamac ili Čamoroac ◯ Samoanac ◯ Ostali narodi ostrva Pacifika ◯ Ostalo _____

TREBA VAM POMOĆ U VEZI S PRIJAVOM? Posjetite našu veb-stranicu HealthCare.gov, ili nas nazovite na broj telefona **1-800-318-2596**. Ako vam je potrebna pomoć na nekom drugom jeziku, a ne engleskom, nazovite broj telefona **1-800-318-2596** i recite telefonskom službeniku koji jezik govorite. Mi ćemo vam besplatno pomoći. Gluhonijeme i druge osobe koje koriste samo poruke (tzv. TTY) trebaju nazvati broj telefona **1-855-889-4325**.

KORAK 2: OSOBA 1 (nastavite o sebi.)

Podaci o trenutnom zaposlenju i prihodu

◯ **Zaposlen(a):** Ako ste trenutno zaposleni, recite nam nešto o vašem prihodu. Počnite sa stavkom 21.

◯ **Nezaposlen(a):** Preskočite na stavku 31.

◯ **Privatnik (radite za sebe):** Preskočite na stavku 30.

Trenutni posao 1:

21. Ime poslodavca

a. Adresa poslodavca (opcionalno)

b. Grad

c. Savezna država

d. Poštanski broj

22. Broj telefona poslodavca ( ) -

23. Plata/napojnica (prije poreza) $

◯ Na sat ◯ Sedmično ◯ Svake 2 sedmice ◯ Dva puta mjesečno ◯ Mjesečno ◯ Godišnje

24. Prosječan broj radnih sati svake SEDMICE

Trenutni posao 2: (Ako radite na više radnih mjesta i treba vam više prostora, dodajte još jedan list papira.)

25. Ime poslodavca

a. Adresa poslodavca (opcionalno)

b. Grad

c. Savezna država

d. Poštanski broj

26. Broj telefona poslodavca ( ) -

27. Plata/napojnica (prije poreza) $

◯ Na sat ◯ Sedmično ◯ Svake 2 sedmice ◯ Dva puta mjesečno ◯ Mjesečno ◯ Godišnje

28. Prosječan broj radnih sati svake SEDMICE

29. **U proteklih godinu dana, da li ste:** ◯ Promjenili posao ◯ Prestali da radite ◯ Počeli da radite manji broj sati ◯ Ništa od navedenog

30. **Ako ste privatnik, odgovorite na pitanja a i b:**

a. Vrsta posla:

b. Kolika će vam biti neto zarada (dobit nakon što podmirite sve troškove poslovanja) od ovog posla za ovaj mjesec? *Pogledajte upute.* $

31. **Ostali prihod koji ćete ostvariti ovog mjeseca:** Popunite sve koje primate i navedite iznos i koliko ga često primate. Popunite ovdje ako ništa od ovoga ne primate. ◯ **NAPOMENA: Ne** trebate nam prijaviti prihod za izdržavanje djeteta, naknadu za veterane, ili dopunski prihod od osiguranja (tzv. SSI).

◯ Novčana naknada za nezaposleno lice	$	Koliko često?	◯ Alimentacija koju prima	$	Koliko često?
◯ Penzija	$	Koliko često?	◯ Neto od poljo-privrede/ribolova	$	Koliko često?
◯ Socijalno osiguranje	$	Koliko često?	◯ Neto od najma/ honorara	$	Koliko često?
◯ Penzioni fondovi	$	Koliko često?	◯ Ostali prihod Vrsta:	$	Koliko često?

32. **Odbici:** Popunite sve koje imate i navedite iznos i koliko ih često plaćate. Ako plaćate određene troškove koji se mogu odbiti sa vaše federalne prijave poreza na prihod, to navedite jer vam može pomoći da vam troškovi zdravstvenog osiguranja budu malo niži. **NAPOMENA**: Ne biste trebali navesti izdržavanje djeteta koje vi plaćate, ili one troškove koje ste već uzeli u obzir kada ste dali odgovor o neto prihodu koji ostvarujete (pitanje 30b)..

◯ Alimentacija koju plaća	$	Koliko često?	◯ Ostali prihod Vrsta:	$	Koliko često?
◯ Kamata na kredit za školovanje	$	Koliko često?			

33. **Odgovorite na ovo pitanje ako se vaš prihod mijenja tokom godine,** na primjer ako na nekom radnom mjestu radite samo jedan dio godine ili ako primate beneficije samo u određenim mjesecima u godini. Ako ne očekujete promjene u vašem mjesečnom prihodu, pređite na sljedeću osobu.

Vaš ukupni prihod **ove godine** $

Vaš ukupni prihod **iduće godine** (ako mislite da će se razlikovati) $

◯ Ispunite ako mislite da će vaš prihod biti teško predvidjeti.

Hvala! To je sve što nam treba da znamo o vama.

TREBA VAM POMOĆ U VEZI S PRIJAVOM? Posjetite našu veb-stranicu HealthCare.gov, ili nas nazovite na broj telefona **1-800-318-2596**. Ako vam je potrebna pomoć na nekom drugom jeziku, a ne engleskom, nazovite broj telefona **1-800-318-2596** i recite telefonskom službeniku koji jezik govorite. Mi ćemo vam besplatno pomoći. Gluhonijeme i druge osobe koje koriste samo poruke (tzv. TTY) trebaju nazvati broj telefona **1-855-889-4325**.

KORAK 2: OSOBA 2

Napomena: Ako ovoj osobi nije potrebno zdravstveno osiguranje, samo odgovorite na pitanja 1-10 na ovoj stranici. Fotokopirajte stranice 4-5 ukoliko u vašem domaćinstvu ima više od 2 ljudi.

