این قسمت را تکمیل نکنید. این یک فرم درخواست نیست.

09/2014

Health Insurance Marketplace

درخواست برای بیمه سلامت و کمک در پرداخت هزینه ها

فرم تصویب شده
به شماره اداره مدیریت و بودجه 0938-1191

بصورت آنلاین سریعتر درخواست دهید

بصورت آنلاین در HealthCare.gov سریعتر درخواست دهید.

این درخواست را بکار ببرید تا ببینید صلاحیت دریافت چه بیمه ای را دارید

- طرح های خصوصی و مقرون بصرفه بیمه سلامت بیمه ای جامع را به شما ارائه می دهند که به شما کمک می کند خوب زندگی کنید.
- یک اعتبار مالیاتی جدید که می تواند فوراً در پرداخت حق بیمه برای بیمه سلامت به شما کمک کند.
- بیمه رایگان یا کم هزینه از جانب Medicaid یا برنامه بیمه سلامت کودکان (CHIP).

ممکن است شما صلاحیت دریافت برنامه رایگان یا کم هزینه را داشته باشید، حتی اگر سالانه 95400 دلار (برای یک خانواده 4 نفره) نیز درآمد داشته باشید.

چه کسی می‌تواند این درخواست را بکار ببرد؟

- این درخواست را برای تمام افراد خانواده بکار ببرید.
- **حتی اگر شما یا فرزندتان از قبل دارای بیمه می باشید، درخواست دهید. شما می توانید واجد شرایط بیمه رایگان یا کم هزینه تر شوید.**
- اگر مجرد هستید، می توانید از یک فرم کوتاه استفاده کنید. به سایت HealthCare.gov مراجعه کنید.
- خانواده هایی که دارای مهاجر هستند می توانند درخواست دهند. شما می توانید برای فرزندتان درخواست دهید حتی اگر شما واجد شرایط دریافت بیمه نیستید. درخواست دادن وضعیت مهاجرتی یا شانس دریافت اقامت دائم یا شهروندی شما را تحت تأثیر قرار نخواهد داد.
- اگر کسی در تکمیل این درخواست به شما کمک می کند، ممکن است نیاز باشد پیوست پ را نیز تکمیل کنید.

آنچه که ممکن است برای درخواست دادن نیاز داشته باشید

- شماره تأمین اجتماعی (یا شماره مدرک مربوط به مهاجران واجد شرایطی که به بیمه نیاز دارند).
- کارفرما و اطلاعات مربوط به درآمد هر یک از اعضای خانواده شما (مثلاً: فیش حقوقی، فرم W-2، یا صورتحساب دستمزد و مالیات).
- شماره بیمه نامه تمام بیمه های سلامت کنونی.
- اطلاعاتی در خصوص هر گونه بیمه سلامت مرتبط با شغل در خانواده شما.

چرا ما این اطلاعات را از شما درخواست می کنیم؟

ما در خصوص درآمد و سایر اطلاعات از شما پرس و جو می کنیم تا به شما بگوییم که صلاحیت چه نوع بیمه ای را دارید و اینکه آیا می توانید در پرداخت این بیمه کمک دریافت کنید. **ما تمام اطلاعاتی که شما ارائه می دهید را، طبق قانون، محرمانه و امن نگاه می داریم.** جهت مشاهده بیانیه قانون حریم خصوصی، به سایت HealthCare.gov مراجعه کنید یا دستورالعمل را ملاحظه کنید.

در ادامه چه اتفاقی می افتد؟

درخواست تکمیل و امضا شده خود را به نشانی نوشته شده در صفحه 7 ارسال کنید. **اگر تمام اطلاعات درخواستی ما را ندارید، در هر صورت، درخواست خود را امضا کرده و ارسال نمایید.** ما درخواست شما را ظرف 1-2 هفته پیگیری می کنیم، **و اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم، ممکن است تماسی از Marketplace دریافت کنید.** پس از طی مراحل بررسی درخواست شما، یک نامه تعیین واجد شرایط بودن برای شما ارسال خواهد شد. اگر اطلاعی از جانب ما دریافت نکردید، به مرکز تلفن Marketplace تماس بگیرید. تکمیل این درخواست به این معنی نیست که شما ناچارید بیمه سلامت را خریداری کنید.

دریافت کمک برای تکمیل این درخواست

- آنلاین: HealthCare.gov.
- **تلفن:** با مرکز تلفن Marketplace با شماره **1-800-318-2596** تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-855-889-4325** تماس بگیرید.
- **حضوری:** ممکن است مشاورانی در منطقه شما باشند که بتوانند به شما کمک کنند. برای اطلاعات بیشتر، به سایت HealthCare.gov مراجعه کنید، یا با مرکز تلفن Marketplace با شماره **1-800-318-2596** تماس بگیرید.
- **En Español**: Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596**.
- **سایر زبان ها:** اگر نیاز به کمک به زبانی غیر از انگلیسی دارید، با **1-800-318-2596** تماس بگیرید و زبان مورد نیاز خود را به نماینده خدمات مشتریان بگویید. ما بدون هیچ هزینه ای به شما کمک خواهیم کرد.

بیانیه افشای PRA: مطابق با قانون کاهش تشریفات اداری سال 1995، هیچ فردی مستلزم پاسخ به مجموعه ای از اطلاعات نیست مگر اینکه دارای شماره کنترل معتبر اداره مدیریت و بودجه باشد. شماره کنترل معتبر اداره مدیریت و بودجه برای این مجموعه اطلاعات 0938-1191 است. مدت زمان مورد نیاز برای تکمیل این مجموعه اطلاعات بطور میانگین 45 دقیقه برای هر پاسخ تخمین زده می شود، که شامل مدت زمان مورد نیاز برای مرور دستورالعمل، جستجو در منابع داده موجود، جمع آوری داده های مورد نیاز، و تکمیل و مرور مجموع اطلاعات می شود. اگر در مورد دقت زمان تخمین شده نظری دارید و یا پیشنهاداتی برای ارتقاء این فرم دارید، لطفاً آنها را نوشته و به این نشانی ارسال کنید: CMS، 7500 Security Boulevard، Attn: PRA Reports Clearance Officer، Mail Stop C4-26-05، Baltimore، Maryland 21244-1850.

این قسمت را تکمیل نکنید. این یک فرم درخواست نیست.

لطفاً تنها با جوهر سیاه یا آبی تیره و با حروف بزرگ چاپ نمایید
لطفاً داخل دایره ها را (◯) به این صورت پر نمایید ← ●.

مرحله 1: در مورد خودتان برای ما بگویید.

(ما به یک فرد بالغ عضو خانواده نیاز داریم که در خصوص درخواست شما با او در تماس باشیم.)

1. نام	نام دوم	نام خانوادگی	پسوند
2. نشانی منزل (اگر نشانی ای ندارید جای آن را خالی بگذارید.)			3. شماره آپارتمان یا سوئیت
4. شهر	5. ایالت	6. کد پستی	7. شهرستان، بخش، یا شهرک
8. نشانی پستی (اگر با نشانی منزل شما تفاوت دارد)			9. شماره آپارتمان یا سوئیت
10. شهر	11. ایالت	12. کد پستی	13. شهرستان، بخش، یا شهرک
14. شماره تلفن جهت تماس در طول روز ( ) –		15. شماره تلفن جهت تماس در طول شب ( ) –	

16. آیا مایلید اطلاعاتی در خصوص این درخواست را از طریق ایمیل دریافت نمایید؟..... ◯ بله ◯ خیر

نشانی پست الکترونیکی:

17. زبان گفتاری دلخواه شما چیست؟ زبان نوشتاری دلخواه شما چیست؟

مرحله 2: در مورد خانواده تان برای ما بگویید.

چه کسی را می بایست مشمول این درخواست کنید؟
صفحات مربوط به مرحله 2 را برای هر عضوی از خانواده یا خانوار خود کامل کنید، حتی اگر از قبل دارای بیمه سلامت باشند. اطلاعات ارائه شده در این درخواست به ما کمک می کند تا از برخورداری هر یک از افراد از بهترین نوع بیمه اطمینان حاصل کنیم. میزان کمک یا نوع برنامه ای که واجد شرایط آن هستید به تعداد افراد خانواده شما و درآمد آنها بستگی دارد. اگر هیچ فردی را مشمول نکنید، حتی اگر از قبل تحت پوشش بیمه سلامت باشند، نتایج واجد شرایط بودن شما ممکن است تحت تأثیر قرار گیرد.

