Health Insurance Marketplace

မဖြည့်ပါနှင့်၊ ဤဟာသည် လျှောက်လွှာမဟုတ်ပါ။

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

ကျန်းမာရေးအာမခံ နှင့် ကုန်ကျစားရိတ်ကူညီပေးရန် လျှောက်ထားခြင်း

➡ ပိုမိုမြန်အောင် အွန်လိုင်း HealthCare.gov မှလျှောက်ပါ။

ဤလျှောက်လွှာ သုံးပြီး သင့်အတွက် မည်သည့် အာမခံနှင့် စံညွှန်းကိုက်ညီနိုင်မည်ကို ကြည့်ပါ။

- သင့်ကို ကူညီရန်နှင့် ကျန်းမာစွာနေထိုင် နိုင်ရန် အတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန (Marketplace) သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဆင့် အမျိုးမျိုးကို စီစဉ်ထားရှိပါသည်။
- အခွန် ခရက်ဒစ် (tax credit) စနစ်သည် သင် လစဉ်ပေးသွင်းရသော ကျန်းမာရေးအာမခံကြေး ကို လျှော့နည်း စေခြင်းဖြင့် သင့်ကို ချက်ချင်းလက်ငင်း ကူညီနိုင်ပါသည်။
- အခမဲ့ သို့မဟုတ် စားရိတ်နည်းသော Medicaid သို့မဟုတ် ခလေးသူငယ်များအတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ် (CHIP)

ဝင်ငွေ ပေါ်မူတည်ပြီး အချို့သော သူတို့သည် အခမဲ့ သို့မဟုတ် စရိတ်နည်းသော အစီအစဉ်ကိုရရှိနိုင်ပါသည်။

မည်သူတွေက ဒီလျှောက်လွှာကို သုံးနိုင်သလဲ

- သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်း မည်သူမဆို လျှောက်ထားရန် ဤ လျှောက်လွှာကို အသုံးပြုပါ။
- **သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် သားသမီး သည် ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပြီးပြီ ဖြစ်လျှင်ပင်လျှောက်ပါ။ အခမဲ့ သို့မဟုတ် စရိတ်နည်းအာမခံ အစီအစဉ် ခံစားခွင့်ကို သင့် ရရှိဂေါ်ဝင်းရရှိနိုင်ပါသည်။**
- အကယ်၍ သင့်မှာ အိမ်ထောင်ဘက် မရှိလျှင် လျှောက်လွှာ အတို ကို အသုံးပြုနိုင်သည်။ HealthCare.gov.
- အရည်အချင်းပြည့်မီသော ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ (immigrant) ရှိသည့် အိမ်ထောင်များ လျှောက်နိုင်ပါသည်။ သင်ကိုယ်တိုင်က လျှောက်ထားခွင့် မရှိသူဖြစ်နေလျှင်လည်း သင်၏ သားသမီးများအတွက် လျှောက်နိုင်ပါသည်။ လျှောက်ထားခြင်းအားဖြင့် သင်၏ လူဝင်မှု အခြေအနေကို သို့မဟုတ် အမြဲတမ်းနေထိုင်ခွင့် နှင့် နိုင်ငံသားဖြစ်ခွင့် အခွင့်အလမ်းများအပေါ် မည်သည့် အကျိုးဆက်ကို မျှမဖြစ်စေနိုင်ပါ၊
- တစ်ဦး တစ်ယောက် အကူအညီ ဖြင့် ဤလျှောက်လွှာဖြည့်ပါက နောက်ဆက်တွဲ ဂ ကို ဖြည့်ရန်လိုပါသည်။

ဖည့်စွက်ရန် ဘာတွေလိုမလဲ

- လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (social security numbers) (SSNs) (သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီပြီး အာမခံ ရရှိလိုသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ များအတွက် စာရွက်စာတမ်းနံပါတ်)
- သင့်မိသားစုဝင် တစ်ဦးချင်း ၏ အလုပ်ရှင် နှင့် ဝင်ငွေ ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ (အလုပ်မှပေးသည့် ဝင်ငွေပြေစာ၊ W-2 ပုံစံ၊ သို့မဟုတ် လုပ်အားခနှင့် အခွန်ထုတ်ပြန်ချက် ကဲ့သို့စာရွက်စာတမ်းများ)
- လက်ရှိ သုံးစွဲနေသည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အတွက် ပေါ်လစီ နံပါတ်များ
- သင့်အိမ်ထောင်မိသားစု ခံစားရရှိနိုင်သော မည်သည့် အလုပ်အကိုင်နှင့်မဆို ဆက်နွယ်ပတ်သက်သည့်ကျန်းမာရေးအာမခံ အချက်အလက်များ။

မည်သည့် အတွက် ကြောင့် ဤအချက် အလက်များကို တောင်းရသနည်း။

သင်၏ ဝင်ငွေနှင့် တခြားအချက်အလက် များကို မေးခြင်းအားဖြင့် သင့် အတွက် မည်သည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ကို ရနိုင်ပြီး၊ ကုန်ကျမှု အတွက် ပြန်ပေးရာတွင် အကူအညီ ရနိုင် မရနိုင် အသိပေးနိုင်သည်။ ထို အချက် အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ က ဥပဒေနှင့် အညီ လုံခြုံစွာ၊ ပေါက်ကြားခြင်း မရှိအောင် သိမ်းဆည်း ထားပါမည်။ The Privacy Act Statement ကို HealthCare.gov. တွင် သို့ မဟုတ် ညွှန်ကြား ချက်များ တွင် လေ့လာနိုင်သည်။

နောက်တဆင့် ဘာထပ်ဖြစ်မလဲ

ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ပြီး သင်လက်မှတ်ထိုးထားသော လျှောက်လွှာကို စာမျက်နှာ (၇) တွင်ရှိသော လိပ်စာသို့ပေးပို့ပါ။ **ကျွန်ုပ်တို့တောင်းဆိုသော အချက်အလက်များ အားလုံးကို မဖြည့်နိုင်လျှင်လည်း လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးပြီး ပေးပို့ လိုက်ပါ။** တစ်ပတ် နှစ်ပတ်အတွင်း ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်နှင့်အတူ နောက်ဆက်တွဲ လိုအပ်သည်များကို ဆက်လက် ဆောင်ရွက်ပါမည်၊ **နောက်ထပ်လိုအပ်သော သင့်၏ အချက်အလက်များ ရှိခဲ့လျှင် ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန (Marketplace) မှသင့်ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါမည်။** သင်၏ လျှောက်လွှာ ကို စိစစ်ပြီးသောအခါ သင်သည် အရည်အချင်း ပြည့်မီကြောင်း အကြောင်းကြားစာကို စာတိုက်မှ တဆင့် ပေးပို့ပါမည်။ ဤ လျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်သောသူသည် ကျန်းမာရေးအာမခံ ဝယ်ကိုဝယ်ရမည် ဟုမဆိုလိုပါ။

ဤလျှောက်လွှာဖြည့်ဖို အကူညီလိုပါက

- **အွန်လိုင်း။** HealthCare.gov အင်တာနက် စာမျက်နှာကိုသွားပါ။
- **ဖုန်း** - ကျန်းမာရေးအာမခံအရောင်းဌာန **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၁၆**။ အကြားအာရုံအာနည်းသူများ အတွက် **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၅**။
- **ကိုယ်တိုင်လျှောက်ရန်။** သင့်နေရာ တဝိုက်တွင် လျှောက်ရန်ကူညီပေးသည့် ကျွမ်းကျင်သူများရှိနိုင်သည်။ HealthCare.gov, သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၁၆ ကိုဆက်သွယ်ပါ။
- **တခြားဘာသာစကား။** အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြားဘာသာဖြင့် အကူညီလိုပါက ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၁၆ ကိုဆက်သွယ်ပြီး ပန်ထမ်း အား မိမိအကူညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံအရောင်းဌာန နှင့်ဆိုင်သောအချက်အလက်များကို စာလုံးကြီးဖြင့် ရိုက်နှိပ်ထားသော၊ မျက်မမြင်စာ ဖြင့်ရိုက်နှိပ်ထားသော၊ အသံအားဖြင့် နားထောင်နိုင်သော ပုံစံ အမျိုးမျိုးဖြင့် တောင်းယူခွင့်ရှိပါသည်။
သင့်ကို အနိုင်အထက်ပြုသည်ဟု ခံစားရလျှင်လည်း စောဒကတက် တိုင်ကြားနိုင်သည့် အခွင့်အရေးရှိပါသည်။ ဤနေရာတွင် လေ့လာနိုင်ပါသည် - CMS.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html သို့မဟုတ် နောက်ထပ် သိလိုသော အချက်အလက်များရှိလျှင် ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၁၆** တွင်ခေါ်ဆိုမေးမြန်းနိုင်ပါသည်။ အကြားအာရုံအာနည်းသူများ **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၅** တွင်ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

PRA Disclosure Statement: စာရွက်စာတမ်းလျှောချခြင်းဆိုင်ရာ ဥပဒေ နှင့် ပတ်သက်ပြီး အသိပေးချက်။၁၉၉၅ တွင်ချမှတ်သော စာရွက်စာတမ်း လျှောချခြင်းဆိုင်ရာ ဥပဒေအရ အသက်ရှိသော OMB ထိန်းချုပ်နံပါတ် မပါပါက ဖြည့်စွက်ခြင်း၊ ကြေငြာခြင်း ပြုလုပ်ဂန်မလိုပါ။ ယခုအချက်လက်ကောက်ယူခြင်းနှင့် ပတ်သက်သော OMB ထိန်းချုပ်နံပါတ်မှာ ၀၉၃၈၁-၁၁၉၁ ဖြစ်သည်။ အချက်အလက် ကောက်ယူရန်ကြာမြင့်ချိန်မှာ လူတစ်ဦးလျှင် ပျမ်းမျှ ၄၅မိနစ်ဖြစ်သည်။ထို ၄၅မိနစ်တွင် ညွှန်ကြားချက်များကို ပြန်သုံးသပ်ခြင်း၊ လက်ရှိအချက်လက်များကို ရှာဖွေခြင်း လိုအပ်သော အချက်လက်များကို ရယူခြင်း နှင့် အပြီးသပ် ပြန်လည် သုံးသပ်ခြင်း များပါဝင်သည်။ အချိန်ခန့်မှန်းခြေ တိကျမှု သို့ မဟုတ် ဤ ဖောင်ပြည့်မှန်ကန်ပတ်သက်ပြီး အကြံပြုလိုပါက အောက်ပါလိပ်စာသို့ လိပ်မူပြီး စာရေးအကြံပြုနိုင်သည်။ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

မဖြည့်ပါနှင့်၊ ဤဟာသည် လျှောက်လွှာမဟုတ်ပါ။

မှင်အနက် သို့ မဟုတ် အပြာရင့်ရောင်ကို သုံးပါ။ စာလုံးကြီးကို သာ အသုံးပြုပါ။
(○) နေရာကို ပြည့်သွားအောင် ဤ သို့ ဖြည့်ပါ → ●.