Popunite ovu stranicu za vašeg supružnika/partnera i djecu koja sa vama žive i sve druge osobe koje se nalaze na istoj federalnoj poreskoj prijavi prihoda ukoliko prijavljujete porez. Ako ne prijavljujete porez, ne zaboravite dodati članove porodice koji sa vam žive. Pogledajte stranicu 1 za više informacija o tome koga treba uvrstiti.

1. Ime | Srednje ime | Prezime | Sufiks

2. Veza sa OSOBOM 1? *Pogledajte upute.*

3. Da li je OSOBA 2 udata/oženjena? ◯ Da ◯ Ne

4. Datum rođenja (mm/dd/gggg) __ / __ / ____

5. Pol ◯ Ženski ◯ Muški

6. Broj socijalnog osiguranja (SSN) ___ - __ - ____

To nam treba ako hoćete zdravstveno osiguranje za OSOBU 2 i ako OSOBA 2 ima SSN.

7. Da li OSOBA 2 živi na istoj adresi kao OSOBA 1? ◯ Da ◯ Ne

Ako ne, navedite adresu:

8. **Da li OSOBA 2 planira IDUĆE GODINE prijaviti federalni porez na prihod?** *(Možete se prijaviti za zdravstveno osiguranje čak iako OSOBA 2 ne prijavljuje federalni porez na prihod.)*

◯ **DA. Ako je odgovor da,** odgovorite na stavke od a do c. ◯ **NE. Ako je odgovor ne,** preskočite na stavku c.

a. Da li će OSOBA 2 prijaviti porez zajedno sa supružnikom? ◯ Da ◯ Ne

Ako je odgovor da, napišite ima supružnika:

b. Hoćete li OSOBA 2 na svojoj poreskoj prijavi prijaviti da nekoga izdržava? ◯ Da ◯ Ne

Ako je odgovor da, napišite ime(na) onih koje izdržava:

c. Hoćete li neko drugi na svojoj poreskoj prijavi prijaviti da izdržava OSOBU 2? ◯ Da ◯ Ne

Ako je odgovor da, navedite ime te osobe: U kakvoj je vezi OSOBA 2 sa tom osobom?

9. . Da li je OSOBA 2 u drugom stanju? ◯ Da ◯ Ne a. **Ako je odgovor da,** koliko djece očekuje da će roditi u ovoj trudnoći? ☐

10. **Da li OSOBI 2 treba zdravstveno osiguranje?** *(Čak iako OSOBA 2 ima osiguranje, možda postoji program koji ima bolje pokriće ili manje troškove.)*

◯ **DA. Ako je odgovor da,** odgovorite na sva pitanja u nastavku. ◯ **NE. Ako je odgovor ne**, PREĐITE na pitanja na stranci 5 koja se odnose na prihod. Ostavite ostatak ove stranice prazan.

11. Ima li OSOBA 2 fizičko, mentalno ili emocionalno zdravstveno stanje koje uzrokuje ograničenja u aktivnostima (poput kupanja, oblačenja, svakodnevnih obaveza i sl.), posebnu zdravstvenu potrebu ili živi u medicinskoj ustanovi ili staračkom domu? ◯ Da ◯ Ne

12. Da li je OSOBA 2 **američki državljanin** ili **američki građanin**? ◯ Da ◯ Ne

13. Da li je OSOBA 2 **naturalizovani državljanin** ili **državljanin po roditeljima**? *(Ovo obično znači da je rođen(a) van Sjedinjenih Država.)*

◯ **DA. Ako je odgovor da,** popunite a i b. ◯ **NE. Ako je odgovor ne,** pređite na pitanje 14.

a. Broj stranca

b. Broj certifikata

Nakon što odgovorite na a i b, PREĐITE na pitanje 15.

14. **Ako OSOBA 2 nije američki državljanin ili američki građanin,** da li ima odgovarajući imigracioni status? ◯ **DA**. Unesite vrstu dokumenta i identifikacioni broj. *Pogledajte upute.*

Vrsta imigracionog dokumenta: | Vrsta statusa (nije obavezno): | Napišite ime OSOBE 2 kao što je napisano na njenom/njegovom imigracionom dokumentu.

Broj stranca ili broj I-94 | Broj kartona ili broj pasoša

SEVIS ID ili datum isticanja (nije obavezno) | Ostalo (šifra kategorije ili zemlja izdavanja)

a. Da li OSOBA 2 živi u SAD-u od 1996. godine? ◯ Da ◯ Ne

b. Da li je OSOBA 2, supružnik OSOBE 2 ili roditelj OSOBE 2 veteran ili aktivan u vojnoj službi u američkoj vojsci? ◯ Da ◯ Ne

15. Da li OSOBI 2 treba pomoć da plati račune za liječenje za prethodna tri mjeseca? ◯ Da ◯ Ne

16. Da li sa OSOBOM 2 živi barem jedno dijete mlađe od 19 godina starosti i da li je OSOBA 2 osoba koja brine o tom djetetu? *(Upišite "da" ako se OSOBA 2 ili njen bračni drug staraju o ovom djetetu.)* ◯ Da ◯ Ne

17. Napišite imena i vezu sa svom djecom mlađom od 19 godina starosti koja žive sa OSOBOM 2 u njenom/njegovo domaćinstvu. *(To mogu biti ista djeca koja su navedena na stranici 2.)*