برای افراد بالغی که به بیمه نیاز دارند:
افراد زیر را مشمول کنید حتی اگر خودشان برای بیمه سلامت درخواست نمی دهند:

- همسر
- پسر یا دختر زیر 21 سال که با او زندگی می کنند، از جمله فرزندخوانده ها
- هر فرد دیگری با همان اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال (از جمله فرزندان بالای 21 سال که در اظهارنامه مالیاتی یکی از والدین خوانده می شوند).
  برای دریافت بیمه سلامت نیازی به ثبت کردن مالیات ها ندارید.

برای فرزندان زیر 21 سال که به بیمه نیاز دارند:
افراد زیر را مشمول کنید حتی اگر خودشان برای بیمه سلامت درخواست نمی دهند:

- هر یک از والدین (یا ناپدری و نامادری) که با او زندگی می کند
- خواهر یا برادری که با او زندگی می کند
- پسر یا دختری که با او زندگی می کنند، از جمله فرزندخوانده ها
- هر فرد دیگری با همان اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال. برای دریافت بیمه سلامت نیازی به ثبت کردن مالیات ها ندارید.

مرحله 2 را برای هر یک از افراد خانواده کامل کنید.
از خودتان شروع کنید، سپس افراد بالغ دیگر و فرزندان را اضافه کنید. اگر بیش از 2 فرد در خانواده هستند، باید صفحات را کپی کرده و ضمیمه کنید.

ارائه وضعیت مهاجرتی یا شماره تأمین اجتماعی (ش.ت.ا.) افرادی از خانواده که به بیمه سلامت نیازی ندارند لازم نیست. ما کلیه اطلاعاتی که ارائه می کنید را طبق قانون بصورت محرمانه و امن حفظ می کنیم. ما اطلاعات شخصی را تنها برای بررسی واجد شرایط بودن شما جهت دریافت بیمه سلامت مورد استفاده قرار می دهیم.

برای درخواست خود نیاز به کمک دارید؟ به HealthCare.gov مراجعه کرده، یا با شماره تلفن **1-800-318-2596** با ما تماس بگیرید. اگر نیاز به کمک به زبانی غیر از انگلیسی دارید، با شماره تلفن **1-800-318-2596** و به نماینده خدمات مشتریان زبان مورد نیاز خود را بگویید. ما به صورت رایگان به شما کمک می کنیم. کاربران TTY باید با شماره تلفن **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

این قسمت را تکمیل نکنید. این یک فرم درخواست نیست.

مرحله 2: فرد 1 (از خودتان شروع کنید.)

مرحله 2 را برای خود، همسر/شریک زندگی خود، و فرزندانی که با شما زندگی می کنند، و/یا هر فردی که در اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال شما نام برده شده در صورتی که اظهارنامه ای را ثبت می کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه کسی را مشمول کنید به صفحه 1 مراجعه کنید. اگر اظهارنامه مالیاتی را ثبت نمی کنید، همچنان افرادی از خانواده که با شما زندگی می کنند را اضافه کنید.

1. نام | نام دوم | نام خانوادگی | پسوند

2. نسبت با فرد 1؟ **شما**

3. آیا متأهل هستید؟ ○ بله ○ خیر

4. تاریخ تولد (روز/ماه/سال) / /

5. جنسیت ○ مذکر ○ مؤنث

6. شماره تأمین اجتماعی (ش.ت.ا.) – –

در صورتی که بیمه سلامت می خواهید و یک ش.ت.ا دارید، ما به این شماره نیاز داریم. حتی اگر نمی خواهید برای خودتان بیمه سلامت بگیرید، ارائه ش.ت.ا. توسط شما می تواند مفید واقع شود زیرا می تواند پروسه درخواست را تسریع بخشد. ما ش.ت.ا. ها را جهت بررسی واجد شرایط بودن برای دریافت بیمه از طریق Marketplace بکارمی بریم، و اگر شما درخواست دهید، برای تعیین هزینه بیمه نیز بکار می رود. جهت دریافت ش.ت.ا.، با تأمین اجتماعی با شماره 1-800-772-1213 تماس گرفته، و یا به **socialsecurity.gov** مراجعه کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند.

7. **اگر در نظر دارید که سال آینده یک اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال را ثبت کنید؟** شما همچنان می توانید برای بیمه درخواست دهید حتی اگر اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال را ثبت نمی کنید.

○ **بله. اگر پاسخ شما مثبت است،** لطفاً سؤالات الف-پ را پاسخ دهید. ○ **خیر. اگر پاسخ شما منفی است،** سؤال پ را پاسخ دهید.

الف. آیا بصورت مشترک با همسر خود اظهارنامه را ثبت می کنید؟ ○ بله ○ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، نام همسر را بنویسید:

ب. آیا افراد تحت تکفل خود را در اظهارنامه مالیاتی خود وارد می کنید؟ ○ بله ○ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، نام این افراد را لیست کنید:

پ. آیا نام شما بعنوان یک فرد تحت تکفل در اظهارنامه مالیاتی فرد دیگری وارد شده است؟ ○ بله ○ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، نام فرد ثبت کننده اظهارنامه مالیاتی را لیست کنید: | نسبت شما با فرد ثبت کننده اظهارنامه مالیاتی چیست؟

8. آیا بارداریدد؟ ○ بله ○ خیر الف. **اگر پاسخ شما مثبت است،** چند فرزند از این بارداری انتظار می رود؟

9. **آیا به بیمه سلامت نیاز دارید؟** حتی اگر دارای بیمه سلامت هستید، ممکن است برنامه ای با پوشش بهتر و هزینه کمتر وجود داشته باشد.

○ **بله. اگر پاسخ شما مثبت است،** تمام سؤالات زیر را پاسخ دهید. ○ **خیر. اگر پاسخ شما منفی است،** سؤالات مربوط به درآمد در صفحه 3 را پاسخ دهید. ادامه این صفحه را خالی بگذارید.

10. آیا از یک بیماری جسمی، روانی، یا عاطفی که فعالیت های شما را محدود کند (مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، کارهای روزانه، و غیره) رنج می برید و یا در مرکز درمانی یا خانه پرستاری زندگی می کنید؟ ○ بله ○ خیر

11. آیا **شهروند ایالات متحده** یا **تبعه ایالات متحده** هستید؟ ○ بله ○ خیر

12. آیا بعنوان یک شهروند، **تابعیت را قبول کرده اید** یا از **شخص دیگری به شما رسیده است؟** (این امر معمولاً به این معنی است که شما خارج از ایالات متحده متولد شده اید)

○ **بله. اگر پاسخ شما مثبت است،** الف و ب را کامل کنید. ○ **خیر. اگر پاسخ شما منفی است،** از سؤال 13 ادامه دهید.

الف. شماره اتباع بیگانه: | ب. شماره گواهی نامه:

پس از تکمیل الف و ب، به سراغ سؤال 14 بروید.

13. **اگر شما شهروند یا تبعه ایالات متحده نیستید،** آیا دارای وضعیت مهاجرتی واجد شرایطی هستید؟ ○ **بله.** نوع و شناسه مدرک را وارد کنید. به دستورالعمل مراجعه کنید.

نوع مدرک مهاجرت | نوع وضعیت (اختیاری) | نام خود را همانگونه که در مدرک مهاجرت نوشته شده بنویسید.