အဆင် 1: သင့်အကြောင်းပြောပြပါ။

(သင့်လျှောက်လွှာနှင့် ပတ်သက်ပြီး ဆက်သွယ်ရန် မိသားစုဝင် လူကြီးတစ်ယောက် လိုအပ်ပါသည်။)

1. ပထမ နာမည် | အလယ် နာမည် | နောက်ဆုံး နာမည် | ဖြည့်စွက်နောက်လိုက် စာလုံး

2. နေရပ်လိပ်စာ(မရှိပါက ကွက်လပ် ချန်ထားပါ)

3. အိမ်လိပ်စာ ၂

4. မြို့

5. ပြည်နယ်

6. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်

7. ကောင်တီ ခရိုင်

8. စာလက်ခံရာလိပ်စာ(နေရပ်လိပ်စာနှင့် ကွဲပြားပါက)

9. အိမ်လိပ်စာ ၂

10. မြို့

11. ပြည်နယ်

12. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်

13. ကောင်တီ ခရိုင်

14. ဖုန်းနံပါတ်
( ) -

15. ဒုတိယဖုန်းနံပါတ်
( ) -

16. ဤလျှောက်လွှာနှင့် ဆိုင်သော အချက်အလက်များ ကို အီးမေလ်းမှ တဆင့် ရယူလိုပါသလား။ ..... ○ ယူမည် ○ မယူပ
အီးမေလ်းလိပ်စာ

17. ၁၇။ ပို၍ကြိုက်နှစ်သက်သောဘာသာစကား ရေးသားထားသော | နှုတ်ဖြင့်ပြောသော

အဆင့် 2: သင့်မိသားစု သင်၏အိမ်ထောင်မိသားစုအကြောင်းကို ပြောပြပါ

ဤလျှောက်လွှာ တွင် မည်သူ့ ကို ထည့်သွင်း လျှောက်ထားဖို့ လိုသလဲ။

သင့်အိမ်ထောင်မိသားစုအားလုံးအတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပြီးလျှင်လည်း အဆင့် ၂ စာမျက်နာကို ဖြည့်စွက် ပြုလုပ်ပါ၊ အားလုံး အသီးသီးတတ်နိုင်သော အကောင်းဆုံး ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရရှိရန် ဤ လျှောက်လွှာ က ကျွန်ုပ်တို့ကို အထောက်အကူပေးပါမည်။ သင်ရရှိမည့် အကူအညီအနည်းအများသို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ် အမျိုးအစားသည် သင့်မိသားစုဝင် အရေအတွက်နှင့် သင်၏ဝင်ငွေအပေါ်တွင် မူတည်ပြီးအဆုံးအဖြတ်ပြုလုပ်ပါသည်။ တစ်ယောက်သော သူသည် ကျန်းမာရေးအာမခံချက် ရှိပြီးဖြစ်သဖြင့် လျှောက်လွှာတွင် မထည့်ဘဲ ချန်ထားလျှင် သင်ရရှိမည့် ခံစားခွင့် ကို ထိခိုက်စေနိုင်ပါသည်။

အာမခံလိုအပ်သော အရွယ်ရောက်ပြီး လူကြီးများအတွက်:
သူတို့ အတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ ကို မလျှောက်လျှင်လဲ ဖော်ပြပါ။

- အိမ်ထောင်ဘက်
- အတူတူနေထိုင်ပြီး အသက် ၂၁ နှစ်အောက် သားနှင့် သမီးများ အားလုံး၊ ဖခင်သို့မဟုတ်မိခင်ဖက်မှပါလာသောသားသမီးများ
- ဗဟိုဝင်ငွေအခွန်ဆောင်ရာတွင် ထည့်သွင်း ထားသောသူ(အသက် ၂၁ အထက် သားသမီးများ အကျုံးဝင်သည်)။ ကျန်းမာရေး အာမခံရရန် အခွန်ဆောင်ဖို့ မလိုပါ။

၂၁ နှစ်အောက် ကျန်းမာရေးအာမခံ လိုအပ် သော သားသမီးများ အတွက်:
သူတို့ အတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ ကို မလျှောက်လျှင်လဲ ဖော်ပြပါ။

- သူတို့ နှင့် အတူနေသော မိဘ (သို့ မဟုတ် မိဒွေး ဘဒွေး)
- အတူနေသော မောင်နှမများ
- အတူနေထိုင်သော သား သို့ မဟုတ် သမီး၊ အိမ်ထောင်ဘက်မှပါသော ကလေးများပါ ဖော်ပြပါ။
- အတူတူနေထိုင်သော အိမ်ထောင်ဖက်များ
- ဗဟိုဝင်ငွေအခွန်ဆောင်ရာတွင် ထည့်သွင်း ထားသောသူ။ ကျန်းမာရေးအာမခံရရန် အခွန်ဆောင်ဖို့ မလိုပါ။

မိသားစုဝင်အားလုံးအတွက်အဆင့် (၂) ကိုဖြည့်စွက်ပါ။

သင်ကိုယ်တိုင် မှစတင်ပါ၊ ထို့နောက် အခြားလူကြီးများနှင့် ခလေးများကိုဖြည့်ပါ။ သင် အိမ်ထောင်တွင် လူနှစ်ဦးထက် ပိုရှိလျှင် ဤစာမျက်နာများကို မိတ္တူကူးပြီး တွဲပါ။

ကျန်းမာရေးအာမခံ မလိုသောမိသားစုဝင်များအတွက် လူဝင်မှုအခြေအနေ နှင့် လူမှုဖှုလုံရေးနံပါတ် (SSN) ဖော်ပြရန် မလိုပါ။ ဥပဒေရှိသည့်အတိုင်း ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို လုံခြုံစွာထိန်းသိမ်း ထားပါမည်။ သင်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ခံစားခွင့်အဆင့်ကို ဆုံးဖြတ်သတ်မှတ်နိုင်ရန် အတွက်သာ သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကိုအသုံးပြုပါမည်။

လျှောက်ထားဖို့ အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၅၉၆** ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူညီလိုပါက **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၅၉၆** ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဝန်ထမ်းအား မိမိအကူညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက **၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅** ကို ခေါ်နိုင်သည်။

အဆင့် 2: ပုဂ္ဂိုလ် 1 (သင့်အတွက် အရင် စဖြည့်ပါ)

သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင့် အိမ်ထောင်ဖက်/အဖော် နှင့် သင်နှင့်အတူနေထိုင်သော မှီခိုသူများ၊ နှင့် သို့မဟုတ် အစိုးရထံ ဝင်ငွေအခွန် တင်သည့်ပုံစံ (tax return) တွင် သင်နှင့် အတူပါဝင်သူ မည်သူမဆို အတွက် အဆင့် (၂) ဖြည့်စွက်ပြီးစီးပါ။ မည်သူတို့ကို ထည့်သွင်းနိုင်သည် ဆိုသည့် အချက်အလက်များကို စာမျက်နှာ (၁) တွင်ကြည့်ပါ။

1. ပထမ နာမည်	အလယ် နာမည်	နောက်ဆုံး နာမည်	ဖည့်စွက်နောက်လိုက် စာလုံး

2. ပုဂ္ဂိုလ်၁ နှင့် တော်စပ်ပုံ။	3. အိမ်ထောင်ရှိသလား။	4. မွေးနေ့ (လ/နေ့/နှစ်)	5. လိင်
ကိုယ်တိုင်	○ ယူမည် ○ မယူပါ	/ /	○ မ ○ ကျား

6. **လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN)** - -

★ **ကျန်းမာရေးအာမခံလျှောက်လိုပါက လူမှု လုံခြုံရေး နံပါတ် (SSN) ရှိရမည်။ SSN လိုအပ်ပါက လျှောက်ထားနိုင်သည်။ SSN ကို အသုံးပြုပြီး ဝင်ငွေနှင့် အခြား အချက် အလက်များကို ရယူကာ မည်သူက အကူအညီရနိုင်မည်ကို ရှာဖွေမည် ဖြစ်သည်။** လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) နှင့် ပါတ်သက်ပြီး ပိုမိုသိရှိလိုသည့် အချက်အလက်များ ကို **socialsecurity.gov** ၌လေ့လာနိုင်ပါသည်၊ သို့မဟုတ် ဖုန်း ၁-၈၀၀-၇၇၂-၁၂၁၃ အကြားအာရုံအားနည်းသူများ ၁-၈၀၀-၃၂၅-၀၇၇၈ တွင် မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။

7. **လာမည့်နှစ် အတွက် ဟို ဝင်ငွေခွန် ဆောင်ရန် အစီအစဉ်ရှိပါသလား။** ဖက်ဒရယ်ဝင်ငွေအခွန် ပေးဆောင်ခြင်း မရှိပါကလည်း ကျန်းမာရေး အာမခံ ကို လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။

○ **မှန်ပါသည်။ မှန်လျှင်** a မှ c အထိအားလုံးဖြေပါ ○ **မှားပါသည်။ မှားလျှင်** c အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ၊ ဖြေစရာမလိုပါ

a. အိမ်ထောင်ဘက်နှင့် ပူးတွဲ အခွန်ဆောင် မည်လား။ ..... ○ ယူမည် ○ မယူပါ

ဆောင်မည်ဆိုပါက အိမ်ထောင်ဘက် ၏ အမည် ရေးပါ။ :

b. သင့်အားမှီခိုနေထိုင်သူများကို အခွန်ဆောင် လျှောက်လွှာထဲ ထည့်သွင်း မည်လား။ ..... ○ ယူမည် ○ မယူပါ

ထည့်သွင်းမည်ဆိုလျှင် မှီခိုသူများ ၏ အမည်ကိုရေးပါ။

c. သင့် ကို မှီခိုသူအဖြစ် အခွန်ဆောင် လျှောက်လွှာထဲ ပါဝင်မည်လား။ ..... ○ ယူမည် ○ မယူပါ

မှန်လျှင်၊ ဝင်ငွေခွန် (tax) တင်သူ၏အမည်ကို ဖော်ပြပါ ဝင်ငွေခွန်လျှောက်လွှာတင်မည့် သူ နှင့် ဘယ်လိုတော်စပ်သလဲ။

8. သင့်မှာ ကိုယ်ပန်ရှိနေပါသလား။ ..... ○ ယူမည် ○ မယူပါ a. **ရှိသည် ဆိုပါက** လက်ရှိကိုယ်ပန် မှ မွေးဖွားလာမည့် ကလေး အရေအတွက် ဘယ်လောက်လဲ။ ☐

9. **ကျန်းမာရေးအာမခံ လိုအပ်သလား။** ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပြီး ဖြစ်လျှင် ပိုပြီးကောင်းသော သို့ မဟုတ် ပိုပြီး စျေးနှုန်းသက်သာသော ကျန်းမာရေးအာမခံ များ ရှိနိုင်ပါသည်။

○ **ရှိသည်။ အာမခံရှိပြီး ဖြစ်ပါက** အောက်ပါ မေးခွန်းများ အားလုံးကို ဖြေပါ။ ○ **မရှိပါ။ အာမခံ မရှိပါက** စာမျက်နှာ ၃ ရှိ ဝင်ငွေ နှင့် ပတ်သက်သော မေးခွန်းများကို ဖြေပါ။ ဤ စာမျက်တွင် ကျန်သော မေးခွန်းများကို ဖြေစရာမလိုပါ။

10. ၁၀။ သင်သည် ကျန်းမာရေးနှင့် ပါတ်သက်ပြီး ကူညီစောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သူဖြစ်ပါသလား။ သို့မဟုတ် ကိုယ်အင်္ဂါ၊ စိတ်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ကြောင့် နေ့တဝက် လုပ်ကိုင် ဆောင်ရွက်မှုများ (ရေချိုးခြင်း၊ အဝတ်အစားလဲခြင်း၊ အိမ်မှုကိစ္စများလုပ်ကိုင်ခြင်း စသဖြင့်) တွင် ခက်ခဲပါသလား။ သို့မဟုတ် ဆေးရုံ သို့မဟုတ် လူအိုရုံတွင် နေထိုင်သူ ဖြစ်ပါသလား? ..... ○ ယူမည် ○ မယူပါ

11. သင်သည် **အမေရိကန် နိုင်ငံသား**သို့ မဟုတ် **အမေရိကန်လူမျိုး**ဖြစ် ပါသလား။ ..... ○ ယူမည် ○ မယူပါ

12. သင်သည် **အမေရိကန်နိုင်ငံသား** သို့ မဟုတ် **တစ်စုတစ်ဦး ကို မှီပြီး နိုင်ငံသား ရထားသလား** (ဤအချက်က များသောအားဖြင့် အမေရိကန်နိုင်ငံ ပြင်ပတွင် မွေးဖွားခဲ့ခြင်း ကို ဆိုလိုသည်)

○ **ဟုတ်သည်။ ဟုတ်သည် ဆိုပါက** မေးခွန်း က နှင့် ခ ကို ဖြည့်ပါ။ ○ **မဟုတ်ဘူး။ မဟုတ်ဘူး ဆိုပါက** မေးခွန်း နံပါတ် ၁၃ ကိုဖြည့်ပါ။

a. Alien နံပါတ်

b. အသိမှတ်ပြု နံပါတ်

မေးခွန်း ကနှင့် ခ ကို ဖြေပြီးပါက မေးခွန်း နံပါတ် ၁၄ သို့ ကျော်ပြီး ဖြေပါ။

13. **သင်သည် အမေရိကန်နိုင်ငံသား သို့ မဟုတ် အမေရိကန်လူမျိုး မဖြစ်ပါက** လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး က အသိအမှတ်ပြုထားသော နေထိုင်ခွင့် ရှိပါသလား။ ○ **ရှိပါသည်။** စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစားနှင့် ID နံပါတ် ဖြည့်ပါ။ ညွှန်ကြားချက်တွင် ဖတ်ပါ။

လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်မှတ်တမ်း အမျိုးအစား	နေထိုင်မှု အမျိုးအစား (ဖြေလိုမှဖြေပါ)	လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်မှတ်တမ်း တွင် ပါသည့်အတိုင်း သင့်နာမည် ကို ရေးပါ။

