

Wniosek o Ubezpieczenie Zdrowotne & Dofinansowanie na Pokrycie Kosztów



➔ **Złóż wniosek na stronie [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) będzie szybciej.**



Skorzystaj z tego wniosku aby sprawdzić na jaki zakres świadczeń się kwalifikujesz

- Plany Marketplace (Giełdy Ubezpieczeń) oferujące kompleksowe ubezpieczenie, które pomoże Ci żyć w zdrowiu.
 - Kredyt podatkowy, który może natychmiast obniżyć Twoje składki na ubezpieczenie zdrowotne.
 - Bezpłatne lub tanie ubezpieczenie poprzez Medicaid lub Program ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci (Children's Health Insurance Program, CHIP).
- Niektóre poziomy dochodów mogą kwalifikować do darmowych lub tanich programów.**



Kto może wypełnić ten wniosek?

- Użyj tego wniosku dla dowolnej osoby w Twoim gospodarstwie domowym.
- **Złóż wniosek, nawet jeśli Ty, Twój współmałżonek lub dziecko macie już ubezpieczenie zdrowotne. Być może kwalifikujesz się do uzyskania bezpłatnego lub taniego ubezpieczenia.**
- Osoby stanu wolnego mogą skorzystać z krótkiego formularza. Odwiedź [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Wniosek mogą składać gospodarstwa domowe, w których mieszkają kwalifikujący się imigranci. Możesz złożyć wniosek dla swojego dziecka, nawet jeśli Ty nie kwalifikujesz się do ubezpieczenia. Złożenie wniosku nie wpływa na Twój status imigracyjny ani na szanse uzyskania statusu stałego mieszkańca lub obywatela.
- Jeśli ktoś pomaga Ci wypełnić ten wniosek, być może będzie potrzebna wypełnienia Załącznika C.



Co jest potrzebne do złożenia wniosku

- Numery ubezpieczenia społecznego (SSN) (lub numery dokumentu dla wszystkich kwalifikujących się imigrantów, którzy potrzebują ubezpieczenia).
- Informacje o pracodawcy i o dochodach dla wszystkich osób w gospodarstwie domowym (np. z pasków wypłat, formularzy W-2 lub oświadczeń o zarobkach i deklaracji podatkowych).
- Numery obecnej polisy ubezpieczenia zdrowotnego.
- Informacje na temat ewentualnego ubezpieczenia zdrowotnego związanego z pracą, które jest dostępne dla Twojego gospodarstwa domowego.



Dlaczego pytamy o te informacje?

Zadajemy pytania odnośnie dochodu i innych kryteriów aby sprawdzić rodzaj zakresu świadczeń na jaki się kwalifikujesz i czy możesz otrzymać dofinansowanie na opłatę ubezpieczenia. **Zapewniamy bezpieczeństwo i prywatność Twoich danych zgodnie z prawem.** Aby zapoznać się z Ustawą od Ochronie Danych Osobowych, odwiedź [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lub patrz instrukcje.



Co następuje dalej?

Wyślij kompletny i podpisany wniosek pod adres znajdujący się na stronie 7. **Podpisz i wyślij wniosek mimo brakujących informacji.** W celu uzupełnienia informacji skontaktujemy się z Tobą w ciągu 1-2 tygodni. **W tym samym celu możesz też otrzymać telefon z Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych.** Po przetworzeniu Twojego wniosku otrzymasz pocztą zawiadomienie z informacją, czy się kwalifikujesz. Jeśli nie dostaniesz od nas wiadomości, skontaktuj się z infolinią Marketplace. Wypełnienie tego wniosku nie oznacza, że musisz kupić ubezpieczenie zdrowotne.



Uzyskaj pomoc w wypełnieniu tego wniosku

- **Drogą internetową:** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- **Telefonicznie:** Zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych pod **1-800-318-2596**. Użytkownicy TTY (niedosłyszący) mogą dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.
- **Osobiście:** Być może dostępni są w Twojej okolicy konsultanci służący pomocą. Odwiedź [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lub po więcej informacji zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych pod **1-800-318-2596**.
- **W innych językach:** Jeśli potrzebujesz pomocy w języku innym niż angielski, zadzwoń pod **1-800-318-2596** i poproś o bezpłatnego tłumacza języka jakim się posługujesz.

Masz prawo uzyskać informacje na temat Marketplace w dostępnym formacie, takim jak duży druk, braille lub audio. Przysługuje Ci również prawo złożenia skargi, jeśli uważasz, że spotkała Cię dyskryminacja. Aby uzyskać więcej informacji, wejdź na stronę [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html), lub po więcej informacji zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych pod **1-800-318-2596**. Użytkownicy TTY powinni zadzwonić pod numer **1-855-889-4325**.



Prosimy drukować dużymi literami używając czarnego lub granatowego tuszu..

Wypełnij kółka w następujący sposób (○) → ●.

KROK 1: Powiedz nam coś o sobie.

(Jedna osoba dorosła z rodziny musi służyć jako osoba kontaktowa w tym wniosku).