شماره اتباع خارجی یا I-94 | شماره کارت یا شماره گذرنامه

شناسه SEVIS یا تاریخ انقضا (اختیاری) | سایر (کد گروه یا کشور صادرکننده)

الف. آیا از سال 1996 در ایالات متحده زندگی کرده اید؟ ○ بله ○ خیر

ب. آیا شما، یا همسر یا والدین شما، سرباز سابق یا عضو در حین وظیفه ارتش ایالات متحده هستید؟ ○ بله ○ خیر

14. آیا برای پرداخت صورتحساب های پزشکی از 3 ماه پیش کمک می خواهید؟ ○ بله ○ خیر

15. آیا شما با حداقل یک فرزند زیر 19 سال زندگی می کنید، و شما تنها شخصی هستید که از این فرزند مراقبت می کنید؟ (اگر شما یا همسرتان از این فرزند مراقبت می کنید، گزینه "بله" را انتخاب کنید.) ○ بله ○ خیر

16. نام و نسبت فرزندان زیر 19 سال که با شما و در خانوار شما زندگی می کنند را بگویید:

17. آیا شما یک دانشجوی تمام وقت هستید؟ ○ بله ○ خیر

18. آیا از سن 18 سالگی به بالا تحت حضانت کسی بوده اید؟ ○ بله ○ خیر

اختیاری: (هر کدام که شامل شما می شود را کامل کنید.)

19. **نژاد:** ○ سفیدپوست ○ سیاه پوست یا آمریکایی آفریقایی تبار ○ سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا ○ فیلیپینی ○ ژاپنی ○ کره ای ○ هندی آسیایی ○ چینی ○ ویتنامی ○ سایر آسیایی ها ○ بومی هاوایی ○ گوامی یا چمورو ○ ساموایی ○ سایر جزیره نشینان اقیانوس آرام ○ سایر _____

برای درخواست خود نیاز به کمک دارید؟ به HealthCare.gov مراجعه کرده، یا با شماره تلفن **1-800-318-2596** با ما تماس بگیرید. اگر نیاز به کمک به زبانی غیر از انگلیسی دارید، با شماره تلفن **1-800-318-2596** و به نماینده خدمات مشتریان زبان مورد نیاز خود را بگویید. ما به صورت رایگان به شما کمک می کنیم. کاربران TTY باید با شماره تلفن **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

این قسمت را تکمیل نکنید. این یک فرم درخواست نیست.

مرحله 2: فرد 1 (با خودتان ادامه دهید.)

اطلاعاتی در مورد شغل کنونی و درآمد

○ **استخدام شده:** اگر اکنون استخدام هستید، در مورد درآمدتان به ما بگویید. از سؤال 21 شروع کنید.

○ **استخدام نشده:** سؤال 31 را پاسخ دهید.

○ **شغل آزاد:** سؤال 30 را پاسخ دهید.

شغل کنونی 1:

20. نام کارفرما

الف. نشانی کارفرما

ب. شهر | پ. ایالت | ت. کد پستی | 21. شماره تلفن کارفرما ( ) -

22. دستمزد / انعام (قبل از اعمال مالیات ها) دلار ○ ساعتی ○ هفتگی ○ هر 2 هفته ○ دو بار در ماه ○ ماهانه ○ سالانه

23. متوسط ساعاتی که در هفته کار می کنید

شغل کنونی 2: (اگر شغل دیگری دارید و به صفحات بیشتری نیاز دارید، کاغذ دیگری را ضمیمه کنید.)

24. نام کارفرما

الف. نشانی کارفرما

ب. شهر | پ. ایالت | ت. کد پستی | 25. شماره تلفن کارفرما ( ) -

26. دستمزد / انعام (قبل از اعمال مالیات ها) دلار ○ ساعتی ○ هفتگی ○ هر 2 هفته ○ دو بار در ماه ○ ماهانه ○ سالانه

27. متوسط ساعاتی که در هفته کار می کنید

28. **آیا در سال گذشته:** ○ شغل تان را عوض کردید ○ کارتان را متوقف کردید ○ شروع به کار در ساعات کمتری کردید ○ هیچکدام

29. **اگر شغل آزاد دارید، الف و ب را پاسخ دهید:**

الف. نوع کار:

ب. درآمد خالص شما (سودی که پس از پرداخت هزینه های شغلی عاید می شود) از این شغل آزاد در ماه جاری چقدر است؟ دلار

به دستورالعمل مراجعه کنید.

30. **سایر درآمدهایی که در ماه جاری دارید:** هر کدام که شامل شما می شود را کامل کنید، و میزان این درآمدها و اینکه هر چند وقت یکبار آنها را دریافت می کنید را ذکر کنید. در صورت نداشتن این درآمدها در این قسمت شرح دهید. ○ **توجه:** نیازی **نیست** که درآمدهای ناشی از حمایت از کودکان، مبالغ پرداختی به سرباز سابق، یا درآمد تأمین مکمل (د.ا.م) را به ما بگویید.

○ بیکاری	دلار	هر چند وقت یکبار؟	○ نفقه دریافتی دلار هر چند وقت یکبار؟
○ مستمری	دلار	هر چند وقت یکبار؟	○ کشاورزی / ماهیگیری خالص دلار هر چند وقت یکبار؟
○ تأمین اجتماعی	دلار	هر چند وقت یکبار؟	○ اجاره / حق امتیاز خالص دلار هر چند وقت یکبار؟
○ حسابهای بازنشستگی	دلار	هر چند وقت یکبار؟	○ سایر درآمدها دلار هر چند وقت یکبار؟ نوع:

31. **کسورات:** هر کدام که شامل شما می شود را کامل کنید، و میزان این کسورات و اینکه هر چند وقت یکبار آنها را پرداخت می کنید را ذکر کنید. اگر برای موارد خاصی هزینه می کنید که می توان آن هزینه را از اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال کم کرد، با ما در میان بگذارید تا هزینه بیمه سلامت شما قدری کمتر شود.
توجه: نباید مبلغی که بابت حمایت از کودکان می پردازید یا هزینه ای که قبلاً در پاسخ به درآمد خالص شغل آزاد لحاظ شده است (سؤال 30ب) را شامل کنید.

○ نفقه پرداختی	دلار	هر چند وقت یکبار؟	○ سایر کسورات دلار هر چند وقت یکبار؟ نوع:
○ سود وام دانشجویی	دلار	هر چند وقت یکبار؟	

32. **اگر درآمد شما در طول سال تغییر می کند،** این سؤال را پاسخ دهید، مثلاً اگر فقط قسمتی از سال را در شغلی مشغول می شوید یا در ماه های مشخصی سودی را دریافت می کنید. اگر تغییری در درآمد سالیانه خود پیش بینی نمی کنید، به قسمت مربوط به فرد بعدی بروید.

درآمد کلی شما در **سال جاری** دلار

درآمد کلی شما در سال **بعد** (اگر فکر می کنید که این درآمد تغییر می کند) دلار

متشکریم! این اطلاعات تمام آن چیزی بود که می بایست در مورد شما بدانیم.

برای درخواست خود نیاز به کمک دارید؟ به HealthCare.gov مراجعه کرده، یا با شماره تلفن **1-800-318-2596** با ما تماس بگیرید. اگر نیاز به کمک به زبانی غیر از انگلیسی دارید، با شماره تلفن **1-800-318-2596** و به نماینده خدمات مشتریان زبان مورد نیاز خود را بگویید. ما به صورت رایگان به شما کمک می کنیم. کاربران TTY باید با شماره تلفن **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

این قسمت را تکمیل نکنید. این یک فرم درخواست نیست.

مرحله 2: فرد 2

توجه: اگر این فرد به بیمه سلامت نیازی ندارد، فقط سؤالات 1-10 این صفحه را پاسخ دهید.
اگر بیش از 2 نفر در خانوار شما هستند، صفحات 4-5 را کپی کنید.

این صفحه را برای همسر/شریک زندگی خود و فرزندانی که با شما زندگی می کنند، و/یا هر فردی که در اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال شما نام برده شده در صورتی که اظهارنامه ای را ثبت می کنید. اگر اظهارنامه مالیاتی را ثبت نمی کنید، بخاطر داشته باشید که همچنان افرادی از خانواده که با شما زندگی می کنند را اضافه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه کسی را مشمول کنید به صفحه 1 مراجعه کنید.

1. نام | نام دوم | نام خانوادگی | پسوند

2. نسبت با فرد 1؟ به دستورالعمل مراجعه کنید.