Alien သို့ မဟုတ် I-94 နံပါတ်	ကဒ်နံပါတ် သို့ မဟုတ် ခရီးသွားစာအုပ် နံပါတ်
SEVIS ID သို့ မဟုတ် သက်တမ်း ကုန်ဆုံးသည့်ရက်စွဲ (ဖြေလိုမှသာ ဖြေပါ)	တခြား (အမျိုးအစား နံပါတ် သို့ မဟုတ် ထုတ်ပေးသောနိုင်ငံ)

a. သင်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် ၁၉၉၆ ကတည်းက နေထိုင်ခဲ့သလား။ ..... ○ ယူမည် ○ မယူပါ

b. သင် သို့ မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်ဘက် သို့ မဟုတ် မိဘသည် စစ်မှုထမ်းဟောင်း သို့ မဟုတ် အမေရိကန်စစ်တပ်တွင် လက်ရှိ တာဝန် ထမ်းဆောင်နေသည့် အဖွဲ့ ဝင်ဟုတ်သလား။ ..... ○ ယူမည် ○ မယူပါ

14. သင်သည် လွန်ခဲ့သော ၃ လ မှ စပြီး ဆေးဝါးကုသမှု ကုန်ကျစားရိတ် ပေးရန် အကူအညီလိုအပ်နေသလား။ ..... ○ ယူမည် ○ မယူပါ

15. သင်သည် အနည်းဆုံး အသက် ၁၉ နှစ်အောက် ကလေးတစ်ဦး နှင့် အတူ နေပါသလား။ သင် က ဤ ကလေးအတွက် အဓိက တာဝန်ယူသူလား (သင်နှင့် အိမ်ထောင်ဘက်က ဒီကလေး အတွက် တာဝန်ယူနေသည်ဆိုပါလျှင် "ဟုတ်မှန်သည် "ဟုရွေးပါ) ..... ○ ယူမည် ○ မယူပါ

သင်နှင့် အတူနေထိုင်သော အသက် (၁၉) နှစ်အောက် ကလေးများ၏ နာမည်နှင့် တော်စပ်ပုံ ကိုဖော်ပြပါ။

16. သင်က အချိန်ပြည့် ကျောင်းတက် နေသော ကျောင်းသားတစ်ယောက်လား	17. သင်သည် အသက် ၁၈ နှစ် သို့ မဟုတ် အထက် တွင် မွေးစားမိဘများ နှင့် အတူနေခဲ့ ရသလား။ .....
○ ယူမည် ○ မယူပါ	○ ယူမည် ○ မယူပါ

ဆန္ဒရှိမှဖြေပါ။ (မိမိနှင့် ကိုက်ညီသောအချက်များကို ဖြည့်ပါ)

18. လူမျိုး ○ လူဖြူ ○ လူမည်း သို့ မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန် ○ အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့ မဟုတ် အလက်ဇကာမှဆင်းသက်လာသူ ○ ဖိလစ်ပိုင်လူမျိုး ○ ဂျပန်လူမျိုး ○ ကိုးရီးယားလူမျိုး ○ အာရှနိုင်ငံမှ အိန္ဒိယလူမျိုး ○ တရုတ်လူမျိုး ○ ဗီယက်နမ် ○ တခြားအာရှလူမျိုး ○ ဟာပိုင်အီ ကျွန်းရှိ ဒေသခံလူမျိုး ○ ဂွမ်ကျွန်းရှိ ဒေသခံလူမျိုး သို့ မဟုတ် ချမ်မိုရို ○ စမိုအန်လူမျိုး ○ တခြား ပစိဖိပ်ကျွန်းစုမှ လူမျိုး ○ တခြား _____

? **လျှောက်ထားမှု အကူအညီလိုပါသလား။** **HealthCare.gov** သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူညီလိုပါက **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဂန်ထမ်းအား မိမိအကူညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၂** ကို ခေါ်နိုင်သည်။

အဆင့် 2: ပုဂ္ဂိုလ် 1 (သင့်အနေဖြင့် ဆက်ဖြည့်ပါ)

လက်ရှိ အလုပ်အကိုင်နှင့် ဝင်ငွေ အချက်အလက်

◯ **အလုပ်အကိုင်ရှိ** သင်သည် လက်ရှိအလုပ်လုပ်နေပါက သင့်ဝင်ငွေအကြောင်း ပြောပြပါ။ အချက် (၂၁) မှ စတင်ပါ။

◯ **အလုပ်လက်မဲ့**။ အချက် (၃၁) အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။

◯ **ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း လုပ်ကိုင်သူ**။ အေချက် (၃၀) အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။

လက်ရှိ အလုပ်ကိုင် ၁။

21. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။ (မဖြည့်မနေရမဟုတ်ပါ)

b. မြို့

c. ပြည်နယ်

d. စာပို့နယ်မြေအမှတ်

22. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။ ( ) -

23. တစ်နာရီလျှင်လုပ်ခနှုန်း/ဘောက်ဆူး (အခွန်မပေးဆောင်မီ) $

◯ တစ်နာရီချင်း ◯ တစ်ပတ်ချင်း ◯ ၂နှစ် တကြိမ် ◯ တစ်လ ၂ ကြိမ် ◯ တစ်လ တစ်ကြိမ် ◯ တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်

24. **တစ်ပတ်လျှင်** ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း

လက်ရှိ အလုပ်ကိုင် ၂ (အကယ်၍ အလုပ် ၂ ခုထက်ပိုရှိပြီး ဖြည့်ရန် နေရာလိုပါက၊ နောက်ထပ် စာရွက်တစ်ရွက် ဖြင့် ထပ်တွဲတင်ပါ)

25. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။ (မဖြည့်မနေရမဟုတ်ပါ)

b. မြို့

c. ပြည်နယ်

d. စာပို့နယ်မြေအမှတ်

26. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။ ( ) -

27. တစ်နာရီလျှင်လုပ်ခနှုန်း/ဘောက်ဆူး (အခွန်မပေးဆောင်မီ) $

◯ တစ်နာရီချင်း ◯ တစ်ပတ်ချင်း ◯ ၂နှစ် တကြိမ် ◯ တစ်လ ၂ ကြိမ် ◯ တစ်လ တစ်ကြိမ် ◯ တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်

28. တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း

29. **ယခင်နှစ်တွင် သင်** ◯ အလုပ်ပြောင်းသလား ◯ အလုပ်မှ ရပ်နားခဲ့သလား။ ◯ နာရီလျော့ လုပ်ခဲ့သလား။ ◯ အထက်ပါ အကြောင်းရာ တစ်ခုမှမဟုတ်။

30. **အကယ်၍ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းလုပ်ပါက မေးခွန်း က နှင့် ခ ကို ဖြေပါ။**

a. အလုပ်အမျိုးအစား

b. အသားတင်ဝင်ငွေ (စီးပွားရေးအတွက် ကုန်ကျစားရိတ်များပေးပြီး ပါက) ယခုလ အတွက် ဒီကိုယ်ပိုင်လပ်ငန်းမှ ရမည့်ဝင်ငွေ. ညွှန်ကြားချက်တွင် ကြည့်ပါ။ $

31. **ယခုလအတွင်း ရသော တခြားဝင်ငွေ**။ သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးဖြည့်ပါ၊ရသောပမာဏနှင့် ဘယ်နှစ်ကြိမ်ရသည်ကိုရေးပါ။မရှိပါက တစ်ခုမှမရှိလို့ ရေးပါ။ ◯ **မှတ်ချက်**။ ။ ကလေးအတွက် ထောက်ပံ့ကြေးငွေ၊စစ်မှုထမ်းဟောင်းများအတွက် ပေးငွေနှင့် လူမှုလုံခြုံရေးဌာနမှ ထပ်ဖြည့် ပေးငွေများကို ဖော်ပြရန်မ**လိုပါ**။

◯ အလုပ်အကိုင်မရှိ $ အကြိမ်အရေအတွက်

◯ ကွဲကာနေသောအိမ်ထောင်ဘက် ထံမှ ရသော ထောက်ပံ့ကြေးငွေ $ အကြိမ်အရေအတွက်

◯ ပင်စင် $ အကြိမ်အရေအတွက်

◯ စိုက်ပျိုးခြင်း/ငါးမွေးမြူခြင်းမှရသည့် အသားတင်ဝင်ငွေ $ အကြိမ်အရေအတွက်

◯ လူမှုလုံခြုံရေး $ အကြိမ်အရေအတွက်

◯ ငှားရမ်းခြင်း /ပစ်စည်းထုတ်လုပ် ရောင်းချခြင်း မှရသောငွေ $ အကြိမ်အရေအတွက်

◯ အငြိမ်းစားစုငွေ အကောင့်များ $ အကြိမ်အရေအတွက်

◯ အခြားသောဝင်ငွေ အမျိုးအစား $ အကြိမ်အရေအတွက်

32. **ကုန်ကျစားရိတ်တွက်ငွေများ** သက်ဆိုင်သည့်ကွက်လပ်များအားလုံး၊ ငွေပမာဏ နှင့် အကြိမ်အရေအတွက်ကို ဖြည့်ပါ။ ဗဟိုဝင်ငွေခွန်တွက်ရာတွင် နှုတ်ယူခွင့် ရှိသော ကုန်ကျစားရိတ်များ ကျခံထားမှုရှိပါက ကျန်းမာရေးအာမခံ အတွက် ကုန်ကျစားဂိုတ် ပိုမို သက်သာနိုင်ပါသည်။ **မှတ်ချက်**။ ကလေးထောက်ပံ့ကြေးပေးထားခြင်း သို့ မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းလုပ်ရာတွင် ကုန်ကျစားဂိုတ်ထည့်ထားပြီး သား ကို ပြန်မထည့်ပါနှင့်. (မေးခွန်းနံပါတ် 30b) .

◯ ကွဲကာနေသောအိ-မ်ထောင်ဘက် အားပေးသော ထောက်ပံ့ကြေးငွေ $ အကြိမ်အရေအတွက်

◯ ပညာသင်ကြားခြင်းစေ-ရေးငွေ အတိုး $ အကြိမ်အရေအတွက်

◯ အခြားကုန်ကျစားရိတ်များ အမျိုးအစား $ အကြိမ်အရေအတွက်

33. **တစ်နှစ်တာ အတွင်း သင့်ဝင်ငွေ အပြောင်းလဲရှိမှု**။ တစ်နှစ်တာလုံးမလုပ်ခြင်း သို့ မဟုတ် လအနည်းငယ် အတွက်ပဲ အကျိုးမြတ် ရရှိခြင်းဖြစ်ပါက ဒီမေးခွန်း ကိုဖြေပါ။ လစဉ်ဝင်ငွေ အပြောင်းလဲမရှိပါ နောက်တစ်ဦးဆီသို့ ကျော်ဖြေပါ။

ယခုနှစ်အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ $

နောက်နှစ်အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ (အကယ်၍အပြောင်းအလဲရှိမည်ဟုထင်လျှင်) $

◯ အကယ်၍ သင့်ဝင်ငွေ ကို ခန့်မှန်းရန်ခက်သည်ဟုထင်လျှင် ဖြည့်စွက်ပါ။

ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ သင့်အကြောင်း သိဖို့ ဤမျှသာလိုအပ်ပါသည်။

လျှောက်ထားဖို့ အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် **၁-၈၀၀-၃၁၆-၂၇၆** ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူညီလိုပါက **၁-၈၀၀-၃၁၆-၂၇၆** ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဂန်ထမ်းအား မိမိအကူညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၅** ကို ခေါ်နိုင်သည်။

အဆင့် ပုဂ္ဂိုလ် 2

မဖြည့်ပါနှင့်၊ ဤဟာသည် လျှောက်လွှာမဟုတ်ပါ။

မှတ်ချက်။ ဒီပုဂ္ဂိုလ်က ကျန်းမာရေး အာမခံမလိုပါက၊ ဤစာမျက်နှာရှိ မေးခွန်း ၁-၁၀ ကို ဖြည့်ပါ။ အကယ်၍ မိသားစု ၂ ဦးထက် ပိုပါက် စာမျက်နှာ၄-၅ ကို မိတ္တူကူးပါ။

ဒီစာမျက်နှာကို သင်၏ အိမ်ထောင်ဘက်/ အဖော်၊ အတူနေထိုင်သော သားသမီးများနှင့် ဗဟို ဝင်ငွေ အခွန်ပေးဆောင်သော လျှောက်လွှာတွင် အမည် ပါသောသူများ အတွက် ဖြည့်ပါ။ ဖြည့်ရန်လိုအပ်သည့် သူများ အကြောင်း သိလိုလျှင် စာမျက်နှာ ၁ ကို ဖတ်ပါ။ အခွန်ငွေပေးဆောင်ထားခြင်း မရှိလျှင် သင်နှင့် အတူ နေသော သူများ အားလုံးကို ထည့်သွင်း ဖော်ပြရမည် ကို သတိရပါ။