18. Da li je OSOBA 2 bila u hraniteljskoj porodici sa 18 godina ili kao starija od 18 godina? ◯ Da ◯ Ne

Odgovorite na ova pitanja ako OSOBA 2 ima 22 godine ili je mlađa od 22 godine starosti:

19. Da li je OSOBA 2 imala osiguranje preko posla, a da ga je izgubila u protekla 3 mjeseca? ◯ Da ◯ Ne

a. **Ako je odgovor da,** datum kada je osiguranje prestalo: __ / __ / ____ b. Razlog zašto je osiguranje prestalo:

20. Da li je OSOBA 2 redovan student? ◯ Da ◯ Ne

Nije obavezno: ***(Popunite sve koji se odnose.)***

21. Rasa: ◯ Bijelac ◯ Crnac ili Amerikanac afričkog porijekla ◯ Američki Indijanac ili Starosjedilac Aljaske ◯ Filipinac ◯ Japanac ◯ Koreanac ◯ Azijski Indijanac ◯ Kinez ◯ Vijetnamac ◯ Ostali Azijati ◯ Starosjedilac Havaja ◯ Guamac ili Čamoroac ◯ Samoanac ◯ Ostali narodi ostrva Pacifika ◯ Ostalo _____

TREBA VAM POMOĆ U VEZI S PRIJAVOM? Posjetite našu veb-stranicu HealthCare.gov, ili nas nazovite na broj telefona **1-800-318-2596**. Ako vam je potrebna pomoć na nekom drugom jeziku, a ne engleskom, nazovite broj telefona **1-800-318-2596** i recite telefonskom službeniku koji jezik govorite. Mi ćemo vam besplatno pomoći. Gluhonijeme i druge osobe koje koriste samo poruke (tzv. TTY) trebaju nazvati broj telefona **1-855-889-4325**.

KORAK 2: OSOBA 2

Recite nam nešto o prihodu koji ostvaruje OSOBA 2.
Popunite ovu stranicu čak iako OSOBI 2 ne treba zdravstveno osiguranje.

Podaci o trenutnom zaposlenju i prihodu

◯ **Zaposlen(a):** Ako je **OSOBA 2** trenutno zaposlena, recite nam nešto o njenom/njegovom prihodu. Počnite sa stavkom 23.

◯ **Nezaposlen(a):** Preskočite na stavku 33.

◯ **Privatnik (radi za sebe):** Preskočite na stavku 32.

Trenutni posao 1:

23. Ime poslodavca

a. Adresa poslodavca (opcionalno)

b. Grad

c. Savezna država

d. Poštanski broj

24. Broj telefona poslodavca ( ) –

25. Plata/napojnica (prije poreza) $

◯ Na sat ◯ Sedmično ◯ Svake 2 sedmice ◯ Dva puta mjesečno ◯ Mjesečno ◯ Godišnje

26. Prosječan broj radnih sati svake SEDMICE

Trenutni posao 2: (Ako OSOBA 2 radi na više radnih mjesta, dodajte novi list papira.)

27. Ime poslodavca

a. Adresa poslodavca (opcionalno)

b. Grad

c. Savezna država

d. Poštanski broj

28. Broj telefona poslodavca ( ) -

29. Plata/napojnica (prije poreza) $

◯ Na sat ◯ Sedmično ◯ Svake 2 sedmice ◯ Dva puta mjesečno ◯ Mjesečno ◯ Godišnje

30. Prosječan broj radnih sati svake SEDMICE

31. **U proteklih godinu dana, da li je OSOBA 2:** ◯ Promjenila posao ◯ Prestala raditi ◯ Počela raditi manji broj sati ◯ Ništa od navedenog

32. **Ako je OSOBA 2 privatnik, ispunite a i b:**

a. Vrsta posla:

b. Kolika će biti neto zarada (dobit nakon što se podmire svi troškovi poslovanja) OSOBE 2 od ovog posla za ovaj mjesec? *Pogledajte upute.* $

33. **Ostali prihod koji će OSOBA 2 ostvariti ovog mjeseca:** Popunite sve koje OSOBA 2 prima i navedite iznos i koliko ga često prima. Popunite ovdje ako ništa od ovoga ne prima. ◯ **NAPOMENA**: **Ne** trebate nam prijaviti prihod za izdržavanje djeteta, naknadu za veterane, ili dopunski prihod od osiguranja (tzv. SSI).

◯ Novčana naknada za nezaposleno lice	$	Koliko često?	◯ Alimentacija koju primate	$	Koliko često?
◯ Penzija	$	Koliko često?	◯ Neto od poljoprivrede/ribolova	$	Koliko često?
◯ Socijalno osiguranje	$	Koliko često?	◯ Neto od najma/honorara	$	Koliko često?
◯ Penzioni fondovi	$	Koliko često?	◯ Ostali prihod Vrsta:	$	Koliko često?

34. **Odbici:** Popunite sve koje OSOBA 2 ima i navedite iznos i koliko ga često plaća. Ako OSOBA 2 plaća određene troškove koji se mogu odbiti sa federalne prijave poreza na prihod, i to ovdje navedete, to vam može pomoći da joj/mu troškovi zdravstvenog osiguranja budu malo niži. **NAPOMENA:** Ne biste trebali navesti izdržavanje djeteta koje OSOBA 2 plaća, ili one troškove koji su već uzeti u obzir u odgovoru o neto prihodu koji ostvaruje (pitanje 30b)..

◯ Alimony paid	$	Koliko često?	◯ Ostali odbici Vrsta:	$	Koliko često?
◯ Student loan interest	$	Koliko često?			