3. آیا فرد 2 متأهل است؟ ○ بله ○ خیر

4. تاریخ تولد (روز/ماه/سال) / /

5. جنسیت ○ مذکر ○ مؤنث

6. شماره تأمین اجتماعی (ش.ت.ا.) – –

اگر برای فرد 2 بیمه سلامت می خواهید، و فرد 2 شماره ش.ت.ا دارد، ما به این شماره نیاز داریم.

7. آیا نشانی منزل فرد 2 همان نشانی فرد 1 است؟ ○ بله ○ خیر

اگر پاسخ منفی است، نشانی را لیست کنید:

8. **اگر فرد 2 در نظر دارد که سال آینده یک اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال را ثبت کند؟** (شما همچنان می توانید برای بیمه درخواست دهید حتی اگر فرد 2 اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال را ثبت نکند.)

○ **بله. اگر پاسخ شما مثبت است،** لطفاً سؤالات الف-پ را پاسخ دهید. ○ **خیر. اگر پاسخ شما منفی است،** سؤال پ را پاسخ دهید.

الف. آیا فرد 2 بصورت مشترک با همسر خود اظهارنامه را ثبت می کند؟ ○ بله ○ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، نام همسر را بنویسید:

ب. آیا فرد 2 افراد تحت تکفل خود را در اظهارنامه مالیاتی خود وارد می کند؟ ○ بله ○ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، نام این افراد را لیست کنید:

پ. آیا نام فرد 2 بعنوان یک فرد تحت تکفل در اظهارنامه مالیاتی فرد دیگری وارد می شود؟ ○ بله ○ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، نام فرد ثبت کننده اظهارنامه مالیاتی را لیست کنید:

نسبت فرد 2 با فرد ثبت کننده اظهارنامه مالیاتی چیست؟

9. آیا فرد 2 باردار است؟ ○ بله ○ خیر **الف. اگر پاسخ مثبت است،** چند فرزند از این بارداری انتظار می رود؟

10. **آیا فرد 2 به بیمه سلامت نیاز دارد؟** (حتی اگر فرد 2 دارای بیمه سلامت است، ممکن است برنامه ای با پوشش بهتر و هزینه کمتر وجود داشته باشد.)

○ **بله. اگر پاسخ شما مثبت است،** تمام سؤالات زیر را پاسخ دهید. ○ **خیر. اگر پاسخ شما منفی است،** سؤالات مربوط به درآمد در صفحه 5 را پاسخ دهید. ادامه این صفحه را خالی بگذارید.

11. آیا فرد 2 از یک بیماری جسمی، روانی، یا عاطفی که فعالیت هایش را محدود کند (مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، کارهای روزانه، و غیره) رنج می برد و یا در مرکز درمانی یا خانه پرستاری زندگی می کند؟ ○ بله ○ خیر

12. آیا فرد 2 **شهروند ایالات متحده** یا **تبعه ایالات متحده** است؟ ○ بله ○ خیر

13. آیا فرد 2 بعنوان یک شهروند، **تابعیت را قبول کرده** یا از **شخص دیگری به او رسیده است؟** (این امر معمولاً به این معنی است که او خارج از ایالات متحده متولد شده است)

○ **بله. اگر پاسخ شما مثبت است،** الف و ب را کامل کنید. ○ **خیر. اگر پاسخ شما منفی است،** از سؤال 14 ادامه دهید.

الف. شماره اتباع بیگانه

ب. شماره گواهی نامه

پس از تکمیل الف و ب، به سراغ سؤال 15 بروید.

14. **اگر فرد 2 شهروند یا تبعه ایالات متحده نیست،** آیا دارای وضعیت مهاجرتی واجد شرایطی هست؟ ○ **بله.** نوع و شناسه مدرک را وارد کنید. به دستورالعمل مراجعه کنید.

نوع مدرک مهاجرت

نوع وضعیت (اختیاری)

نام فرد 2 را همانگونه که در مدرک مهاجرت او نوشته شده بنویسید.

شماره اتباع خارجی یا I-94

شماره کارت یا شماره گذرنامه

شناسه SEVIS یا تاریخ انقضا (اختیاری)

سایر (کد گروه یا کشور صادرکننده)

الف. آیا فرد 2 از سال 1996 در ایالات متحده زندگی کرده است؟ ○ بله ○ خیر

ب. آیا فرد 2، یا همسر یا والدین او، سرباز سابق یا عضو در حین وظیفه ارتش ایالات متحده هستند؟ ○ بله ○ خیر

15. آیا فرد 2 برای پرداخت صورتحساب های پزشکی از 3 ماه پیش کمک می خواهد؟ ○ بله ○ خیر

16. آیا فرد 2 با حداقل یک فرزند زیر 19 سال زندگی می کند، و فرد 2 تنها شخصی است که از این فرزند مراقبت می کند؟ (اگر فرد 2 یا همسرش از این فرزند مراقبت می کنند، گزینه "بله" را انتخاب کنید.) ○ بله ○ خیر

17. نام و نسبت فرزندان زیر *19* سال که با فرد *2* و در خانوار او زندگی می کنند را بگویید: (این فرزندان ممکن است همان هایی باشند که در صفحه *2* لیست شده اند.)

18. آیا فرد 2 از سن 18 سالگی به بالا تحت حضانت کسی بوده است؟ ○ بله ○ خیر

اگر فرد 2 دارای 22 سال سن یا کمتر است، لطفاً به این سؤالات پاسخ دهید:

19. آیا فرد 2 از طریق شغلش دارای بیمه بوده اما آن را در طول 3 ماه گذشته از دست داده است؟ ○ بله ○ خیر

الف. اگر پاسخ مثبت است، تاریخ اتمام: / /

ب. دلیل اتمام بیمه را بگویید:

20. آیا فرد 2 یک دانشجوی تمام وقت است؟ ○ بله ○ خیر

اختیاری: (هر کدام که شامل شما می شود را کامل کنید.)

19. **نژاد:** ○ سفیدپوست ○ سیاه پوست یا آمریکایی آفریقایی تبار ○ سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا ○ فیلیپینی ○ ژاپنی ○ کره ای ○ هندی آسیایی ○ چینی ○ ویتنامی ○ سایر آسیایی ها ○ بومی هاوایی ○ گوامی یا چمورو ○ ساموایی ○ سایر جزیره نشینان اقیانوس آرام ○ سایر _____

برای درخواست خود نیاز به کمک دارید؟ به HealthCare.gov مراجعه کرده، یا با شماره تلفن **1-800-318-2596** با ما تماس بگیرید. اگر نیاز به کمک به زبانی غیر از انگلیسی دارید، با شماره تلفن **1-800-318-2596** و به نماینده خدمات مشتریان زبان مورد نیاز خود را بگویید. ما به صورت رایگان به شما کمک می کنیم. کاربران TTY باید با شماره تلفن **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

این قسمت را تکمیل نکنید. این یک فرم درخواست نیست.

مرحله 2: فرد 2

در مورد هر گونه درآمدی که فرد 2 دریافت می کند توضیح دهید.
این صفحه را کامل کنید حتی اگر فرد 2 نیازی به بیمه سلامت نداشته باشد.

اطلاعاتی در مورد شغل کنونی و درآمد

○ **استخدام شده:** اگر **فرد 2** اکنون استخدام است، در مورد درآمدش به ما بگویید. از سؤال 23 شروع کنید.

○ **استخدام نشده:** سؤال 33 را پاسخ دهید.

○ **شغل آزاد:** سؤال 32 را پاسخ دهید.

شغل کنونی 1:

22. نام کارفرما

الف. نشانی کارفرما

ب. شهر | پ. ایالت | ت. کد پستی | 23. شماره تلفن کارفرما ( ) –

24. دستمزد / انعام (قبل از اعمال مالیات ها) **دلار** ○ ساعتی ○ هفتگی ○ هر 2 هفته ○ دو بار در ماه ○ ماهانه ○ سالانه

25. متوسط ساعاتی که در هفته کار می کنید

شغل کنونی 2: (اگر فرد 2 شغل های دیگری دارد، کاغذ دیگری را ضمیمه کنید.)