1. ပထမ နာမည် | အလယ် နာမည် | နောက်ဆုံး နာမည် | ဖြည့်စွက်နောက်လိုက် စာလုံး

2. ပုဂ္ဂိုလ်၁ နှင့် တော်စပ်ပုံ။ ညွှန်ကြားချက်ကို ကြည့်ပါ။

3. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ မှာ အိမ်ထောင်ရှိသလား။ ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

4. မွေးနေ့ (လ/နေ့ /နှစ်) __ / __ / ____

5. လိင် ◯ မ ◯ ကျား

6. လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) ___-__-____

★ **ပုဂ္ဂိုလ် ၂ မှာ လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) ရှိပါက၊ သူ့ အတွက် ကျန်းမာရေး အာမခံ လျှောက်လိုပါက ဖြည့်ရန် လိုအပ်သည်။**

7. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ က ပုဂ္ဂိုလ်၁ နှင့် နေရပ်လိပ်စာတူသလား။ ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

မတူပါက လိပ်စာကို ရေးပါ။

8. **ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် လာမည့်နှစ် အတွက် ဗဟို ဝင်ငွေခွန်ဆောင်ရန် အစီအစဉ်ရှိပါသလား။** ဖက်ဒရယ်ဝင်ငွေအခွန် ပေးဆောင်ခြင်း မရှိပါကလည်း ကျန်းမာရေး အာမခံ လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။

◯ **မှန်ပါသည်။ မှန်လျှင်** a မှ c အထိအားလုံးဖြေပါ ◯ **မှားပါသည်။ မှားလျှင်** c အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ၊ ဖြေစရာမလိုပါ

a. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အိမ်ထောင်ဘက်နှင့် ပူးတွဲ အခွန်ဆောင်မည်လား။ ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

ဆောင်မည်ဆိုပါက အိမ်ထောင်ဘက် ၏ အမည် ရေးပါ။

b. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ အားမှီခိုနေထိုင်သူများကို အခွန်ဆောင် လျှောက်လွှာထဲ ထည့်သွင်းမည်လား။ ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

ထည့်သွင်းမည်ဆိုလျှင် မှီခိုသူများ ၏ အမည်ကိုရေးပါ။

c. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ကို မှီခိုသူအဖြစ် အခွန်ဆောင် လျှောက်လွှာထဲ ပါဝင်မည်လား။ ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

မှီခိုအဖြစ်ပါမည် ဆိုပါက ဝင်ငွေခွန်လျှောက်လွှာတင်မည့် သူ ၏ အမည် ရေးပါ။ ဝင်ငွေခွန်လျှောက်လွှာတင်မည့် သူ နှင့် ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ဘယ်လိုတော်စပ်သလဲ။

9. ၉ ပုဂ္ဂိုလ် ၂ မှာ ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ a. ရှိသည် ဆိုပါက လက်ရှိကိုယ်ဝန် မှ မွေးဖွားလာမည့် ကလေး အရေအတွက် ဘယ်လောက်လဲ။ ☐

10. **ပုဂ္ဂိုလ် ၂ ကျန်းမာရေးအာမခံ လိုအပ်သလား။** (ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပြီး ဖြစ်လျှင် ပိုပြီးကောင်းသော သို့ မဟုတ် ပိုပြီး စျေးနှုန်းသက်သာသော ကျန်းမာရေးအာမခံ များရှိနိုင်ပါသည်။)

◯ **ရှိသည်။ အာမခံရှိပြီး ဖြစ်ပါက** အောက်ပါ မေးခွန်းများ အားလုံးကို ဖြေပါ။ ◯ **မရှိပါ။ အာမခံ မရှိပါက** စာမျက်နှာ ၅ ရှိ ဝင်ငွေ နှင့် ပတ်သက်သော မေးခွန်းများကို ဖြေပါ။ ဤ စာမျက်နှာတွင် ကျန်သော မေးခွန်းများကို ဖြေစရာမလိုပါ။

11. ခုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်သည် ကိုယ်အင်္ဂါ၊ စိတ်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ကြောင့် နေ့တဈဝ လုပ်ကိုင် ဆောင်ရွက်မှုများ (ရေချိုးခြင်း၊ အဝတ်အစားလဲခြင်း၊ အိမ်မှုကိစ္စများလုပ်ကိုင်ခြင်း စသဖြင့်) တွင် အဓိကအခဲ ရှိပါသလား၊ ကျန်းမာရေးနှင့် ပါတ်သက်ပြီး ကူညီစောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သူဖြစ်ပါသလား။ သို့မဟုတ် ဆေးရုံ သို့မဟုတ် လူအိုရုံတွင် နေထိုင်သူ ဖြစ်ပါသလား? ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

12. သင်သည် **အမေရိကန် နိုင်ငံသား**သို့ မဟုတ် **အမေရိကန်လူမျိုးဖြစ်** ပါသလား။ ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

13. သင်သည် **အမေရိကန်နိုင်ငံသား** သို့ မဟုတ် **တစ်စုံတစ်ပြီး ကို မှီပြီး နိုင်ငံသား ရထားသလား** (ဤအချက်က များသောအားဖြင့် အမေရိကန်နိုင်ငံ ပြင်ပတွင် မွေးဖွားခဲ့ခြင်း ကို ဆိုလိုသည်)

◯ **ဟုတ်သည်။ ဟုတ်သည် ဆိုပါက** မေးခွန်း က နှင့် ခ ကို ဖြည့်ပါ။ ◯ **မဟုတ်သူ။ မဟုတ်သူ ဆိုပါက** မေးခွန်း နံပါတ် ၁၄ ကိုဖြည့်ပါ။

a. Alien နံပါတ်

b. အသိမှတ်ပြု နံပါတ်

မေးခွန်း ကနှင့် ခ ကို ဖြေပြီးပါက မေးခွန်း နံပါတ် ၁၅ သို့ ကျော်ပြီး ဖြေပါ။

14. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့ မဟုတ် အမေရိကန်လူမျိုး မဖြစ်ပါက လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး က အသိအမှတ်ပြုထား သော နေထိုင်မှု အခြေအနေ ရှိပါသလား။ ◯ **ရှိပါသည်။** စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစားနှင့် ID နံပါတ် ဖြည့်ပါ။ ညွှန်ကြားချက်တွင် ဖတ်ပါ။

လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်မှတ်တမ်း အမျိုးအစား ။ | နေထိုင်မှု အမျိုးအစား (ဖြေလိုမှဖြေပါ) | လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး စာရွက်မှတ်တမ်း တွင် ပါသည့် အတိုင်း ခုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်၏ နာမည် ကို ရေးပါ။

Alien သို့ မဟုတ် I-94 နံပါတ်

ကဒ်နံပါတ် သို့ မဟုတ် ခရီးသွား စာအုပ် နံပါတ်

SEVIS ID သို့ မဟုတ် သက်တမ်း ကုန်ဆုံးသည့်ရက်စွဲ (ဖြေလိုမှသာ ဖြေပါ)

အခြား (အမျိုးအစားနံပါတ် သို့ မဟုတ် ထုတ်ပေးသည့်နိုင်ငံ)

a. သင်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် ၁၉၉၆ ကတည်းက နေထိုင်ခဲ့သလား။ ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

b. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သို့ မဟုတ် ၄င်း၏ အိမ်ထောင်ဘက် သို့ မဟုတ် မိဘသည် စစ်မှုထမ်းဟောင်း သို့ မဟုတ် အမေရိကန်စစ်တပ်တွင် လက်ရှိ တာဝန် ထမ်းဆောင်နေသည့် အဖွဲ့ ဝင်ဟုတ်သလား။..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

15. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် လွန်ခဲ့သော ၃ လ မှ စပြီး ဆေးဝါးကုသမှု ကုန်ကျစားရိတ် ပေးရန် အကူအညီလိုအပ်နေသလား။ ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

16. ပုဂ္ဂိုလ် ၂ သည် အနည်းဆုံး အသက် ၁၉ နှစ်အောက် ကလေးတစ်ဦး နှင့် အတူနေပါသလား။ ခုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်က ဤ ကလေးအတွက် အဓိက တာဝန်ယူသူလား (ဤကလေးငယ်ကို ခုတိယပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်ဖက်များက ကူညီစောင့်ရှောက်နေရလျှင် "ယူမည်" ဟုဖြေပါ။) ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

17. ခုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်နှင့် အတူ နေသော အသက် ၁၉ နှစ်အောက် ကလေး များ အမည်နှင့် တော်စပ်ပုံ ကို ပြောပြပါ။ (စာမျက်နှာ ၂ တွင်ပေးထားသော အမည်စာရင်းနှင့် တူနိုင်ပါသည်)

18. ပုဂ္ဂိုလ် ၂သည် အသက် ၁၈ နှစ် သို့ မဟုတ် အထက် တွင် မွေးစားမိဘများ နှင့် အတူနေခဲ့ ရသလား။ ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

ပုဂ္ဂိုလ် ၂သည် အသက် ၂၂ နှစ် သို့ မဟုတ် ငယ်ပါက ဤမေးခွန်းများကို ဖြေပါ။

19. ပုဂ္ဂိုလ် ၂သည် အလုပ်မှပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသလား၊ လွန်ခဲ့သော ၃လ အတွင်း ၄င်းကို ဆုံးရှုံးခဲ့သလား။ ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

a. ဟုတ်သည်ဆိုပါက ကုန်ဆုံးရက်စွဲ။ __ / __ / ____ b. ကျန်းမာရေးအာမခံ ရပ်တန့် သွားသည့် အကြောင်းရင်း

20. ခုတိယ ပုဂ္ဂိုလ်က အချိန်ပြည့် ကျောင်းတက်နေသော ကျောင်းသားလား ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

ဆန္ဒရှိမှဖြေပါ။ (ဒီဝိုနှင့် ကိုက်ညီသောအချက်များကို ဖြည့်ပါ)

20. လူမျိုး ◯ လူဖြူ ◯ လူမည်း သို့ မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန် ◯ အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့ မဟုတ် အလက်စကာမှဆင်းသက်လာသူ ◯ ဖိလစ်ပိုင်လူမျိုး ◯ ဂျပန်လူမျိုး ◯ ကိုးရီးယားလူမျိုး ◯ အာရှနိုင်ငံမှ အိန္ဒိယလူမျိုး ◯ တရုတ်လူမျိုး ◯ ဗီယက်နမ် ◯ တခြားအာရှလူမျိုး ◯ ဟာပိုင်အီ ကျွန်းရှိ ဒေသခံလူမျိုး ◯ ဂွမ်ကျွန်းရှိ ဒေသခံလူမျိုး သို့ မဟုတ် ချမ်မိုရို ◯ စမိုအန်လူမျိုး ◯ တခြား ပစိဖိပ်ကျွန်းစုမှ လူမျိုး ◯ တခြား

လျှောက်ထားမှု အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူညီလိုပါက **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုဆက်သွယ်ပြီး ၀နှ်ထမ်းအား မိမိအကူညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၂** ကို ခေါ်နိုင်သည်။

အဆင့် 2: ပုဂ္ဂိုလ် 2

ပုဂ္ဂိုလ်၂ ရဲ့ ဝင်ငွေ အကြောင်းပြောပြပါ။
ပုဂ္ဂိုလ်၂ အတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ မလိုလျှင်တောင် ဒီစာမျက်နှာကို ဖြည့်ပါ။

လက်ရှိ အလုပ်အကိုင်နှင့် ဝင်ငွေ အချက်အလက်

◯ အလုပ်အကိုင်ရှိ။ ပုဂ္ဂိုလ်၂ သည် လက်ရှိ အလုပ်လုပ်နေပါက သူ/ သူမ၏ ဝင်ငွေ အကြောင်း အေချက် (၂၃) မှ စတင်ပါ။

◯ အလုပ်လက်မဲ့။ မေးခွန်း အချက် (၃၃) အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။

◯ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း အေချက် (၃၂) အထိ ချန်ထားခဲ့ပါ။

လက်ရှိ အလုပ်ကိုင် ၁။

23. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။ (မဖြည့်မနေရမဟုတ်ပါ)

b. မြို့

c. ပြည်နယ်

d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်

24. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။ ( ) -

25. တစ်နာရီလျှင်လုပ်ခနှုန်း/ဘောက်ဆူး (အခွန်မပေးဆောင်မီ) $
◯ တစ်နာရီချင်း ◯ တစ်ပတ်ချင်း ◯ ၂နှစ် တကြိမ်
◯ တစ်လ ၂ ကြိမ် ◯ တစ်လ တစ်ကြိမ် ◯ တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်

26. တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း

လက်ရှိ အလုပ်ကိုင် ၂ (အကယ်၍ အလုပ် ၂ ခုထက်ပိုရှိပြီး ဖြည့်ရန် နေရာလိုပါက၊ နောက်ထပ် စာရွက်တစ်ရွက် ဖြင့် ထပ်တွဲတင်ပါ)

27. အလုပ်ရှင်၏အမည်။

a. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ။ (မဖြည့်မနေရမဟုတ်ပါ)

b. မြို့

c. ပြည်နယ်

d. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်

28. အလုပ်ရှင် ၏ ဖုန်းနံပါတ်။ ( ) -

29. တစ်နာရီလျှင်လုပ်ခနှုန်း/ဘောက်ဆူး (အခွန်မပေးဆောင်မီ) $
◯ တစ်နာရီချင်း ◯ တစ်ပတ်ချင်း ◯ ၂နှစ် တကြိမ်
◯ တစ်လ ၂ ကြိမ် ◯ တစ်လ တစ်ကြိမ် ◯ တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်

30. တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း

31. **ယခင်နှစ်တွင် ပုဂ္ဂိုလ်၂** ◯ အလုပ်ပြောင်းသလား ◯ အလုပ်မှ ရပ်နားခဲ့သလား။ ◯ နာရီလျော့ လုပ်ခဲ့သလား။ ◯ အထက်ပါ အကြောင်းရာ တစ်ခုမှမဟုတ်။

32. **ဒုတိယပုဂ္ဂိုလ် သည် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း လုပ်ကိုင်သူဖြစ်လျှင် a နှင့် b ကို ဖြေပါ။**

a. အလုပ်အမျိုးအစား

b. အသားတင်ဝင်ငွေ (စီးပွားရေးအတွက် ကုန်ကျစားရိတ်များပေးပြီး ပါက) ယခုလ အတွက် ဒီကိုယ်ပိုင်လပ်ငန်းမှ ရမည့်ဝင်ငွေ. ညွှန်ကြားချက်တွင် ကြည့်ပါ။ $

33. **ယခုလအတွင်း** ရသော ပုဂ္ဂိုလ်၂ ရသော တခြားဝင်ငွေ။ သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးဖြည့်ပါ။ရသောပမာဏနှင့် ဘယ်နှစ်ကြိမ်ရသည်ကိုရေးပါ။မရှိပါက တစ်ခုမှမရှိလို့ ရေးပါ။ ◯ **မှတ်ချက်။** ။ ပုဂ္ဂိုလ်၂ ၏ ကလေးအတွက် ထောက်ပံ့ကြေးငွေ၊စစ်မှုထမ်းဟောင်းများအတွက် ပေးငွေနှင့် လူမှုလုံခြုံရေးဌာနမှ ထပ်ဖြည့် ပေးငွေများ(SSI) ကို ဖော်ပြရန်မလိုပါ။

◯ အလုပ်အကိုင်မရှိ	$	အကြိမ်အရေအတွက်	◯ ကွဲကာနေသောအိမ်ထောင်ဘက် ထံမှ ရသော ထောက်ပံ့ကြေးငွေ	$	အကြိမ်အရေအတွက်
◯ ပင်စင်	$	အကြိမ်အရေအတွက်	◯ စိုက်ပျိုးခြင်း/ငါးဖမ်းမြှုပ်ခြင်းမှရသည့် အသားတင်ဝင်ငွေ	$	အကြိမ်အရေအတွက်
◯ လူမှုလုံခြုံရေး	$	အကြိမ်အရေအတွက်	◯ ငှားရမ်းခြင်း /ပစ်စည်းထုတ်လုပ် ရောင်းချခြင်း မှရသောငွေ	$	အကြိမ်အရေအတွက်
◯ အပြိုင်းစားစုငွေ အကောင့်များ	$	အကြိမ်အရေအတွက်	◯ အခြားသောဝင်ငွေ အမျိုးအစား	$	အကြိမ်အရေအတွက်

34. **ကုန်ကျစားရိတ်တွက်ငွေများ** သက်ဆိုင်သည့်ကွက်လပ်များအားလုံး၊ ငွေပမာဏ နှင့် အကြိမ်အရေအတွက်ကို ဖြည့်ပါ။ ဝတ္ထုဝင်ငွေခွန်တွက်ရာတွင် နှုတ်ယူခွင့် ရှိသော ကုန်ကျစားရိတ်များ ကျခံထားမှုရှိပါက ကျန်းမာရေးအာမခံ အတွက် ကုန်ကျစားဂိုတ် ပိုမို သက်သာနိုင်ပါသည်။ **မှတ်ချက်။** ပုဂ္ဂိုလ်၂ က ကလေးထောက်ပံ့ကြေးပေးထားခြင်း သို့ မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းလုပ်ရာတွင် ကုန်ကျစားဂိုတ်ထည့်ထားပြီး သား ကို ပြန်မထည့်ပါနှင့်. (မေးခွန်းနံပါတ် ၃၂၁)

◯ ကွဲကာနေသောအိ-မ်ထောင်ဘက် အားပေးသော ထောက်ပံ့ကြေးငွေ	$	အကြိမ်အရေအတွက်	◯ အခြားကုန်ကျစားရိတ်များ အမျိုးအစား	$	အကြိမ်အရေအတွက်
◯ ပညာသင်ကြားခြင်းခ-ားငွေ အတိုး	$	အကြိမ်အရေအတွက်			

35. **တစ်နှစ်တာ အတွင်း ပုဂ္ဂိုလ်၂ ၏ဝင်ငွေ အပြောင်းလဲရှိမှု၊တစ်နှစ်တာလုံးမလုပ်ခြင်း** သို့ မဟုတ် လအနည်းငယ် အတွက်ပဲ အကျိုးမြတ် ရရှိခြင်းဖြစ်ပါက ဒီမေးခွန်း ကိုဖြေပါ။ လစဉ်ဝင်ငွေ အပြောင်းလဲမရှိပါ နောက်တစ်ဦးဆီသို့ ကျော်ဖြေပါ။

ပုဂ္ဂိုလ်၂ ၏ **ယခုနှစ်**အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ $	ပုဂ္ဂိုလ်၂ ၏ **နောက်နှစ်**အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ (ကွဲပြားမည်ဟုယူဆပါက) $

ကျေးဇူးတင်ပါသည်။ ပုဂ္ဂိုလ်၂၏ အကြောင်း သိဖို့ ဤမျှသာလိုအပ်ပါသည်။

အဆင့် 3။ အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလာစကား တိုင်းရင်းသား (AI/AN)

1. **သင်သို့မဟုတ် သင်၏ မိသားစုဝင်များသည် အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလာစကား တိုင်းရင်းသားများဖြစ်ပါသလား?**
   ◯ **မဟုတ်ပါ။ မဟုတ်ပါက** အဆင့် ၄ ကို ဖြေပါ။ ◯ **ဟုတ်သည်။ ဟုတ်သည်ဆိုပါက** အဆင့်၄ နှင့် နောက်ဆက်တွဲ ခ ကို ဖြေပြီး ဒီလျှောက်လွှာ တွင် တင်ပါ။

အဆင့် 4။ သင်မိသားစု ၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု

1. **ဗဟိုဝင်ငွေအခွန် ဆောင်ရာတွင်၊ အာမခံကြေး အခွန် ခရက်တစ် ရသော နစ်တိုင်း အတွက် သင့် အိမ်ထောင်စု က အသုံးပြုခဲ့သည့် အာမခံကြေးအခွန် ခရက်တစ် ကို ပြည်လည် ညှိပြီး တင်သွင်းခြင်း ရှိပါသလား။**
   ◯ **ရှိပါသည်။ အာမခံကြေး အခွန် ခရက်တစ် များကို ပြန်လည် ညှိပြီးတင်သွင်းခဲ့သည်။ အကယ်၍ ဤအချက်များက သင်နှင့် သက်ဆိုင်ပါက ပိုင်းထားသော နေ့ရာတွင် ဖြည့်ပါ။**
   - ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက် မှ ကုန်ကျစားရိတ် ကို လျော့သွားအောင် သင်၏ တိုက်ရိုက် အာမခံကြေးသွင်းခြင်း အခွန်ခရက်တစ် (APTC) ကို လွန်ခဲ့သော တစ်နှစ် သို့ မဟုတ် တစ်နှစ်ထက်ပိုသောနှစ်များ တွင် အသုံးပြုခဲ့သည်။
   - သင့်အိမ်ထောင်စု အတွက် အခွန်ပေးဆောင်သူ က ဗဟိုဝင်ငွေအခွန်ပေးဆောင်ရာတွင် ဤနှစ်များအတွက် နှစ်တိုင်းပေးဆောင်ခဲ့သည်။
   - အခွန်ပေးဆောင်သူ(များ) သည် IRS လျှောက်လွှာပုံစံ ၈၉၆၂ (**HealthCare.gov/taxes-reconciling/**) နှင့် အခွန်ပြန်တမ်းလျှောက်လွှာကို အတူ တင်သွင်းခဲ့သည်။

2. **ဤ လျှောက်လွှာတွင်ပါသော သူ တစ်ဦးဦး က လွန်ခဲ့သော ရက် ၉၀ အတွင်း Medicaid သို့ မဟုတ် ကလေးကျန်းမာရေးအာမခံ ပရိုဂရမ် (CHIP) ကို လျှောက်ထားရန် သတ်မှတ်ချက် စံနှုန်း မပြည့်မီဖြစ်ခဲ့သလား။ (ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက် ကြောင့် မဟုတ်ပဲ ပြည်နယ် အရ စံနှုန်းမမီသူဖြစ်ပါက ဟုတ်သည် ကိုရွေး ရယ်ပါ)** ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

   မည်သူနည်း

   သို့မဟုတ်၊ ဤလျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သူ တစ်ယောက်ယောက်သည် လူဝင်မှု အခြေအနေ တရုတ် ကြောင့် လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း Medicaid သို့မဟုတ် CHIP ရရှိခံစားခွင့် မရှိခဲ့သောသူ ရှိပါသလား? ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

   မည်သူနည်း

   ဤ လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သူ တယောက်ယောက်သည် ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန ဖွင့်လှစ်သည့် ကာလအတွင်း သို့မဟုတ် ဘဝအောင်မြင်မှု ရရှိပြီးနောက်ပိုင်း တွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်ကို ဝယ်ဖူးသူ ရှိပါသလား? ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

   မည်သူနည်း

3. **ဤ လျှောက်လွှာတင်ပါသော တစ်စုံတစ်ဦးကို အလုပ်မှပေးသောကျန်းမာရေး အာမခံရှိသလား။ အာမခံသည် တစ်စုံတစ်ဦး၏ အလုပ်မှ၊ အိမ်ထောင်ဘက် သို့ မဟုတ် မိဘမှ ရပါက ထိုအာမခံကို လက်မခံလျှင်တောင် ရှိသည်ဟုဖြေပါ။**
   ◯ ရှိသည်။ နောက်ဆက်တွဲ က ကို ဆက်ဖြည့်ပါ။ ဒီအာမခံသည် ပြည်နယ်ကပေးသော အလုပ်ဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်လား။ ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ
   ◯ မရှိပါ။

4. **တစ်ယောက်ယောက်က လက်ရှိမှာ ကျန်းမာရေး အာမခံ စာရင်းသွင်းထားပြီလား။**
   ◯ **ဟုတ်သည်။ ဟုတ်သည်ဆိုပါက** မေးခွန်း ၆ သို့ ဆက်ပါ။ ◯ **မဟုတ်ပါ။** မဟုတ်ပါက မေးခွန်း ၅ သို့ ကျော်ပါ။

5. **လက်ရှိကျန်းမာရေး အာမခံ အကြောင်း** (လူ ၂ ဦးထက်ပိုပြီး ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါက ဤစာမျက်ကို မိတ္တူကူးပါ)
   အာမခံ အမျိုးအစားကို ရေးပါ။ အလုပ်ရှင်မှပေးသော အာမခံ၊ COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, VA health care program, Peace Corps သို့ မဟုတ် အခြား
   (အကယ်၍ သင့်မှာ Direct Care သို့ မဟုတ် Line of Duty ရှိပါက TRICARE အကြောင်း မပြောပါနှင့်။)

ပုဂ္ဂိုလ် 1:

ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် သွင်းထားသူအမည်

ကျန်းမာရေးအာမခံ အမျိုးအစား
◯ အလုပ်ကပေးသော အာမခံ ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP ◯ Medicare ◯ TRICARE ◯ VA health care program ◯ Peace Corps ◯ အခြား

အလုပ်ကပေးသော အာမခံ ဖြစ်ပါက နောက်ဆက်တွဲ က ကိုလဲ ဖြည့်ရန်လိုသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည်	ပေါ်လစီ/ID နံပါတ်