35. **Odgovorite na ovo pitanje ako se prihod OSOBE 2 mijenja tokom godine,** na primjer ako na nekom radnom mjestu radi samo jedan dio godine ili ako prima beneficije samo u određenim mjesecima u godini. Ako se ne očekuju promjene u mjesečnom prihodu OSOBE 2, pređite na sljedeću osobu.

Ukupan prihod OSOBE 2 za **ovu godinu** $

Ukupan prihod OSOBE 2 za **iduću godinu** $

Hvala! To je sve što nam treba da znamo o OSOBI 2.

TREBA VAM POMOĆ U VEZI S PRIJAVOM? Posjetite našu veb-stranicu HealthCare.gov, ili nas nazovite na broj telefona **1-800-318-2596**. Ako vam je potrebna pomoć na nekom drugom jeziku, a ne engleskom, nazovite broj telefona **1-800-318-2596** i recite telefonskom službeniku koji jezik govorite. Mi ćemo vam besplatno pomoći. Gluhonijeme i druge osobe koje koriste samo poruke (tzv. TTY) trebaju nazvati broj telefona **1-855-889-4325**.

KORAK 3: Član(ovi) domaćinstva američki Indijanac ili domorodac sa Aljaske (AI/AN)

1. **Da li ste vi ili bilo ko u vašem domaćinstvu američki Indijanac ili domorodac sa Aljaske?**

◯ **NE. Ako je odgovor ne,** pređite na Korak 4. ◯ **DA. Ako je odgovor da,** pređite na Korak 4, ali popunite i Dodatak B i priložite ga uz prijavu.

KORAK 4: Zdravstveno osiguranje vašeg domaćinstva

1. **Da li je vaša porodica prijavila porez i sravnala iskorišteni avans za poreski kredit svake godine kada ste dobili poreski kredit?**

◯ **DA, poreski kredit je sravnjen. Popunite kružić samo ukoliko SVE dolenavedeno vrijedi u vašem slučaju:**

- Iskoristili ste avansnu primjenu poreskog kredita (APTC) ranijih godina kako bi vam se umanjili troškovi pokrivenosti preko tržišta zdravstvenog osiguranja
- Osoba koja u vašoj porodici prijavljuje porez je svake od tih godina i prijavila porez na prihod.
- Poreski obveznik je uz poresku prijavu podnio i IRS obrazac 8962 (**HealthCare.gov/taxes-reconciling/**)

2. **Da li je nekome ko je naveden na ovoj prijavi u proteklih 90 dana rečeno da ne ispunjava uslove za Medicaid ili za Program zdravstvenog osiguranja djece (CHIP)?** *(Odaberite odgovor "da" samo ako ta osoba ne ispunjava uslove u svojoj saveznoj državi, a ne na tržištu zdravstvenog osiguranja.)* ..... ◯ Da ◯ Ne

Ko? Datum:

Ili, da li je za neku osobu u ovoj prijavi utvrđeno da nije podobna za Medicaid ili CHIP zbog njenog imigracijskog statusa u posljednjih 5 godina? ..... ◯ Da ◯ Ne

Ko?

Da li se neko na ovoj prijavi prijavio za osiguranje tokom otvorenog perioda za upis u Marketplace ili nakon kvalifikacijskog životnog događaja? ..... ◯ Da ◯ Ne

Ko?

3. **Da li neko na ovoj prijavi ima mogućnost da se osigura preko posla?** *Odgovorite sa da čak iako se osiguranje nudi preko nečijeg drugog radnog mjesta, kao na primjer od roditelja ili supružnika, i čak iako oni ne prihvate to osiguranje.*

◯ **DA.** Nastavite i onda popunite Dodatak A. Je li to plan za službenike koji rade za vladu savezne države?..... ◯ Da ◯ Ne

◯ **NE.**

4. **Da li iko trenutno ima osiguranje?**

◯ **DA. Ako je odgovor da,** nastavite sa pitanjem 6. ◯ **NE. Ako je odgovor ne,** pređite na Korak 5.

5. **Podaci o postojećem zdravstvenom osiguranju.** *(Fotokopirajte ovu stranicu ako više od 2 osobe trenutno ima zdravstveno osiguranje.)*
Napišite koju vrstu osiguranja imate, kao na primjer osiguranje preko poslodavca, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, program zdravstvene zaštite preko Službe za vojne veterane, Mirovni korpus ili neko drugo. *(Nemoje prijavljivati TRICARE ako imate direktnu njegu „Direct Care" ili po službenoj dužnosti „Line of Duty".)*

OSOBA 1:

Ime osobe koja je prijavljena za zdravstveno osiguranje

Vrsta pokrivenosti:
◯ Osiguranje preko poslodavca ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP ◯ Medicare ◯ TRICARE
◯ Program zdravstvene zaštite preko Službe za vojne veterane ◯ Mirovni korpus ◯ Ostalo

Ako je osiguranje preko poslodavca: *(Trebate onda popuniti i Dodatak A.)*

Ime osiguravajućeg društva | Polisa osiguranja/identifikacijski broj

Ako je neka druga vrsta osiguranja: ◯ Popunite ako se radi o osiguranju preko Tržišta zdravstvenog osiguranja.