26. نام کارفرما

الف. نشانی کارفرما

ب. شهر | پ. ایالت | ت. کد پستی | 27. شماره تلفن کارفرما ( ) –

28. دستمزد / انعام (قبل از اعمال مالیات ها) **دلار** ○ ساعتی ○ هفتگی ○ هر 2 هفته ○ دو بار در ماه ○ ماهانه ○ سالانه

29. متوسط ساعاتی که در هفته کار می کنید

30. **آیا فرد 2 در سال گذشته:** ○ شغلش را عوض کرده است ○ کارش را متوقف کرده است ○ شروع به کار در ساعات کمتری کرده است ○ هیچکدام

31. **اگر فرد 2 شغل آزاد دارد، سؤالات زیر را پاسخ دهید:**

الف. نوع کار:

ب. درآمد خالص فرد 2 (سودی که پس از پرداخت هزینه های شغلی عاید می شود) از این شغل آزاد در ماه جاری چقدر است؟ به دستورالعمل مراجعه کنید. **دلار**

32. **سایر درآمدهایی که فرد 2 در ماه جاری دارد:** هر کدام که شامل فرد 2 می شود را کامل کنید، و میزان این درآمدها و اینکه هر چند وقت یکبار آنها را دریافت می کند را ذکر کنید. در صورت نداشتن این درآمدها در این قسمت شرح دهید. ○ **توجه:** نیازی **نیست** که درآمدهای ناشی از حمایت از کودکان، مبالغ پرداختی به سرباز سابق، یا درآمد تأمین مکمل (د.ا.م.) فرد 2 را به ما بگویید.

○ بیکاری	**دلار**	هر چند وقت یکبار؟	○ نفقه دریافتی	**دلار**	هر چند وقت یکبار؟
○ مستمری	**دلار**	هر چند وقت یکبار؟	○ کشاورزی / ماهیگیری خالص	**دلار**	هر چند وقت یکبار؟
○ تأمین اجتماعی	**دلار**	هر چند وقت یکبار؟	○ اجاره / حق امتیاز خالص	**دلار**	هر چند وقت یکبار؟
○ حسابهای بازنشستگی	**دلار**	هر چند وقت یکبار؟	○ سایر درآمدها نوع:	**دلار**	هر چند وقت یکبار؟

33. **کسورات:** هر کدام که شامل فرد 2 می شود را کامل کنید، و میزان این کسورات و اینکه هر چند وقت یکبار آنها را پرداخت می کند را ذکر کنید. اگر فرد 2 برای موارد خاصی هزینه می کند که می توان آن هزینه را از اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال کم کرد، با ما در میان بگذارید تا بتوان هزینه بیمه سلامت را قدری کمتر کرد.
توجه: نباید مبلغی که فرد 2 بابت حمایت از کودکان می پردازد، یا هزینه ای که قبلاً در پاسخ به درآمد خالص شغل آزاد لحاظ شده است (سؤال 32ب) را شامل کنید.

○ نفقه پرداختی	**دلار**	هر چند وقت یکبار؟	○ سایر کسورات نوع:	**دلار**	هر چند وقت یکبار؟
○ سود وام دانشجویی	**دلار**	هر چند وقت یکبار؟			

34. **اگر درآمد فرد 2 در طول سال تغییر می کند،** این سؤال را پاسخ دهید، مثلاً اگر فرد 2 فقط قسمتی از سال را در شغلی مشغول می شود یا در ماه های مشخصی سودی را دریافت می کند. اگر تغییری در درآمد سالیانه فرد 2 پیش بینی نمی کنید، به قسمت مربوط به فرد بعدی بروید.

درآمد کلی فرد 2 در **سال جاری** **دلار**

درآمد کلی فرد 2 در سال **بعد** **دلار**

متشکریم! این اطلاعات تمام آن چیزی بود که می بایست در مورد فرد 2 بدانیم.

برای درخواست خود نیاز به کمک دارید؟ به HealthCare.gov مراجعه کرده، یا با شماره تلفن **1-800-318-2596** با ما تماس بگیرید. اگر نیاز به کمک به زبانی غیر از انگلیسی دارید، با شماره تلفن **1-800-318-2596** و به نماینده خدمات مشتریان زبان مورد نیاز خود را بگویید. ما به صورت رایگان به شما کمک می کنیم. کاربران TTY باید با شماره تلفن **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

مرحله 3: عضو یا اعضای خانواده سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا (س.آ / ب.آ)

1. آیا شما یا فرد دیگری در خانواده شما سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا است؟

○ **خیر. اگر پاسخ منفی است،** تا مرحله 4 ادامه دهید. ○ **بله. اگر پاسخ مثبت است،** تا مرحله 4 ادامه دهید، و پیوست ب را نیز کامل کرده و ضمیمه درخواست کنید.

مرحله 4: بیمه سلامت خانواده شما

1. آیا از بین افرادی که در این درخواست لیست شده اند کسی بواسطه شغلش بیمه سلامت دریافت کرده است؟

حتی اگر بیمه بواسطه شغل فرد دیگری دریافت شده است گزینه بله را انتخاب کنید، مثل والدین یا همسر، حتی اگر آنها بیمه را نپذیرند.

○ **بله.** ادامه داده و سپس پیوست الف را تکمیل کنید. **آیا این بیمه یک طرح مزایای کارمندان دولتی است؟**..... ○ بله ○ خیر

○ **خیر.**

2. آیا در حال حاضر کسی در بیمه سلامت نام نویسی شده است؟

○ **بله. اگر پاسخ مثبت است،** تا سؤال 3 را پاسخ دهید.

○ **خیر. اگر پاسخ منفی است،** به مرحله 5 بروید.

3. اطلاعاتی در خصوص بیمه سلامت کنونی. (اگر در حال حاضر بیش از 2 فرد دارای بیمه سلامت هستند، یک کپی از این صفحه بگیرید.)

نوع بیمه را بنویسید، مثلاً بیمه کارفرما، COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, VA health care program, Peace Corps، یا سایر موارد.

(اگر دارای *Direct Care* یا *Line of Duty* هستید، در مورد *TRICARE* صحبتی نکنید.)

فرد 1:

نام فردی که برای بیمه سلامت نام نویسی شده است

نوع بیمه:

○ بیمه کارفرما ○ COBRA ○ Medicaid ○ CHIP ○ Medicare ○ TRICARE ○ VA health care program ○ Peace Corps ○ سایر

اگر بیمه کارفرما است: (باید پیوست الف را نیز تکمیل کنید.)

نام شرکت بیمه سلامت | خط مشی / شناسه

اگر نوع دیگری از بیمه است:

نام شرکت بیمه سلامت | خط مشی / شناسه

آیا یک طرح مزایای محدود است، مانند سیاست حوادث مدرسه ای؟..... ○ بله ○ خیر

فرد 2:

نام فردی که برای بیمه سلامت نام نویسی شده است

نوع بیمه:

○ بیمه کارفرما ○ COBRA ○ Medicaid ○ CHIP ○ Medicare ○ TRICARE ○ VA health care program ○ Peace Corps ○ سایر

اگر بیمه کارفرما است: (باید پیوست الف را نیز تکمیل کنید.)

نام شرکت بیمه سلامت | خط مشی / شناسه

اگر نوع دیگری از بیمه است:

نام شرکت بیمه سلامت | خط مشی / شناسه

آیا یک طرح مزایای محدود است، مانند سیاست حوادث مدرسه ای؟..... ○ بله ○ خیر

مرحله 5: توافق نامه و امضای شما

1. آیا به **Marketplace** این امکان را می دهید که اطلاعات درآمدی، مانند اطلاعات مربوط **به اظهارنامه های مالیاتی، را در 5 سال آینده مورد استفاده قرار دهد؟** ..... ◯ بله ◯ خیر

بمنظور آسانتر کردن تعیین صلاحیت شما جهت دریافت کمک در پرداخت بیمه در سالهای آینده، شما می توانید به Marketplace این امکان را بدهید که اطلاعات درآمدی به روز شده، از جمله اطلاعات مربوط به اظهارنامه های مالیاتی، را مورد استفاده قرار دهد. Marketplace برای شما یک اعلان ارسال می کند و به شما این امکان را می دهد که هر گونه تغییری را ایجاد کنید. Marketplace بررسی می کند که آیا شما همچنان واجد شرایط هستید، و ممکن است ناچار شود که از شما درخواست کند که واجد شرایط بودن میزان درآمد خود را ثابت کنید. شما می توانید در هر زمان که بخواهید انصراف دهید.