တခြား အာမခံဖြစ်ပါက ◯ အကယ်၍ ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက်မှ ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံ ဖြစ်ပါက ဖြည့်ပါ။

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည်	ပေါ်လစီ/ID နံပါတ်

ကန့်သတ်ချက်ပါသော အာမခံလား။ ကျောင်းမှ ပေးသောထိခိုက် ဒဏ်ရာ ပေါ်လစီကဲ့သို့။ ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

ပုဂ္ဂိုလ် 2:

ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် သွင်းထားသူအမည်

ကျန်းမာရေးအာမခံ အမျိုးအစား
◯ အလုပ်ကပေးသော အာမခံ ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP ◯ Medicare ◯ TRICARE ◯ VA health care program ◯ Peace Corps ◯ အခြား

အလုပ်ကပေးသော အာမခံ ဖြစ်ပါက နောက်ဆက်တွဲ က ကိုလဲ ဖြည့်ရန်လိုသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည်	ပေါ်လစီ/ID နံပါတ်

တခြား အာမခံဖြစ်ပါက ◯ အကယ်၍ ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက်မှ ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံ ဖြစ်ပါက ဖြည့်ပါ။

ကျန်းမာရေးအာမခံ ကုမ္ပဏီအမည်	ပေါ်လစီ/ID နံပါတ်

ကန့်သတ်ချက်ပါသော အာမခံလား။ ကျောင်းမှ ပေးသောထိခိုက် ဒဏ်ရာ ပေါ်လစီကဲ့သို့။ ..... ◯ ယူမည် ◯ မယူပါ

? လျှောက်ထားဖို့ အကူအညီလိုပါသလား။ **HealthCare.gov** သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူညီလိုပါက **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဂန်ထမ်းအား မိမိအကူညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၅** ကို ခေါ်နိုင်သည်။

အဆင့် 5: သင်၏ သဘောတူညီချက်နှင့် လက်မှတ်။

1. **လာမည့် ၅ နှစ်အတွင်း ဝင်ငွေအခွန်ဆောင်မှုများ အပါအဝင် သင့်ဝင်ငွေအချက်အလက်များ အား Marketplace ကိုသုံးစွဲခွင့်ပေးဖို့ သဘောတူသလား။** ..... ○ ယူမည် ○ မယူပါ

   လာမည့်နှစ်များအတွက် ဝင်ငွေ အခွန်ဆောင်သော အချက်အလက် အပါအဝင် စာရင်းများကို Marketplace မှ အသုံးပြုခွင့် ပေးဖို့ သဘောတူခြင်းအားဖြင့် သင်ရနိုင်သော အာမခံ အတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ချရာတွင် ပိုမို လွယ်ကူစေမည်။ အပြောင်းလဲ ပြုလုပ်မည်ဆိုပါက The Marketplace ကသင့်ကို အကြောင်းကြားစာပို့ ပါမည်။ သင့်ရပိုင်ခွင့်များဆက်လက်ရဖို့ ၊ လိုအပ်လျှင်ဝင်ငွေ ပိုင်းဆိုင်ရာ သက်သေပြဖို့ The Marketplace က စစ်ဆေးမည်။ အချိန်မရွေး သင်နှတ်ထွက်ခွင့်ရှိပါသည်။

   မဟုတ်ပါက၊ ကျွန်ုပ် အချက်အလက်များကို လာမည့်နှစ်များ အတွက် အလိုအလျောက် အသစ်တင်ပါ။

   ○ ၅ နှစ် ○ ၃ နှစ် ○ ၂ နှစ် ○ ၁ နှစ်
   ○ ၄ နှစ် ○ ၂ နှစ်

   ○ ကျွန်ုပ်၏ အခွန် အချက်အလက်များကို သုံးပြီး ကျန်းမာရေးအာမခံ အသစ်ပြန်လုပ်ဖို့ အတွက် ကူညီ ပေးဖို့ မသုံးပါနှင့်။ (ဤရွေးချယ်မှုက သင့် အာမခံ ကို အသစ်ပြန်လည် ပေးဖို့ အကျိုးသက်ရောက်မှုရှိနိုင်သည်)

2. **ဤ ကျန်းမာရေးအာမခံ လျှောက်လွှာပါ တစ်ဦးဦးက ထောင်ကျ(အထိန်းသိမ်းခံ သို့ မဟုတ် အကျဉ်းကျခံ) ဖူးသလား။** ..... ○ ယူမည် ○ မယူပါ

   ကျဖူးသည်ဆိုပါက ထိုသူ၏ အမည်ကို ရေးပါ။ အကျဉ်းကျဖူးသူ၏ အမည်သည်

   ○ အကယ်၍ ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် တရားစွဲဆိုချက်များနှင့် ရင်ဆိုင်နေရပါက ဒီနေရာတွင် ဖြည့်ပါ။

သင်၏ လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သူ တစ်စုံတစ်ယောက် သည် ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန မှ တဆင့်လျှောက်ပြီး နောက်ပိုင်းမှ ထိုသူသည် အခြား ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ် တစ်ခုခု (Medicare, Medicaid နှင့် CHIP ကဲ့သို့သော) ကို ရရှိ ခံစားခွင့် ရှိကြောင်း သိရှိရလျှင် ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာနသည် ထိုသူ၏ ခံစားခွင့် များကို အလိုအလျောက် အဆုံးသတ်မည်ဖြစ်သည်။ ဤအချက်က အခြား ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ် တစ်ခုခု ကို ရရှိသူ သည် ကျန်းမာရေးအရောင်းဌာန ၏ အထောက်အပံ့ကို ရရှိနိုင်မည် မဟုတ်ဘဲ ကျသင့်သောစရိတ်ကို အပြည့်ပေးရန် ဖြစ်သည်။

○ ဤအခြေအနေမျိုး ရှိခဲ့လျှင် ကျွန်တော်/ကျွန်မ တို့၏လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သော ထိုသူအား ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန မှ အဆုံးသတ်ခြင်းကို သဘောတူပါသည်။

○ ဤအခြေအနေမျိုး ရှိခဲ့လျှင် ကျွန်တော်/ကျွန်မ တို့၏လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သော ထိုသူအား ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန မှ အဆုံးသတ်ခြင်းကို ခွင့် မပြုနိုင်ပါ။

ဤ ကျန်းမာရေးအာမခံ လျှောက်လွှာပါ တစ်ဦးဦးက Medicaid ရသလား။

- ကျွန်ုပ်အတွက် ကျန်းမာရေး ကုန်ကျမှု ငွေ အကူအညီရရန် တခြားကျန်းမာရေးအာမခံ၊ ဥပဒေပိုင်းဆိုင်ရာ သဘောတူညှိနှိုင်းမှု၊ သို့ မဟုတ် တတိယပါတီ မှတဆင့် တောင်းခွင့်ကို Medicaid အေဂျင်စီ အား ပေးသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်ဘက် သို့ မဟုတ် မိဘ အတွက် ပါ ကျန်းမာရေး အထောက်အပံ့ ဂယ်ယူရရှိရန် Medicaid အေဂျင်စီအား ခွင့်ပြုသည်။
- ဤလျှောက်လွှာတွင်ပါသော ကလေးတစ်ဦးဦး ၏ မိဘက အိမ်အပြင်တွင် နေထိုင်သလား။ .....○ ယူမည် ○ မယူပါ
- ရှိပါက၊ ထိုမိဘအား ကျန်းမာရေးအထောက်အပံ့ပေးမည့် အေဂျင်စီနှင့် ပူးတွဲဆောင်ရွက်ဖို့ မေးမြန်းခံရမည်ကို သိပါသည်။ အကယ်၍ ထိုပူးတွဲဆောင်ရွက်မှုက ကျွန်ုပ်အတွက် သို့ မဟုတ် ကလေး အတွက် ထိခိုက်နစ်နာမှုရှိနိုင်သည် ဟုယူဆလျှင် Medicaid ကို အကြောင်းကြားပြီး ကျွန်ုပ်ပူးတွဲဆောင်ရွက်မှုမပြုဂန်ခြင်းဆိုနိုင်သည်။
- ကျွနုပ်သည် ဤလျှောက်လွှာ ပ်မေးခွန်းများကို အမှန်အတိုင်း ဖြေဆိုထားကြောင်း ကျမ်းကျိန် ပန်ခံကတိပြုသည့် အနေဖြင့် လက်မှတ်ထိုးပါသည်။ ကျွနုပ်သည် ဤလျှောက်လွှာ ပါ အဖြေများကို သိလျှက်နှင့် ရည်ရွယ်ချက်ရှိစွာ လိမ်ညာဖြေဆိုပါက ဖက်ဒရာ တရားဥပဒေအရ အရေးယူခံရမည်ဖြစ်သည်ကိုသိရှိပါသည်။
- လျှောက်လွှာတင်ဖြည့်ထားသော အချက်အလက်များနှင့်ပတ်သက်ပြီး အပြောင်းလဲတရုခု(ဖြည့်စဉ်ကနှင့် မတူ)ရှိပါက Marketplace ကိုရက်ဃ၀ အတွင်း အကြောင်းကြားရန် လိုကြောင်းသိပါသည်။ HealthCare.gov သို့ မဟုတ် ဖုန်း ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၁၈-၂၅၆ ကို ဆက်သွယ်နိုင်ကြောင်း သိပါသည်။ ၄င်းပြောင်းလဲမှုသည် ကျန်ုပ်အတွက် သို့ မဟုတ် မိသားစုဝင်များအတွက် ရနိုင်ခွင့် များ အပေါ် သက်ရောက်မှု ရှိနိုင်ကြောင်းသိပါသည်။
- ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရ လူမျိုး၊ အသားရောင်၊ မွေးဖွားရာနိုင်ငံ၊ လိင်အမျိုးအစား၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းမှုများ နှင့် ပတ်သက်ပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း ကိုခွင့်မပြုကြောင်းသိပါသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံခံရသည့် အကြောင်း တိုင်ကြားလိုပါက hhs.gov/ocr/office/file မှတဆင့် တိုင်နိုင်သည်။
- လျှောက်လွှာတွင်ဖြည့်ထားသော အချက်အလက်များ ကို ကျန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ ရပိုင်ခွင့် နှင့်ပတ်သက်ပြီး ဆုံးဖြတ်ရန်၊ အာမခံကြေးငွေ ကူညီပေးဂန်(တောင်းဆိုပါက)၊ နှင့် Marketplace ပရိုဂရမ်များ၏တရားဥပဒေဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များ အတွက် အသုံးပြုမည်ကို နားလည်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံ လျှောက်ထားဖို့ သင်ရွေးချယ်ပါက၊ ဤ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုပြီး သင့် အတွက် ရနိုင်ခွင့်ကို စစ်ဆေးမည်ဖြစ်သည်။ သင့်အဖြေများကို ပြည်တွင်းအခွန်များဦးစီးဌာန(IRS) လူမှုလုံခြုံရေး၊ အိုးအိမ်ကာကွယ်ရေး ဌာန၊ နှင့် /သို့ မဟုတ် စားသုံးသူများ ၏ အချက်အလက် များစုဆောင်း သတင်းပို့ သည့် အေဂျင်စီ စသည့် ဌာနများ ၏ အချက်အလက် သိမ်းဆည်းထားသည့် အီလက်ထရောနစ် စာရင်းများတွင် ပြန်လည်စစ်ဆေးပါမည်။ မကိုက်ညီသော အချက်အလက်များအတွက် သက်သေအထောက်ထားများ ပြရန် သင့်ကို တောင်းဆိုမည်။

အကယ်၍ ကျွန်တော်/ကျွန်မ ၏ ခံစားခွင့် ဆုံးဖြတ်ချက်များ မှားယွင်းခဲ့သော ဘာလုပ်ရမည်နည်း?