Ime osiguravajućeg društva | Polisa osiguranja/identifikacijski broj

Da li je to plan sa ograničenim beneficijama, kao na primjer polisa osiguranja od nezgoda u školi?..... ◯ Da ◯ Ne

OSOBA 2:

Ime osobe koja je prijavljena za zdravstveno osiguranje

Vrsta pokrivenosti:
◯ Osiguranje preko poslodavca ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP ◯ Medicare ◯ TRICARE
◯ Program zdravstvene zaštite preko Službe za vojne veterane ◯ Mirovni korpus ◯ Ostalo

Ako je osiguranje preko poslodavca: *(Trebate onda popuniti i Dodatak A.)*

Ime osiguravajućeg društva | Polisa osiguranja/identifikacijski broj

Ako je neka druga vrsta osiguranja: ◯ Popunite ako se radi o osiguranju preko Tržišta zdravstvenog osiguranja.

Ime osiguravajućeg društva | Polisa osiguranja/identifikacijski broj

Da li je to plan sa ograničenim beneficijama, kao na primjer polisa osiguranja od nezgoda u školi?..... ◯ Da ◯ Ne

TREBA VAM POMOĆ U VEZI S PRIJAVOM? Posjetite našu veb-stranicu **HealthCare.gov**, ili nas nazovite na broj telefona **1-800-318-2596**. Ako vam je potrebna pomoć na nekom drugom jeziku, a ne engleskom, nazovite broj telefona **1-800-318-2596** i recite telefonskom službeniku koji jezik govorite. Mi ćemo vam besplatno pomoći. Gluhonijeme i druge osobe koje koriste samo poruke (tzv. TTY) trebaju nazvati broj telefona **1-855-889-4325**.

KORAK 5: Vaša saglasnost i potpis

1. **Da li ste saglasni da dozvolite Tržištu zdravstvenog osiguranja da za sljedećih 5 godina upotrijebi podatke o prihodu, uključujući i podatke sa poreskih prijava?** ..... ◯ Da ◯ Ne

Da bi se lakše odredila vaša podobnost za pomoć u plaćanju osiguranja u sljedećim godinama, možete se složiti da dopustite da Marketplace koristi ažurirane podatke o prihodu, uključujući informacije o poreznim prijavama. Marketplace će poslati obavijest i dozvoliti vam da napravite bilo kakve promjene. Marketplace će provjeriti da li ste još uvijek podobni i može tražiti da potvrdite da vaš prihod još uvijek ispunjava uslove. Možete odustati u bilo kom trenutku.

Ako je odgovor ne, automatski ažurirajte moje podatke za sljedeće:

◯ 5 godine ◯ 3 godine ◯ 1 godine
◯ 4 godine ◯ 2 godine

◯ Nemojte koristiti podatke iz moje poreske prijave da biste utvrdili da li i dalje ispunjavam uslove za primanje pomoći za plaćanje osiguranja (ukoliko izaberete ovu opciju, to može uticati na mogućnost da vam se obnovi pomoć za plaćanje osiguranja.

2. **Da li je neko na ovoj prijavi za zdravstveno osiguranje zatvoren (u zatvoru ili pritvoru)?** ..... ◯ Da ◯ Ne

Ako je odgovor da, recite nam ime te osobe. Ime zatvorene osobe je:

◯ Obilježite ovdje ako ta osoba čeka izricanje kazne.

Ako je bilo koja osoba u vašoj prijavi upisana u Marketplace osiguranje a kasnije se otkrije da ima drugo zdravstveno osiguranje koje ispunjava uslove (poput Medicare, Medicaid ili CHIP), Marketplace će automatski okončati Marketplace plan osiguranja. To će pomoći da bilo koja osoba za koju se sazna da ima drugo osiguranje koje ispunjava uslove neće ostati upisana u Marketplace osiguranje i moraće platiti punu cijenu.

◯ Slažem se da ću dopustiti da Marketplace okonča Marketplace osiguranje za osobe u mojoj prijavi u ovoj situaciji..

◯ Ne dajem dozvolu da Marketplace okonča Marketplace osiguranje u ovoj situaciji. Razumijem da osobe u mojoj prijavi koje su tim obuhvaćene više neće biti podobne za finansijsku pomoć i moraju platiti punu cijenu za svoj Marketplace plan..

Ukoliko neka osoba na ovoj prijavi ispunjava uslove da dobije Medicaid:

- Medicaid agenciji dajem pravo da u naše ime traži i primi novac od drugog zdravstvenog osiguranja, sudskih nagodbi ili trećih strana. Takođe Medicaid agenciji dajem pravo da traži i primi pomoć za zdravstveno osiguranje od supružnika ili roditelja.
- Da li roditelj djeteta koje se nalazi na ovoj prijavi živi van domaćinstva? ..... ◯ Da ◯ Ne
- Ako je odgovor da, znam da ću morati da sarađujem sa agencijom koja prikuplja pomoć za zdravstveno osiguranje od odsutnog roditelja. Ako smatram da će takva saradnja naškoditi mome djetetu, to mogu reći Medicaidu i možda neću morati da sarađujem.
- Potpisujem ovu prijavu pod punom materijalnom i krivičnom odgovornošću, što znači da sam na sva pitanja na ovom obrascu tačno odgovorio/odgovorila najbolje što sam mogao/mogla. Znam da podliježem kaznenim zakonima federalne vlade ukoliko svjesno pružim lažne ili netačne informacije.
- Znam da Tržištu zdravstvenog osiguranja moram u roku od 30 dana prijaviti bilo kakve promjene u odnosu na ono što sam izjavio/izjavila na ovom obrascu. Mogu pogledati veb-stranicu HealthCare.gov ili nazvati broj telefona **1-800-318-2596** da prijavim bilo kakve promjene. Razumijem da ukoliko se informacije promijene, to može uticati na to da li ja i član(ovi) moga domaćinstva ispunjavam(o) uslove.
- Znam da po federalnim zakonima, nije dozvoljena diskriminacija po osnovu rase, boje kože, porijekla, pola, starosne dobi, seksualne orijentacije, polnog identiteta ili invaliditeta. Mogu uložiti žalbu zbog diskriminacije putem veb-stranice hhs.gov/ocr/office/file.
- Znam da će se podaci sa ovog obrasca upotrijebiti isključivo da bi se utvrdilo da li ispunjavam uslove za dobijanje zdravstvenog osiguranja, pomoći u plaćanju osiguranja (ako je zatražena), i u zakonitu svrhu Tržišta zdravstvenog osiguranja i programa kojima se pomaže oko plaćanja osiguranja.