اگر پاسخ منفی است، اطلاعات من را بطور خودکار برای بعدی به روز کن:

◯ 4 سال ◯ 2 سال ◯ از اطلاعات مالیاتی من جهت تجدید صلاحیت من برای دریافت کمک در پرداخت بیمه سلامت استفاده نکنید

◯ 3 سال ◯ 1 سال (انتخاب این گزینه ممکن است در فرآیند تجدید بر توانایی شما برای دریافت کمک در پرداخت بیمه تأثیر بگذارد.)

2. **آیا از بین افرادی که در این درخواست برای بیمه سلامت اقدام کرده اند کسی در حبس بسر می برد (بازداشت شده یا زندانی)؟**..... ◯ بله ◯ خیر

اگر پاسخ مثبت است، نام فرد را بگویید. نام فرد محبوس:

◯ اگر اتهام این فرد تعیین شده است در این قسمت شرح دهید.

اگر فردی در این درخواست واجد شرایط برای Medicaid است:

- من حقوق پیگیری و دریافت هر گونه مبلغی از سایر بیمه های سلامت، تسویه حساب های حقوقی، یا اشخاص ثالث دیگر را به نمایندگی Medicaid واگذار می کنم. من همچنین حقوق پیگیری و دریافت حمایت درمانی از سوی همسر یا والدین را به نمایندگی Medicaid واگذار می کنم.
- آیا یکی از والدین فرزندان نامبرده شده در این درخواست خارج از منزل زندگی می کند؟..... ◯ بله ◯ خیر
- اگر پاسخ مثبت است، من مطلع هستم که از من درخواست خواهد شد که در خصوص جمع آوری حمایت درمانی از پدر یا مادر غایب با نمایندگی همکاری نمایم. اگر من فکر می کنم که همکاری جهت جمع آوری حمایت درمانی به من یا فرزندان من آسیبی وارد می کند، می توانم به Medicaid اطلاع دهم و شاید همکاری ننمایم.

- من این درخواست را تحت قانون مجازات شهادت دروغ امضا می نمایم، بدین معنی که من به همه سؤالات این فرم تا آنجا که می دانستم پاسخ درست دادم. من آگاه هستم که در صورت ارائه غلط یا نادرست بطور عمدی، بر اساس قانون فدرال مورد مجازات قرار خواهم گرفت.
- من آگاه هستم که باید در صورت هر گونه تغییری در (که متفاوت باشد با) آنچه که در این درخواست نوشته ام، در عرض 30 روز به Health Insurance Marketplace اطلاع دهم. برای گزارش هرگونه تغییری، می توانم به سایت HealthCare.gov مراجعه کرده یا با شماره تلفن **1-800-318-2596** تماس حاصل نمایم. من این امر را درک می کنم که هر گونه تغییری در اطلاعات من می تواند واجد شرایط بودن من و همچنین عضو یا اعضای خانوارم را تحت تأثیر قرار دهد.
- من آگاه هستم که طبق قانون فدرال، تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، خاستگاه ملی، جنسیت، سن، گرایش جنسی، هویت جنسی، یا ناتوانی مجاز نیست. من می توانم شکایت در خصوص تبعیض را با مراجعه به www.hhs.gov/ocr/office/file ثبت نمایم.
- من آگاه هستم که اطلاعات این فرم تنها برای تعیین واجد شرایط بودن جهت دریافت بیمه سلامت، دریافت کمک در پرداخت بیمه (اگر درخواست شود)، و مقاصد قانونی Marketplace و برنامه هایی که در پرداخت بیمه کمک می کنند مورد استفاده قرار می گیرد.

ما به این اطلاعات برای بررسی واجد شرایط بودن شما جهت دریافت کمک در پرداخت بیمه سلامت، در صورت درخواست شما، نیاز داریم. ما پاسخ های شما را با استفاده اطلاعات موجود در پایگاه های داده الکترونیکی خود و پایگاه های داده اداره مالیات داخلی (IRS)، تأمین اجتماعی، وزارت امنیت داخلی، و/یا آژانس های گزارش مشتریان مورد بررسی قرار می دهیم.

اگر تصور کنم که نتیجه واجد شرایط بودن من اشتباه است، چه کار باید بکنم؟

اگر با شرایطی که واجد آن شدید موافق نبودید، در بسیاری از مواقع می توانید درخواست تجدید نظر بدهید. لطفاً اعلان واجد شرایط خود را بررسی کرده و دستورالعمل مربوط به درخواست تجدید نظر برای هر یک از افراد خانوار که درخواست بیمه کرده است را بیابید، از جمله مدت زمانی که برای درخواست تجدید نظر در اختیار دارید. اطلاعات مهمی که هنگام ارائه درخواست تجدید نظر باید در نظر داشته باشید عبارتند از:

- در صورت دلخواه می توانید از کسی بخواهید که درخواست دهد یا در ارائه درخواست تجدید نظر شما شرکت نماید. این شخص می تواند یک دوست، خویشاوند، وکیل، یا فرد دیگری باشد. یا اینکه، شما می توانید خودتان درخواست داده و در ارائه درخواست تجدید نظر خود شرکت نمایید.
- اگر درخواست تجدید نظر دهید، می توانید واجد شرایط بودن خود برای بیمه را در مدتی که درخواست تجدید نظر شما در حال بررسی است حفظ کنید.
- نتیجه یک درخواست تجدید نظر می تواند شرایطی که سایر افراد خانوار شما واجد آن هستند را تغییر دهد.

جهت درخواست تجدید نظر در مورد نتایج واجد شرایط بودن Marketplace ، به سایت HealthCare.gov/marketplace-appeals/ مراجعه کنید. یا با مرکز تلفن Marketplace با شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-855-889-4325 تماس بگیرند. همچنین شما می توانید فرم درخواست تجدید نظر یا نامه ای که خودتان بعنوان درخواست تجدید نظر تنظیم کرده اید را به نشانی Health Insurance Marketplace، Dept. of Health and Human Services،465 Industrial Blvd.، London، KY 40750-0001 پست کنید. شما می توانید درخواست تجدید نظر در مورد واجد شرایط بودن برای خرید بیمه سلامت از طریق Marketplace، زمان های نام نویسی، اعتبارات مالیاتی، کاهش اشتراک هزینه، Medicaid، و CHIP دهید درصورتی که این موارد برای شما در نظر گرفته نشده است. اگر شما واجد اعتبارات مالیاتی یا کاهش اشتراک هزینه شده اید، می توانید در خصوص مبلغی که واجد آن شده اید درخواست تجدید نظر دهید. بسته به ایالتی که در آن زندگی می کنید، شما می توانید از طریق Marketplace درخواست تجدید نظر دهید و یا شاید ناچار شوید از طریق Medicaid یا نمایندگی CHIP ایالت خود درخواست دهید.

فرد 1 باید این درخواست را امضا نماید. اگر شما نماینده قانونی هستید می توانید زمانی که فرد 1 پیوست پ را امضا کرده باشد، این قسمت را امضا نمایید.

امضا	تاریخ امضا (روز/ماه/سال)
	/ /

اگر این درخواست را خارج از مدت نام نویسی امضا می کنید (از 15 نوامبر تا 15 فوریه)، اطمینان حاصل کنید که پیوست ت را بررسی کرده اید ("سؤالاتی در مورد تغییرات زندگی").

مرحله 6: درخواست تکمیل شده را پست نمایید

درخواست امضا شده خود را به نشانی زیر پست کنید:

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

اگر می خواهید برای رأی دادن ثبت نام کنید، می توانید فرم ثبت نام رأی دهنده را در www.eac.gov تکمیل دهید.