သင့်ရပိုင်ခွင့်နှင့် ပတ်သက်ပြီး သဘောမတူပါက, ကိစ္စအများစုတွင် , အယူခံဝင်ခွင့်တောင်းနိုင်သည်။ ဘယ်နစ်ရက်အတွင်း အယူခံဝင်ခွင့် လျှောက်ထားနိုင်ကြောင်း အပါအဝင် အယူခံဝင်ရန် အာမခံလျှောက်ထားသော အိမ်သားတစ်ဦးစီ အတွက် ညွှန်ကြားချက်သီးသန့် ကို ဖတ်ပါ။ အယူခံဝင်ခွင့်လျှောက်ထားရာတွင် စဉ်းစားသင့်သော အရေးကြီးသည့် အချက်အလက်များ က ဒီမှာပါ။

- အယူခံဝင်ဖို့ တစ်စုံတစ်ဦးကို သင့်ကိုယ်စား ပါဝင်ဖို့ ဆန္ဒရှိပါက တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ထိုသူသည် သူငယ်ချင်း၊ ဆွေမျိုးရှေ့ နေ သို့ မဟုတ် တခြားသော ပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်နိုင်သည်။ သို့ မဟုတ် သင့်ဘာသာ အယူခံဝင်ခွင့်ကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။
- အယူခံဝင်ခွင့်ကို တောင်းဆိုပါက အယူခံ အတွက် ဆိုင်းငံ့ကာလတွင် သင့်ကျန်းမာရေး အာမခံကို ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားခွင့် ရကောင်းရလိမ့်မည်။
- အယူခံဝင်ခွင့်ရလဒ်က သင့်မိသားစုဝင် များရဲ့ ရပိုင်ခွင့် အပေါ်လဲ အကျိုးသက်ရောက်မှု ရှိနိုင်ပါသည်။

Marketplace ၏ ရပိုင်ခွင့် အတွက် အယူခံဝင်ရန် HealthCare.gov/marketplace-appeals/ ကိုသွားပါ။ သို့ မဟုတ် ဖုန်း ၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၁၈-၂၅၆ ကိုဆက်ပါ။ ဖုန်းဖြင့် -- Marketplace Call Center နံပါတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၁၈-၂၅၆၊** အကြားအာရုံပကောင်းသူဖြစ်ပါက **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၅** ကို ခေါ်နိုင်သည်။ အယူခံဝင်ခွင့် လျှောက်ထားခြင်းပုံစံ သို့ မဟုတ် သင့်ဘာသာရေးသားထားသော စာကို စာတိုက်မှ တဆင့် **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. သို့ ပေးပို့ နိုင်သည်။ ငြင်းပယ်ခြင်းခံရပါက Marketplace မှ တဆင့် ကျန်းမာရေးအာမခံဂယ်ခွင့်၊ စာရင်းသွင်းသည့် အချိန်ကာလ၊ အခွန်ခရက်တစ်၊ စားရိတ်မျှပေးစနစ်ဖြင့် ဈေးလျှော့ပေးခြင်း၊ Medicaidနှင့် CHIP တို့ ကို လျှောက်ထားဖို့ အယူခံဝင်နိုင်သည်။ အခွန်ခရက်တစ် အတွက် သို့ မဟုတ် စားရိတ်မျှပေး စနစ်ဖြင့် လျှော့ပေးသည့် စနစ် ရနိုင်ခွင့်ရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့ ပေးထားသည့် ပမာဏ နှင့် ပတ်သက်ပြီး အယူခံ ဝင်နိုင်သည်။ သင်နေထိုင်သောပြည်နယ်အပေါ်မူတည်ပြီး Marketplace မှတဆင့် အယူခံဝင်ခြင်း သို့ မဟုတ် Medicaidနှင့် CHIP အေဂျင်စီမှ တဆင့် အယူခံဝင်ခွင့် လျှောက်ထား နိုင်ပါသည်။

ပုဒ္ဓိလ် ၁ က ဤလျှောက်လွှာတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးရမည်။ အကယ်၍ သင်က ခွင့်ပြုချက်ရကိုယ်စားလှယ်ဖြစ်ပြီး ပုဒ္ဓိလ် ၁ က Appendix C တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးထားပါက သင် ဒီနေရာတွင် လက်မှတ်ထိုးပါ။

လက်မှတ်	လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲ(လ/နေ့ /နှစ်)
→	/ /

အကယ်၍ လျှောက်လွှာလက်ခံ သည့်ကာလ (နိုဝင်ဘာ ၁-ဒီဇင်ဘာ ၁၅အတွင်း) ၏ ပြင်ပချိန်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုး ထားပါက နောက်ဆက်တွဲ ယ ကိုကြည့်ပါ။ ("ဘဝအခြေအနေအပြောင်းလဲ ဆိုင်ရာ မေးခွန်းများ").

? လျှောက်ထားဖို့ အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၁၈-၂၅၆** ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူညီလိုပါက **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၁၈-၂၅၆** ကိုဆက်သွယ်ပြီး ပန်ထမ်းအား မိမိအကူညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၅** ကို ခေါ်နိုင်သည်။

အဆင့် 6: ပြီးပြည့်စုံသော လျှောက်လွှာကို စာတိုက်မှပို့ ပါ။

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

ဆန္ဒမဲပေးလိုပါက၊ မဲပေးဖို့ စာရင်းသွင်းသည့် ပုံစံလွှာကို eac.gov တွင်ဖြည့်ပါ။

အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား မဟုတ်သည့် တခြားသော ဘာသာစကားများ အတွက် အကူအညီတောင်းခြင်း

အကယ်၍ သင့် အတွက် သို့ မဟုတ် သင် အကူ အညီပေး နေသူ တစ်ဦး အတွက် ကျန်းမာရေး အာမခံ ဈေးကွက်နှင့် ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းများ မေးလိုပါက၊ သင့်မိခင် ဘာသာစကားဖြင့် မေးမြန်းပြောဆို ဖို့ အခမဲ့ အကူညီ တောင်း ခွင့်ရှိ ပါသည်။ ဘာသာပြန်များနှင့် ပြောဆိုရန် ဖုန်း ၁-၈၀၀-၃၁၈ ၂၅၉၆ ကို ခေါ်ပါ။

ဘာသာပြန်ရနိုင်သော ဘာသာစကားများ နှင့် အထက်ပါ ကြေငြာချက်ကို ဘာသာပြန်ထားသည့် ဘာသာစကားများ စာရင်း အတွက် ဒီနေရာတွင် ကြည့်ပါ။

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.

အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား မဟုတ်သည့် တခြားသော ဘာသာစကားများ အတွက် အကူအညီတောင်းခြင်း (ရှေ့ ဆက်ရန်)

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。

နောက်ဆက်တွဲ က

Form Approved
OMB No. 0938-1191

လုပ်ငန်းခွင်မှပေးသောကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု

အကယ်၍ကျန်းမာရေး အာမခံ ကို မိသားစုဝင်တစ်ဦးဦး အား သူ၏ အလုပ်မှ ရနိုင်ခွင့် မရှိပါက, အဆိုပါ အာမခံကို လက်မခံလျှင်တောင်မှ,ဤမေးခွန်းများအား ဖြေရန်မလိုပါ။ အလုပ်တစ်ခုစီမှ ပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံ များကို မိတ္တူဆွဲပြီး တွဲတင်ပါ။

ကျန်းမာရေးအာမခံ ပေးသော အလုပ် အကြောင်း ပြောပြပါ။

ဤစာမျက်နှာကို မိတ္တူဆွဲပြီး အာမခံပေးသည့် အလုပ်ရှင်ထံသို့ ယူသွားကာ မေးခွန်းများအား ကူဖြေဆိုခိုင်းပါ။

ဝန်ထမ်း ၏ အချက် အလက်

1. ဝန်ထမ်း ၏ အမည် (ပထမ၊အလယ်၊ နောက်ဆုံး)	2. ဝန်ထမ်း ၏ လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN)
	___ - __ - ____

အလုပ်ရှင်၏ အချက်အလက်

3. အလုပ်ရှင်/ ကုမ္ပဏီ အမည်	
4. အလုပ်ရှင်၏ မှတ်ပုံတင် အမှတ် (EIN)	5. အလုပ်ရှင်၏ ဖုန်းနံပါတ်
__ - _____	(___) ___ - ____

ယခု ... ဝန်ထမ်း ၏ အကျိုးခံစားခွင့် များနှင့် ပတ်သက်ပြီး စီမံခန့် ခွဲသည့် ပုဂ္ဂိုလ် သို့ မဟုတ် ဌာန နှင့် ဆိုင်သည့် အချက်အလက်များကို ရေးပါ။ ကျွန်ုပ်တို့ က သိလိုသည်များ ရှိပါက အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ် ကို ဆက်သွယ်ပါလိမ့်မည်။

6. ဝန်ထမ်း ၏ ကျန်းမာရေး အာမခံ နှင့် ပတ်သက်ပြီး ဆက်သွယ်နိုင်မည့် ပုဂ္ဂိုလ် သို့ မဟုတ် ဌာန။		
7. အလုပ်ရှင် ၏ လိပ်စာ (ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက် က ဒီလိပ်စာသို့ အကြောင်းကြား စာပို့ နိုင်ပါသည်)		
8. မြို့ နယ်	9. ပြည်နယ်	10. နယ်မြေအမှတ်
11.ဖုန်းနံပါတ်(အပေါ်မှဖုန်းနှင့် မတူပါက) (___) ___ - ____	12. အီးမေလ်လိပ်စာ	

13. ဤ ဝန်ထမ်း သည် အလုပ်ရှင်မှ ပေးသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ကို ယခု ရရှိနေပြီလား (သို့ မဟုတ်) လာမည့် ၃ လ အတွင်း ရနိုင်မလား

○ ရရှိမယ် ဆိုပါက (ရှေ့ ဆက်ရန်)

a. **အကယ်၍ ဝန်ထမ်းက ကျန်းမာရေး အာမခံကို ယနေ့ တွင် မရရှိသေးပါက၊ စောင့်ရမည့် ကြာချိန် နှင့် အစမ်းခန့် ကာလ ကြာချိန် အပါအဝင်၊ မည်သည့် အချိန်တွင် ရနိုင်မလဲ** (လ၊ ရက်၊ နှစ်)

___ / ___ / ____

○ **မရနိုင်ပါ (အလုပ်ရှင် ၊** ရပ်ပြီး ဒီလျှောက်လွှာကို ဝန်ထမ်းသို့ ပြန်ပေးပါ)
ဝန်ထမ်း ၊ သင့် လျှောက်လွှာကို ကျန်းမာရေးအာမခံ ဈေးကွက် သို့ ပြန်ပေးပါ)

b. **ဤ အလုပ်ရှင် က ဝန်ထမ်း၏ အိမ်ထောင်ဘက် သို့ မဟုတ် မှီခိုသူ(များ) အတွက် ကျန်းမာရေး အာမခံ ပေးထားပါသလား။**

○ **ပေးပါသည်။ ပေးလျှင် မည်သူ့** ကို ပေးထားသလဲ။ ○ အိမ်ထောင်ဘက် ○ မှီခိုသူ (များ) ○ **မပေးပါ** (မေးခွန်း ၁၄ သို့ ဆက်ပါ)

ဤ အလုပ်မှ ပေးသော ကျန်းမာရေး အာမခံ ကို ရရန် သတ်မှတ်ချက် စံချိန်မပြည့်မီသည့် ဝန်ထမ်း၏ မိသားစုဝင်များ အမည်ကို ရေးပါ။

အမည် _____

အမည် _____

အမည် _____

နောက်စာမျက်နှာသို့ ဆက်ပါ။

ဤအလုပ်ရှင်မှ ကမ်းလှမ်းသော တန်ဖိုးအနည်းဆုံး ကျန်းမာရေးအစီအမံ အကြောင်းပြောပြပါ။

14. အလုပ်ရှင် ကမ်းလှမ်းသော ကျန်းမာရေးအစီအမံ သည် သတ်မှတ်ထားသည့် တန်ဖိုးအနည်းဆုံး စံနှုန်း နှင့် ကိုက်ညီသလား*

○ **ကိုက်ညီသည်** (မေးခွန်း ၁၅ သို့ သွားပါ) ○ **မကိုက်ပါ** (**ရပ်ပြီး**၊ ဒီပုံစံလွှာကို အလုပ်သမားအားပြန်ပေးပါ)

15. **အလုပ်ရှင်ပေးသော** အာမခံများအနက် သတ်မှတ်ထားသည့် တန်ဖိုးအနည်းဆုံး စံနှုန်း နှင့် ကိုက်ညီသော ကျန်းမာရေးအစီအမံ* အတွက် ဝန်ထမ်း က မည်မျှ ပေးဆောင်ရမည်နည်း။ မိသားစု အစီအမံများအတွက် ထည့်မတွက်ပါနှင့်။ မှတ်ချက်။ အလုပ်ရှင်က ပေးသော ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တွင် ဆေးရွက်ကြီးဖြတ်ခြင်းနှင့်ဆိုင်သည့် အစီအစဉ်အတွက် အများဆုံးလျှော့ဈေးပေးပြီး တခြားသော ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များတွက် လျှော့ဈေးမပေးပါက အလုပ်သမားမှ ပေးသွင်းရမည့် လစဉ်ကြေးငွေ ကို ရေးပါ။

a. ဝန်ထမ်းမှ ပေးရမည့် ကျန်းမာရေး လစဉ်ကြေးငွေ။ $

မှတ်ချက်။ ကျန်းမာရေးအာမခံ အတွက် အလုပ်သမားမှ ပေးနိုင်သည့် အနိမ့်ဆုံး ပမာဏကိုရေးပါ။

b. ဝန်ထမ်းမှ ဤ ပမာဏကို ပေးမည်။ ○ အပတ်စဉ် ○ ၂ပတ်တစ်ကြိမ် ○ တစ်လ နှစ်ကြိမ် ○ တစ်လ တစ်ကြိမ် ○ သုံးလ တစ်ကြိမ် ○ တစ်နှစ်တစ်ကြိမ်