Nama ovi podaci trebaju da bismo provjerili imate li pravo na pomoć u plaćanju zdravstvenog osiguranja ako odlučite da se prijavite. Mi ćemo provjeriti vaše odgovore koristeći informacije u našoj elektronskoj bazi podataka i u bazi podataka Poreske uprave (IRS), Socijalnog osiguranja (Social Security), Ministarstva za unutrašnju sigurnost i(li) agencije za izvještavanje o potrošačima. Ako se informacije ne podudaraju, možemo tražiti da nam pošaljete potvrdu.

Šta da radim ako mislim da je moja obavijest o podobnosti pogrešna?

Ako se ne slažete sa odlukom o tome za šta ispunjavate uslove, u mnogim slučajevima imate pravo žalbe. Molimo vas da pregledate obavijest o ispunjenju uslova koju ste primili da biste našli upute o tome kako svaki član vašeg domaćinstva koji se prijavio za osiguranje može uložiti žalbu, uključujući i informaciju o tome koji je rok za podnošenje žalbe. Ovo je ono što treba razmotriti prilikom podnošenja žalbe:

- Ukoliko to želite, neko drugo lice može u vaše ime podnijeti žalbu ili učestvovati u žalbi. Ta osoba može biti prijatelj, rođak, advokat ili neko drugo lice. Ili, vi sami možete zatražiti i učestvovati u podnošenju žalbe.
- Ako se budete žalili, možda ćete moći zadržati prava koja su vam dodijeljena, dok se ne donese odluka po žalbi.
- Ishod po žalbi može uticati na promjenu prava dodijeljenih drugim članovima vašeg domaćinstva.

Da biste uložili žalbu na rezultate vezano za ispunjenje uslova za Tržište zdravstvenog osiguranja, pogledajte veb-stranicu HealthCare.gov/marketplace-appeals/. Ili nazovite telefonsku službu Tržišta zdravstvenog osiguranja na broj **1-800-318-2596**. Gluhonijeme i druge osobe koje koriste samo poruke (tzv. TTY) trebaju nazvati broj telefona 1-855-889-4325. Isto tako vaš obrazac za žalbu ili pismo u kome tražite da uložite žalbu možete poslati poštom na adresu **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Možete se žaliti na sljedeće: neispunjenje uslova da dobijete zdravstveno osiguranje preko Tržišta zdravstvenog osiguranja, vremenski period za prijavu za osiguranje, poreske olakšice (tzv. tax credit), popust pri podjeli troškova (tzv. cost-sharing reductions), Medicaid i CHIP, ukoliko ste za isto odbijeni. Ako ispunjavate uslove da dobijete poreske olakšice (tzv. tax credit) ili popust pri podjeli troškova (tzv. cost-sharing reductions), možete se žaliti na iznos koji vam je dodijeljen. U zavisnosti od savezne države u kojoj živite, žalbu možete uložiti ili preko Tržišta zdravstvenog osiguranja ili preko Medicaida te savezne države ili agencije CHIP.

OSOBA 1 treba da potpiše ovu prijavu. Ako ste vi ovlašteni predstavnik, možete se ovdje potpisati ukoliko je OSOBA 1 potpisala Dodatak C.

Potpis	Datum potpisa (mm/dd/gggg)
	__ / __ / ____

Ako ovu prijavu popunjavate u periodu kada nije predviđeno uzimanje zdravstvenog osiguranja (između 1.11. i 15.12.), obavezno pregledajte Dodatak D („Pitanja o životnim promjenama“).

KORAK 6: Pošaljite popunjenu prijavu

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

Ako hoćete da se prijavite za glasanje, možete popuniti obrazac za prijavu birača na veb-stranici eac.gov.

Pomoć na stranom jeziku koji nije engleski

Ako Vi, ili neko kome Vi pomažete, imate pitanje o Tržištu zdravstvenog osiguranja, imate pravo na besplatnu pomoć i informacije na Vašem jeziku. Da biste dobili prevodioca, nazovite broj telefona **1-800-318-2596.**

Ovdje se nalazi spisak raspoloživih jezika i ova ista poruka na tim jezicima:

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.

TREBA VAM POMOĆ U VEZI S PRIJAVOM? Posjetite našu veb-stranicu HealthCare.gov, ili nas nazovite na broj telefona **1-800-318-2596**. Ako vam je potrebna pomoć na nekom drugom jeziku, a ne engleskom, nazovite broj telefona **1-800-318-2596** i recite telefonskom službeniku koji jezik govorite. Mi ćemo vam besplatno pomoći. Gluhonijeme i druge osobe koje koriste samo poruke (tzv. TTY) trebaju nazvati broj telefona **1-855-889-4325**.

Pomoć na stranom jeziku koji nije engleski (nastavak)

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。

NE POPUNJAVATI. OVO NIJE APLIKACIJA.