برای درخواست خود نیاز به کمک دارید؟ به HealthCare.gov مراجعه کرده، یا با شماره تلفن **1-800-318-2596** با ما تماس بگیرید. اگر نیاز به کمک به زبانی غیر از انگلیسی دارید، با شماره تلفن **1-800-318-2596** و به نماینده خدمات مشتریان زبان مورد نیاز خود را بگویید. ما به صورت رایگان به شما کمک می کنیم. کاربران TTY باید با شماره تلفن **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

این قسمت را تکمیل نکنید. این یک فرم درخواست نیست.

پیوست الف

فرم تصویب شده
به شماره اداره مدیریت و بودجه 0938-1191.

بیمه سلامت دریافتی از مشاغل

اگر کسی در خانوار شما واجد شرایط دریافت بیمه سلامت از طریق شغل **نیست**، حتی اگر این بیمه را نپذیرد، نیازی نیست به این سؤالات پاسخ دهید. برای هر شغلی که ارائه کننده بیمه است، یک کپی از این صفحه را ضمیمه کنید.

درباره شغلی که ارائه کننده بیمه است توضیح دهید.

یک کپی از این صفحه تهیه کنید و به کارفرمایی که بیمه ارائه می دهد بدهید تا در پاسخ دادن به این سؤالات به شما کمک کند.

اطلاعات کارمند

1. نام کارمند (نام، نام دوم، نام خانوادگی)	2. شماره تأمین اجتماعی کارمند ___ – ___ – ___

اطلاعات کارفرما

3. نام کارفرما	4. شماره شناسایی کارفرما (ش.ش.ک.) ___ – ___	
5. نشانی کارفرما	6. شماره تلفن کارفرما (___) ___ – ___	
7. شهر	8. ایالت	9. کد پستی
10. با چه کسی می توانیم در مورد بیمه سلامت کارمند در این شغل تماس بگیریم؟		
11. شماره تلفن (اگر با شماره تلفن بالا تفاوت دارد) (___) ___ – ___	12. نشانی پست الکترونیکی	

13. **آیا کارمند در حال حاضر واجد شرایط دریافت بیمه از طرف این کارفرما است، یا در 3 ماه آینده واجد شرایط می شود؟**

○ **بله (ادامه دهید)** ○ **خیر (این قسمت را رها کنید و مرحله 5 درخواست بازگردید.)**

الف. **اگر شما در دوره انتظار یا آزمایشی بسر می برید، چه زمانی می توانید برای بیمه نام نویسی کنید؟** (روز/ماه/سال) ___ / ___ / ___

نام افراد دیگری که از طریق این شغل واجد شرایط دریافت بیمه می شوند را لیست کنید.

نام	نام	نام

در مورد کم هزینه ترین طرح سلامت که توسط این کارفرما ارائه می شود توضیح دهید.

14. آیا این کارفرما طرح سلامتی ارائه می دهد که از استاندارد حداقل قیمت برخوردار است*؟ ○ بله ○ خیر

15. برای طرح سلامتی که از استاندارد حداقل قیمت برخوردار است* و **تنها به کارمنده ارائه شده** (طرح های خانوادگی شامل نمی شوند): اگر کارفرما برنامه های تندرستی دارد، حق بیمه ای ارائه می دهد که کارمند در صورت دریافت حداکثر تخفیف برای هر گونه برنامه ترک دخانیات، و عدم دریافت تخفیف دیگری بر مبنای برنامه های تندرستی می پردازد. .

الف. کارمند چه مبلغی را باید بعنوان حق بیمه برای این طرح بپردازد؟ ___ **دلار**

ب. هر چند وقت یکبار؟ ○ هفتگی ○ هر 2 هفته یکبار ○ دو بار در ماه ○ یکبار در ماه ○ فصلی ○ سالانه (به سؤال بعدی بروید.)

16. در صورت وجود، کارفرما چه تغییری طرح سال جدید ایجاد خواهد کرد؟

○ کارفرما بیمه سلامت ارائه نخواهد داد.

○ کارفرما شروع به ارائه بیمه سلامت به کارمندان می کند یا حق بیمه کم هزینه ترین طرحی که از استاندارد حداقل قیمت* برخوردار است و تنها برای کارمند موجود است را تغییرمی دهد. (حق بیمه باید تخفیف جهت برنامه های تندرستی را منعکس کند. به سؤال 15 مراجعه کنید.)

الف. کارمند چه مبلغی را باید بعنوان حق بیمه برای این طرح بپردازد؟ ___ **دلار**

ب. هر چند وقت یکبار؟ ○ هفتگی ○ هر 2 هفته یکبار ○ دو بار در ماه ○ یکبار در ماه ○ فصلی ○ سالانه

پ. تاریخ تغییر: (روز/ماه/سال) ___ / ___ / ___

*طرح سلامتی که کارفرما حامی آن است دارای «استاندارد حداقل قیمت» می باشد اگر سهم طرح از کل هزینه های مجاز مزایا که توسط طرح تأمین می شود کمتر از 60% این گونه هزینه ها نباشد (قسمت 36B(c) (2) (C) (ii) آیین نامه مالیات داخلی 1986). اکثر طرح های سلامتی که به کارمندان ارائه می شود از استاندارد حداقل قیمت برخودار است.

برای درخواست خود نیاز به کمک دارید؟ به **HealthCare.gov** مراجعه کرده، یا با شماره تلفن **1-800-318-2596** با ما تماس بگیرید. اگر نیاز به کمک به زبانی غیر از انگلیسی دارید، با شماره تلفن **1-800-318-2596** و به نماینده خدمات مشتریان زبان مورد نیاز خود را بگویید. ما به صورت رایگان به شما کمک می کنیم. کاربران TTY باید با شماره تلفن **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

این قسمت را تکمیل نکنید. این یک فرم درخواست نیست.

پیوست ب

فرم تصویب شده
به شماره اداره مدیریت و بودجه 0938-1191.

عضو خانواده سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا (س.آ. / ب.آ.)

اگر شما یا عضوی از خانواده سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هستید و برای بیمه سلامت درخواست می دهید، این پیوست را تکمیل کنید. این پیوست را به همراه "درخواست بیمه سلامت و کمک در پرداخت هزینه ها" تحویل دهید.

در مورد عضو یا اعضایی از خانواده که سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هستند توضیح دهید.

سرخپوستان آمریکایی و بومیان آلاسکا می توانند ازخدمات سلامت سرخپوستان، برنامه های سلامت قبیله ای، یا برنامه های سلامت سرخپوستان شهری خدمات دریافت کنند. آنها همچنین ناچار نیستند سهمی از هزینه را بپردازند و ممکن است ماهانه از زمان های خاصی برای نام نویسی برخوردار شوند. سؤالات زیر را پاسخ دهید تا از دریافت حداکثر میزان کمک توسط خانواده تان مطمئن شوید.

توجه: اگر می خواهید افراد دیگری را شامل کنید، یک کپی از این صفحه تهیه کرده و ضمیمه کنید.

فرد س.آ. / ب.آ. 1:

1. نام (نام، نام دوم، نام خانوادگی)

2. عضوی از قبیله ای است که فدرال آن را به رسمیت می شناسد؟ ..... ◯ بله ◯ خیر

اگر پاسخ مثبت است، نام قبیله:

ایالتی که محل استقرار قبیله است:

3. آیا این فرد تا کنون خدماتی از خدمات سلامت سرخپوستان، یک برنامه سلامت قبیله ای، یا برنامه سلامت سرخپوستان شهری، و یا بواسطه ارجاع از یکی از این برنامه ها دریافت کرده است؟ ..... ◯ بله ◯ خیر

اگر پاسخ منفی است، آیا این فرد واجد شرایط برای دریافت خدمات از خدمات سلامت سرخپوستان، برنامه های سلامت قبیله ای، یا برنامه های سلامت سرخپوستان شهری، و یا بواسطه ارجاع از یکی از این برنامه ها است؟ ..... ◯ بله ◯ خیر

4. مبلغ معینی که دریافت می شود ممکن است برای Medicaid یا برنامه بیمه سلامت کودکان (CHIP) بحساب نیاید. هر گونه درآمدی (مبلغ و مدت زمان) که در درخواست شما گزارش شده و شامل مبلغی از این منابع می شود:

- پرداخت های سرانه یک قبیله که از منابع طبیعی تأمین می شود، حقوق کاربری، اجاره نامه، یا حق امتیاز
- پرداختی ها از منابع طبیعی، کشاورزی، دامداری، ماهیگیری، اجاره نامه، یا حق امتیاز زمینی که توسط وزارت کشور به زمین اتحادیه سرخپوستان اختصاص یافته (از جمله زمین های اختصاصی و زمین های اختصاصی سابق)
- مبلغ حاصل از فروش اشیائی که اهمیت فرهنگی دارند

دلار

هر چند وقت یکبار؟

فرد س.آ. / ب.آ. 2:

1. نام (نام، نام دوم، نام خانوادگی)

2. عضوی از قبیله ای است که فدرال آن را به رسمیت می شناسد؟ ..... ◯ بله ◯ خیر

اگر پاسخ مثبت است، نام قبیله:

ایالتی که محل استقرار قبیله است:

3. آیا این فرد تا کنون خدماتی از خدمات سلامت سرخپوستان، یک برنامه سلامت قبیله ای، یا برنامه سلامت سرخپوستان شهری، و یا بواسطه ارجاع از یکی از این برنامه ها دریافت کرده است؟ ..... ◯ بله ◯ خیر

اگر پاسخ منفی است، آیا این فرد واجد شرایط برای دریافت خدمات از خدمات سلامت سرخپوستان، برنامه های سلامت قبیله ای، یا برنامه های سلامت سرخپوستان شهری، و یا بواسطه ارجاع از یکی از این برنامه ها است؟ ..... ◯ بله ◯ خیر

4. مبلغ معینی که دریافت می شود ممکن است برای Medicaid یا برنامه بیمه سلامت کودکان (CHIP) بحساب نیاید. هر گونه درآمدی (مبلغ و مدت زمان) که در درخواست شما گزارش شده و شامل مبلغی از این منابع می شود:

- پرداخت های سرانه یک قبیله که از منابع طبیعی تأمین می شود، حقوق کاربری، اجاره نامه، یا حق امتیاز
- پرداختی ها از منابع طبیعی، کشاورزی، دامداری، ماهیگیری، اجاره نامه، یا حق امتیاز زمینی که توسط وزارت کشور به زمین اتحادیه سرخپوستان اختصاص یافته (از جمله زمین های اختصاصی و زمین های اختصاصی سابق)
- مبلغ حاصل از فروش اشیائی که اهمیت فرهنگی دارند

دلار

هر چند وقت یکبار؟

این قسمت را تکمیل نکنید. این یک فرم درخواست نیست.

پیوست پ

فرم تصویب شده
به شماره اداره مدیریت و بودجه 0938-1191.

کمک جهت تکمیل این درخواست

فقط برای مشاوران رسمی درخواست، دریانوردان، نماینده ها، و کارگزارها

اگر شما مشاور رسمی درخواست، دریانورد، نماینده، یا کارگزار هستید و این درخواست را برای شخص دیگری تکمیل می کنید، این قسمت را کامل نمایید.

1. تاریخ شروع درخواست (روز/ماه/سال)
/ /

2. نام، نام دوم، نام خانوادگی، و پسوند

3. نام سازمان

4. شناسه (در صورت کاربرد)

5. فقط نماینده ها / کارگزارها: شماره NPN

شما می توانید یک نماینده مجاز انتخاب کنید.

شما می توانید به یک شخص قابل اطمینان اجازه بدهید که در مورد این درخواست با ما صحبت کند، اطلاعات شما را ببیند، و درخصوص موضوعاتی که مربوط به این درخواست است اقدام نماید، ازجمله دریافت اطلاعات در مورد درخواست شما و امضای درخواست شما به نمایندگی از طرف شما. به این شخص «نماینده مجاز» می گویند. اگر نیاز داشتید که نماینده مجاز خود را تغییر داده یا برکنار کنید، با Marketplace تماس بگیرید. اگر شما نماینده منصوب قانونی فردی در این درخواست هستید، مدرک اثبات را به همراه این درخواست تحویل دهید.

1. نام نماینده مجاز (نام، نام دوم، نام خانوادگی)

2. آدرس

3. شماره آپارتمان یا سوئیت

4. شهر

5. ایالت

6. کد پستی

7. شماره تلفن
( ) –

8. نام سازمان

9. شناسه (در صورت کاربرد)

با این امضا، به این شخص این امکان را می دهید که درخواست شما را امضا کند، اطلاعات رسمی در مورد این درخواست را دریافت کند، و از جانب شما در تمام موضوعات آینده در خصوص این درخواست اقدام نماید.

10. امضای فرد 1 لیست شده در این درخواست

11. تاریخ امضا (روز/ماه/سال)
/ /

برای درخواست خود نیاز به کمک دارید؟ به HealthCare.gov مراجعه کرده، یا با شماره تلفن **1-800-318-2596** با ما تماس بگیرید. اگر نیاز به کمک به زبانی غیر از انگلیسی دارید، با شماره تلفن **1-800-318-2596** و به نماینده خدمات مشتریان زبان مورد نیاز خود را بگویید. ما به صورت رایگان به شما کمک می کنیم. کاربران TTY باید با شماره تلفن **1-855-889-4325** تماس بگیرند.

این قسمت را تکمیل نکنید. این یک فرم درخواست نیست.

پیوست ت

فرم تصویب شده
به شماره اداره مدیریت و بودجه 0938-1191.

سؤالاتی در خصوص تغییرات زندگی

(شما باید ادامه این درخواست را همراه با این صفحه تکمیل کنید. این صفحه را به تنهایی ارائه ندهید.)

اگر فردی در این درخواست تغییرات خاصی را در زندگی اش در 6 روز گذشته تجربه کرده، سؤالات زیر را پاسخ دهید. تغییرات خاص زندگی این امکان را می دهد که بیمه شما از طریق Marketplace فوراً آغاز شود. همچنین اگر پس از اتمام مدت زمان نام نویسی سالانه در 15 فوریه 2015 و قبل از شروع مدت نام نویسی سالانه بعدی درخواست می دهید، ما به شما پیشنهاد میکنیم که این سؤالات را پاسخ دهید.

این سؤالات اختیاری هستند. اگر شرایط زندگی شما تغییر نکرده است، می توانید جای پاسخ ها را خالی بگذارید. شما می توانید در هر زمانی از سال برای Medicaid و برنامه بیمه سلامت کودکان (CHIP) نام نویسی کنید، حتی اگر تغییراتی در زندگی تجربه نکرده باشید. اعضای قبایلی که از نظر فدرال به رسمیت شناخته شده اند و سهامداران بومی آلاسکا می توانند در هر زمانی از سال از طریق Marketplace برای بیمه نام نویسی کنند.

در خصوص تغییرات خانوار خود توضیح دهید.

1. کسی بیمه سلامتش را در طول 60 روز گذشته از دست داده است، یا انتظار می رود که در 60 روز آینده از دست بدهد.

نام ها	تاریخی که بیمه تمام شده یا تمام خواهد شد (روز/ماه/سال)
☐ اگر بیمه بدلیل عدم پرداخت حق بیمه متوقف شده در این قسمت شرح دهید.	/ /

2. کسی در طول 60 روز گذشته ازدواج کرده است.

نام ها	تاریخ (روز/ماه/سال)
	/ /

3. در طول 60 روز گذشته، کسی متولد شده، به فرزندی گرفته شده، یا تحت حضانت دیگری قرار گرفته است.

نام ها	تاریخ (روز/ماه/سال)
	/ /

4. در طول 6 روز گذشته، کسی دارای وضعیت مهاجرتی واجد شرایط شده است.

نام ها	تاریخ (روز/ماه/سال)
	/ /

5. در طول 60 روز گذشته، کسی جابجا شده است.

نام ها	تاریخ جابجایی (روز/ماه/سال)
	/ /

6. در طول 60 روز گذشته، کسی از حبس، بازداشت، یا زندان خلاص شده است.

نام ها	تاریخ (روز/ماه/سال)
	/ /