မှတ်ချက်။ သင် ၏လစဉ်ကြေး အပြောင်းအလဲရှိလျှင်၊ ပြန်လာပြီး လျှောက်လွှာ အသစ်ပြန်တင်ပါ။

* ကျန်းမာရေးအစီအမံ တစ်ရပ်သည် အနိမ့်ဆုံးတန်ဖိုး သတ်မှတ်ချက် စံချိန်စံနှုန်းထားနှင့် ကိုက်ညီအောင် သတ်မှတ်ထားသော လူဦးရေ အတွက် အနည်းဆုံး ဆေးဝါးကုသမှုကုန်ကျစားရိတ် ၆၀% ကို ပေးပြီး၊ အရေးကြီးသည့် ဆေးရုံများ နှင့် ဆရာဝန်ထံ သွားရောက်ကုသခြင်းများ အတွက် ပေးဆောင်ရပါမည်။

မဖြည့်ပါနှင့်၊ ဤဟာသည် လျှောက်လွှာမဟုတ်ပါ။

နောက်ဆက်တွဲ ဂ

Form Approved
OMB No. 0938-1191

ဤလျှောက်လွှာ ကိုဖြည့်စွက်ရန်အကူအညီပေးခြင်း

လျှောက်လွှာနှင့် ပတ်သက်ပြီး လက်မှတ်ရ အကြံပေးများ၊ လမ်းညွှန်သူများ၊ အေးဂျင့်များနှင့် ပွဲစားများအတွက်သာ

လျှောက်လွှာနှင့် ပတ်သက်ပြီး လက်မှတ်ရ အကြံပေးများ၊ လမ်းညွှန်သူများ၊ အေးဂျင့်များ သို့ မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦး အတွက် လျှောက်လွှာအားဖြည့်ပေးသည့် ပွဲစားများဖြစ်ပါက ဤအပိုင်းကို ဖြည့်ပါ။

1. စတင် လျှောက်ထားသည့် နေ့စွဲ(လ/နေ့/နှစ်)

___ / ___ / ____

2. ပထမအမည်၊ အလယ်နာမည်၊ နောက်ဆုံးနာမည်နှင့် ဖြည့်စွက်နောက်လိုက် စာလုံး

3. အဖွဲ့ အစည်း အမည်

4. ID နံပါတ် (ရှိပါက)

5. အေးဂျင့်/ပွဲစား များအတွက်သား NPN နံပါတ်

ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦး ကို သင်ရွေးချယ်နိုင်သည်။

သင်ယုံကြည်စိတ်ချရသူတစ်ဦးကို ရွေးချယ်ပြီး ဤလျှောက်လွှာအတွက် ပြောဆိုခွင့်၊ အချက်အလက်များကို ကြည့်ခွင့်၊ လျှောက်လွှာနှင့်ဆိုင်သော အချက်လက်များ ရယူခြင်းနှင့် လက်မှတ်ရေးထိုးခွင့် အပါအဝင် ဤလျှောက်လွှာနှင့် ဆိုင်သော ဆောင်ရွက်စရာများကို သင့်ကိုယ်စား တာဝန်ယူဆောင်ရွက်ခွင့် ပေးနိုင်သည်။ ထိုသူကို "ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်" ဟုခေါ်သည်။ ထိုခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်ကို ဖယ်ရှားလိုပါက Marketplace ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အကယ်၍ သင်သည် ဤလျှောက်လွှာအတွက် ဥပဒေအရ ခန့် အပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ် ဖြစ်ပါက သက်သေခံစာရွက်များကိုပါ ပူးတွဲတင်ပါ။

1. ခွင့်ပြုမိန့် ရ ကိုယ်စားလှယ် ၏ အမည်(ပထမအမည်၊ အလယ် အမည်၊ နောက်ဆုံး အမည်)

2. လိပ်စာ

3. လိပ်စာ ၂

4. မြို့ နယ်

5. ပြည်နယ်

6. စာပို့ နယ်မြေအမှတ်

7. ဖုန်းနံပါတ်

(___) ___ - ____

8. အဖွဲ့ အစည်း အမည်

9. ID နံပါတ်(ရှိပါက)

လက်မှတ်ထိုးခြင်းအားဖြင့် ဤ ပုဂ္ဂိုလ်အား သင့် လျှောက်လွှာတွင် ဆိုင်းထိုးခွင့်ပေးခြင်း၊ ရုံး ပိုင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ရယူခြင်း၊ အနာဂတ်တွင် ဤလျှောက်လွှာနှင့် ဆိုင်သော ဆောင်ရွက်စရာများကို သင့်ကိုယ်စား တာဝန်ယူဆောင်ရွက်ခွင့် ပေးရာရောက်ပါသည်။

10. ယခုလျှောက်လွှာတွင် ပါသည့် ပုဂ္ဂိုလ် ၁ ၏ လက်မှတ်

11. လက်မှတ်ရေးထိုးသည့် နေ့ စွဲ (လ၊နေ့၊ နှစ်)

___ / ___ / ____

လျှောက်ထားဖို့ အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၅၉၆** ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူညီလိုပါက **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၅၉၆** ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဝန်ထမ်းအား မိမိအကူညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက **၁-၈၅၅-၈၈၉-၄၃၂၅** ကို ခေါ်နိုင်သည်။

နောက်ဆက်တွဲ ယ

Form Approved
OMB No. 0938-1191

ဘဝနေထိုင်မှု အပြောင်းအလဲ ဆိုင်ရာမေးခွန်းများ

(ဒီစာမျက်နှာ အပါအဝင် ဤလျှောက်လွှာအတွက် ကျန်ရှိနေသည့် မေးခွန်းများအားလုံးကို ပြီးအောင်ဖြည့်ရမည်ဖြစ်သည်။ ဒီစာမျက်နှာကို သီးသန့် မတင်သွင်းပါနှင့်)

ဤလျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သူ တစ်ယောက်ယောက်သည် ကျန်းမာရေးအာမခံ ဆုံးရှုံးခြင်း၊ မင်္ဂလာဆောင်ခြင်း၊ ကလေးမွေးခြင်း ကဲ့သို့သော ကြီးမားသော ဘဝပြောင်းလဲ မှုများကို လွန်ခဲ့သည့် ရက် (၆၀) အတွင်း ကြုံတွေ့ခံစားရလျှင် (သို့မဟုတ် လာမည့် ရက် (၆၀) အတွင်း ဖြစ်ပျက်မည်ဟုမျှော်လင့်လျှင်) အောက်ပါ မေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပါ။ အချို့သော ဘဝ ပြောင်းလဲမှုများသည် ကျန်းမာရေးအာမခံ အရောင်းဌာန မှ အထောက်အပံ့ကို ချက်ချင်း ရရှိရန် ဖြစ်စေနိုင်ပါသည်။ နှစ်စဉ် လျှောက်လွှာတင်သည့် အချိန်ကာလ အပိုင်းအခြား ပြင်ပတွင် လျှောက်လျှင် ဤမေးခွန်းများကို ဖြေဆိုရန် အကြံပြုချင်ပါသည်။

ဤမေးခွန်းများအား ဖြေချင်မှ ဖြေပါ။ သင့်ဘဝနေထိုင်မှု အခြေအနေ အပြောင်းလဲ မရှိပါက အဖြေများကို ကွက်လပ် ချန်ထားပါ။ အပြောင်းအလဲ မရှိသော်လည်း Medicaid နှင့် ထထထထထထ(CHIP) ကို တစ်နှစ်တာ ပတ်လုံး မည်သည့် အချိန်မဆို လျှောက်ထားနိုင်သည်။ ဖက်ဒရယ်မှ အသိအမှတ်ပြုထားသော လူမျိုးစုများ နှင့် အလက်ဇကာ ဇာတိနွယ်ဝင် ရှယ်ယာကိုင်ထားသူများ အနေဖြင့် ကျန်းမာရေးအာမခံ ကို တစ်နှစ်ပတ်လုံး မည်သည့် အချိန်မဆို Marketplace မှ လျှောက်ထားနိုင်သည်။

သင့်မိသားစု အတွင်း အပြောင်းအလဲများကို ပြောပြပါ။

1. လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း ကျန်းမာရေးအာမခံ ဆုံးရှုံးသွားသူ သို့မဟုတ် လာမည့် ရက် ၆၀ အတွင်း ကျန်းမာရေးအာမခံ ဆုံးရှုံးနိုင်သည့် အခြေအနေ ရှိသူ ရှိပါသလား။

နာမည်များ	ကျန်းမာရေးအာမခံ အဆုံးသတ်သွားသောနေ့ သို့မဟုတ် ရပ်တန့် သွားမည့် နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
☐ လစဉ်ကြေးမပေးသွင်းမှုကြောင့် ကျန်းမာရေးထောက်ပံ့မှု ဖြတ်တောက်ခံရလျှင်ဤနေရာတွင် စစ်ဆေးပါ။	___/___/_____

2. လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း အိမ်ထောင်ပြုသူ ရှိပါသလား။

နာမည်များ	နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
	___/___/_____

a. **အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ်များသည် လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း ကျန်းမာရေး အာမခံ ရရှိ အရည်ချင်းပြည့်မီသလား။** ..... ○ ပည့်မီသည် ○ မပြည့်ပါ။

ရှိသည်ဆိုလျှင် ၎င်းတို့၏ အမည်များ ဤနေရာ၌ ဖြည့်စွက်ပါ။

3. လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း ဖမ်းဆီးချုပ်နှောင်ခြင်း (အချုပ်ခန်း သို့မဟုတ် ထောင်) မှ လွတ်မြောက်လာသူ ရှိပါသလား။

နာမည်များ	နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
	___/___/_____

4. လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး ဆိုင်ရာ နေထိုင်ခွင့် ရသူ ရှိပါသလား။

နာမည်များ	နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
	___/___/_____

5. လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း မွေးစားသူ၊ မွေးစားဖို့ ပေးလိုက်သူ သို့မဟုတ် မွေးစားမိဘများနှင့် နေထိုင်ခဲ့ရသူ ရှိပါသလား။

နာမည်များ	နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
	___/___/_____

6. လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း ကလေးထောက်ပံ့ခြင်း သို့မဟုတ် တရားရုံး အဆုံးဖြတ်ကြောင့် မီခိုသူ ဖြစ်လာသူ ရှိပါသလား။

နာမည်များ	နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
	___/___/_____

7. လွန်ခဲ့သည့် ရက် ၆၀ အတွင်း တစ်စုံတစ်ယောက် ပြောင်းရွှေ့ပါသလား?

နာမည်များ	ပြောင်းသည့် နေ့စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
	___/___/_____

သင့်ယခင်နေရပ်လိပ်စာ၏ စာတို့နယ်မြေ အမှတ်က ဘာလဲ။ ○ အကယ်၍ သင်သည်နိုင်ငံခြားတိုင်းပြည် တစ်ခုခု သို့မဟုတ် အမေရိကန် ပိုင်နက် နယ်မြေ မှ ပြောင်းရွှေ့နေထိုင်သူ ဖြစ်လျှင် ဤနေရာတွင်ဖြည့်ပါ။

_____

a. **အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ်များသည် လွန်ခဲ့သော ရက် ၆၀ အတွင်း ကျန်းမာရေး အာမခံ ရရှိ အရည်ချင်းပြည့်မီသလား။** ..... ○ ပည့်မီသည် ○ မပြည့်ပါ။

အကယ်၍ ရနိုင်ပါက ၎င်းတို့၏ အမည်များကို အောက်တွင် ရေးပါ။

နာမည်များ

လျှောက်ထားဖို့ အကူအညီလိုပါသလား။ HealthCare.gov သို့ မဟုတ် Marketplace Call Center နံပါတ် **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုဆက်သွယ်ပါ။ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ အပြင်တခြား ဘာသာဖြင့် အကူညီလိုပါက **၁-၈၀၀-၃၁၈-၂၂၆** ကိုဆက်သွယ်ပြီး ဂန်ထမ်းအား မိမိအကူညီလိုသော ဘာသာစကားကို ပြောပါ။ အခမဲ့ ကူညီပါလိမ့်မည်။ အကြားအာရုံမကောင်းသူဖြစ်ပါက **၁-၈၇၇-၈၈၉-၄၃၂၂** ကို ခေါ်နိုင်သည်။