Dodatak A

Form Approved
OMB No. 0938-1191

Zdravstveno Osiguranje Preko Posla

Na ova pitanja **NE TREBATE** odgovoriti ako niko u vašem domaćinstvu nema pravo na zdravstveno osiguranje preko svog radnog mjesta, bez obzira da li je prihvatio osiguranje. Priložite kopiju ove stranice za svako radno mjesto na kome se nudi zdravstveno osiguranje.

Recite nam nešto o poslu na kome se nudi zdravstveno osiguranje.
Fotokopirajte ovu stranicu i odnesite je poslodavcu koji nudi osiguranje da vam pomogne da odgovorite na ova pitanja.

PODACI O UPOSLENIKU

1. Ime uposlenika (ime, srednje ime, prezime)	2. Socijalni broj uposlenika (SSN)
	- -

PODACI O POSLODAVCU

3. Poslodavac/naziv firme	
4. Identifikacioni broj poslodavca (EIN)	5. Broj telefona poslodavca
-	( ) -

Sada, unesite podatke o licu ili odjelu zaduženom za beneficije uposlenika. Ukoliko nam budu trebale dodatne informacije, možda ćemo stupiti u vezu sa ovim licem.

6. Lice ili odjel koje možemo nazvati vezano za zdravstveno osiguranje uposlenika.		
7. Adresa poslodavca (Tržište zdravstvenog osiguranja će možda slati obavjesti na ovu adresu) .		
8. Grad	9. Savezna država	10. Poštanski broj
11. Broj telefona (ako se razlikuje od gorenavedenog ( ) -	12. Email adresa	

13. Da li uposlenik trenutno ima pravo na osiguranje koje ovaj poslodavac nudi, ili će steći pravo u naredna 3 mjeseca?

◯ **DA** (nastavite)

a. Ako uposlenik trenutno ne ispunjava uslove, uključujući i iz razloga što se nalazi na probnom radu, kada će uposlenik steći uslove da ima pravo na zdravstveno osiguranje (dan/mjesec/godina)

/ /

◯ **NE (POSLODAVAC:** STANITE i vratite ovaj obrazac uposleniku.
UPOSLENIK: nastavite sa prijavom za osiguranje preko Tržišta zdravstvenog osiguranja.)

b. Da li poslodavac nudi plan zdravstvenog osiguranja koji pokriva supružnika i djecu ili osobe koje poslodavac izdržava?

◯ **DA. Ako je odgovor da,** koga? ◯ Supružnika ◯ Djecu/osobe koje uposlenik izdržava ◯ **NE** (Pređite na pitanje broj 14.)

Navedite imena svih drugih lica koja žive u domaćinstvu sa uposlenikom, a koja imaju pravo na zdravstveno osiguranje preko ovog posla.

Ime

Ime

Ime

Nastavak na sljedećoj strani

NE POPUNJAVATI. OVO NIJE APLIKACIJA.

Recite name nešto o najjeftinijem planu zdravstvene zaštite koje nudi ovaj poslodavac?

14. Da li poslodavac nudi plan zdravstvene zaštite kojim se ispunjava standard minimalne vrijednosti*?

◯ **DA** (Pređite na broj 15.) ◯ **NE** (STANITE i vratite ovaj obrazac uposleniku.)

15. Koliko bi uposlenik trebao da plati najjeftiniji plan koji se **uposleniku** nudi, a koji zadovoljava samo minimum standarda vrijednosti*? Ne navodite porodične planove. **NAPOMENA:** Ako poslodavac nudi „wellness" programe, navedite premiju koji bi uposlenik trebao da plati kada bi dobio maksimalan popust za programe prestanka pušenja i nikakve druge popuste po osnovu „wellness" programa.

a. Uposlenik bi platio ovu premiju: **$**

NAPOMENA: Unesite najniži iznos koji bi uposlenik mogao platiti za zdravstveno osiguranje.

b. Uposlenik bi platio ovaj iznos: ◯ Sedmično ◯ Svake 2 sedmice ◯ Dva puta mjesečno ◯ Jednom mjesečno ◯ Kvartalno ◯ Godišnje

NAPOMENA: Ako se premija promijeni, dođite ponovo i ažurirajte svoju prijavu.

* Plan zdravstvenog osiguranja zadovoljava minimum standarda vrijednosti ukoliko pokriva najmanje 60% troškova za zdravstvene usluge za standardnu populaciju, te u velikoj mjeri pokriva troškove bolnice i ljekara. Većina planova koji se nude na radnom mjestu ispunjavaju ovaj kriterij.

Dodatak B

Form Approved
OMB No. 0938-1191

NE POPUNJAVATI. OVO NIJE APLIKACIJA.

Dodatak C

Form Approved
OMB No. 0938-1191

Pomoć za ispunjavanje ove prijave

Samo za savjetnike, navigatore, agente i posrednike certifikovane za popunjavanje prijava

Popunite ovaj dio ako ste vi savjetnik, navigator, agent ili posrednik certifikovan za popunjavanje prijava i popunjavate ovaj zahtjev u ime drugog lica.

1. Datum početka popunjavanja prijave (mm/dd/gggg)

__ / __ / ____

2. Ime, srednje ime, prezime i sufiks

3. Naziv organizacije

4. Identifikacioni broj (ukoliko postoji)

5. Samo za agente/posrednike: NPN broj

Možete izabrati ovlaštenog predstavnika.

Možete osobi od povjerenja dati odobrenje da sa nama razgovara o ovoj prijavi, da vidi vaše podatke i da djeluje u vaše ime vezano za ovu prijavu, uključujući i da dobije informacije vezane za vašu prijavu i da istu potpiše u vaše ime. Ova osobe se zove „ovlašteni predstavnik“. Ako ikada budete htjeli da promijenite ili otkažete ovlaštenog predstavnika, kontaktirajte Tržište zdravstvenog osiguranja. Ako ste vi ovlašteni predstavnik nekoga ko je naveden na ovoj prijavi, podnesite dokaz uz prijavu.

1. Ime ovlaštenog predstavnika (ime, srednje ime, prezime)

2. Adresa

3. Adresa 2

4. Grad

5. Savezna država

6. Poštanski broj

7. Broj telefona

( ) -

8. Naziv organizacije

9. Identifikacioni broj (ukoliko postoji)

Svojim potpisom, dozvoljavate ovoj osobi da potpiše vašu prijavu, dobije zvanične informacije o ovoj prijavi, u vaše ime postupa po svim budućim pitanjima u vezi ove prijave.

10. Potpis OSOBE 1 navedene u ovoj prijavi

11. Datum potpisa (mm/dd/gggg)

__ / __ / ____

REBA VAM POMOĆ U VEZI S PRIJAVOM? Posjetite našu veb-stranicu **HealthCare.gov**, ili nas nazovite na broj telefona **1-800-318-2596**. Ako vam je potrebna pomoć na nekom drugom jeziku, a ne engleskom, nazovite broj telefona **1-800-318-2596** i recite telefonskom službeniku koji jezik govorite. Mi ćemo vam besplatno pomoći. Gluhonijeme i druge osobe koje koriste samo poruke (tzv. TTY) trebaju nazvati broj telefona **1-855-889-4325**.

NE POPUNJAVATI. OVO NIJE APLIKACIJA.

Dodatak D

Form Approved
OMB No. 0938-1191

Pitanja o promjenama u životu

(Osim ove stranice, morate popuniti i ostatak prijave. Nemojte predati samo ovu stranicu.)

Ako je bilo koja osoba u ovoj prijavi doživila određene životne promjene—poput gubitka zdravstvenog osiguranja, vjenčanja ili rođenja djeteta—u posljednjih 60 dana (ILI ih očekuje u narednih 60 dana), ispunite sljedeća pitanja. Određene životne promjene vam omogućuju da vaše osiguranje preko Marketplace počne odmah. Također vam preporučujemo da odgovorite na ova pitanja ako se prijavljujete van godišnjeg otvorenog perioda za upis.

Ova pitanja nisu obavezna. Ako vam se životne okolnosti nisu promijenile, ne morate odgovoriti na ova pitanja. Za Medicaid i Program zdravstvenog osiguranja za djecu (tzv. CHIP) se možete prijaviti bilo kada tokom godine, čak iako vam se nisu promijenile životne okolnosti. Pripadnici plemena koja su priznata od strane državne vlade, kao i starosjedioci Aljaske se mogu prijaviti za osiguranje preko Tržišta zdravstvenog osiguranja bilo kada tokom godine

Recite nam nešto o promjenama u vašem domaćinstvu.

1. Da li je neko izgubio zdravstveno osiguranje u proteklih 60 dana ili očekuje da će izgubiti zdravstveno osiguranje u narednih 60 dana?

Ime(na)	Datum kada je osiguranje prestalo ili će prestati (mm/dd/gggg))
☐ Označite ovdje ako se osiguranje okončalo jer premije nisu plaćene.	__ / __ / ____

2. Da li je neko stupio u brak u proteklih 60 dana?

Ime(na)	Datum (mm/dd/gggg)
	__ / __ / ____

a. Da li je ijedna osoba imala zdravstveno osiguranje u bilo kom trenutku u proteklih 60 dana?..... ◯ Da ◯ Ne

Ako je odgovor da, navedite ime(na) u nastavku:

3. Da li je neko pušten iz zatvora ili pritvora u proteklih 60 dana?

Ime(na)	Datum (mm/dd/gggg)
	__ / __ / ____

4. Da je neko stekao potreban imigracioni status u proteklih 60 dana?

Ime(na)	Datum (mm/dd/gggg)
	__ / __ / ____

5. Da li je neko usvojen, dat na usvajanje ili smješten u hraniteljsku porodicu u proteklih 60 dana?

Ime(na)	Datum (mm/dd/gggg)
	__ / __ / ____

6. Da li je neko postao lice koje se izdržava zbog toga što se plaća izdržavanje djeteta ili uslijed sudskog naloga u proteklih 60 dana?

Ime(na)	Datum (mm/dd/gggg)
	__ / __ / ____

7. Da li se neko preselio u poslednjih 60 dana?

Ime(na)	Datum selidbe (mm/dd/gggg)
	__ / __ / ____

Koji Vam je bio poštanski broj na staroj adresi? ◯ Ispunite ovdje ako ste se preselili iz strane zemlje ili teritorije SAD.

a. Da li je ijedna osoba imala zdravstveno osiguranje u bilo kom trenutku u proteklih 60 dana?..... ◯ Da ◯ Ne

Ako je odgovor da, navedite ime(na) u nastavku:

Ime(na)

REBA VAM POMOĆ U VEZI S PRIJAVOM? Posjetite našu veb-stranicu **HealthCare.gov**, ili nas nazovite na broj telefona **1-800-318-2596**. Ako vam je potrebna pomoć na nekom drugom jeziku, a ne engleskom, nazovite broj telefona **1-800-318-2596** i recite telefonskom službeniku koji jezik govorite. Mi ćemo vam besplatno pomoći. Gluhonijeme i druge osobe koje koriste samo poruke (tzv. TTY) trebaju nazvati broj telefona **1-855-889-4325**.