1. Pierwsze Imię	Drugie Imię	Nazwisko	Sufiks
<input type="text"/>			
2. Adres zamieszkania (pomiń jeśli nie posiadasz adresu.)			3. Adres zamieszkania 2
<input type="text"/>			<input type="text"/>
4. Miasto	5. Stan	6. Kod pocztowy	7. Hrabstwo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Adres pocztowy (jeśli inny od wyżej podanego)			9. Adres pocztowy 2
<input type="text"/>			<input type="text"/>
10. Miasto	11. Stan	12. Kod pocztowy	13. Hrabstwo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Numer telefonu		15. Drugi numer telefonu	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
16. Czy chcesz otrzymać informacje odnośnie tego wniosku przez e-mail?..... <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie			
Adres e-mailowy: <input type="text"/>			
17. Preferowany język: Pisany		Mówiony	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

KROK 2: Opowiedz nam o swoich domownikach.

Kogo musisz uwzględnić w tym wniosku?

Wypełnij strony w kroku 2 dla każdej osoby w Twoim gospodarstwie domowym, nawet jeśli dana osoba posiada ubezpieczenie zdrowotne. Informacje podane w niniejszym wniosku pomogą nam zaoferować wszystkim najodpowiedniejsze ubezpieczenie. Zakres pomocy lub rodzaj programu, do jakiego się kwalifikujesz, zależy od Twoich domowników i od dochodu gospodarstwa domowego. Jeśli kogoś nie uwzględniysz, nawet jeśli ma już ubezpieczenie zdrowotne, może to mieć wpływ na wyniki kwalifikacji.

Osoby dorosłe potrzebujące zakresu świadczeń:

Uwzględnij te osoby nawet jeśli same nie ubiegają się o ubezpieczenie zdrowotne:

- Małżonkowie
- Mieszkający wspólnie syn lub córka w wieku poniżej 21, tym dzieci adoptowane
- Inna osoba widniejąca w tym samym rozliczeniu podatkowym (łącznie z dziećmi powyżej 21 roku życia rozliczającymi się razem z rodzicami). Nie musisz składać zeznania podatkowego aby ubiegać się o ubezpieczenie zdrowotne.

Dzieci poniżej 21 roku życia potrzebujące ubezpieczenia:

Uwzględnij te osoby nawet jeśli same nie ubiegają się o ubezpieczenie zdrowotne:

- Rodzice (lub przybrani rodzice) z którymi mieszkają
- Rodzeństwo z którym mieszkają
- Syn lub córka z którymi mieszkają, włączając pasierbów
- Mieszkający wspólnie współmałżonek
- Inna osoba widniejąca w tym samym federalnym zeznaniu podatkowym. Nie musisz składać zeznania podatkowego aby ubiegać się o ubezpieczenie zdrowotne.

Podaj informacja w Kroku 2 dla każdej osoby w Twoim gospodarstwie domowym.

Zaczniij od siebie, a następnie dodaj inne osoby dorosłe i dzieci. Jeśli Twoje gospodarstwo domowe liczy więcej niż 2 osoby, musisz wykonać kopię tych stron i dołączyć je.

Nie musisz podawać statusu imigracyjnego ani numeru ubezpieczenia społecznego (SSN) członków gospodarstwa domowego, którzy nie potrzebują ubezpieczenia zdrowotnego. Wszystkie podane przez Ciebie informacje będziemy przechowywać z zachowaniem wymaganych przez prawo zasad poufności i bezpieczeństwa. Będziemy używać danych osobowych wyłącznie w celu sprawdzenia, czy kwalifikujesz się do ubezpieczenia zdrowotnego.



KROK 2: OSOBA 1 (Zacznij od siebie.)

Podaj informacja w Kroku 2 dla siebie, swojego współmałżonka/partnera oraz osób na Twoim utrzymaniu, które mieszkają z Tobą i/lub dla osób, które są umieszczone na Twojej deklaracji w sprawie federalnego podatku dochodowego, o ile taką składasz. Więcej informacji o tym, kogo uwzględnić, znajduje się na stronie 1. Jeśli nie składasz zeznania podatkowego, pamiętaj, żeby tak czy inaczej uwzględnić osoby z Twojego gospodarstwa domowego.

1. Imię	Drugie Imię	Nazwisko	Sufiks
<input type="text"/>			

2. Stopień pokrewieństwa z OSOBą 1? SAM/SAMA	3. Czy jesteś zamężna/zonaty? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	4. Data urodzenia (mm/dd/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	5. Płeć <input type="radio"/> Kobieta <input type="radio"/> Męczyzna
--	--	--	---

6. Numer Social Security (SSN) - -

★ Potrzebujemy numeru ubezpieczenia społecznego (SSN), jeśli chcesz ubezpieczenia zdrowotnego i masz numer SSN lub możesz go otrzymać. Używamy numerów SSN do sprawdzenia dochodów oraz innych informacji, aby określić, kto kwalifikuje się do uzyskania pomocy w płaceniu za ubezpieczenie zdrowotne. Aby uzyskać więcej informacji na temat uzyskania numeru SSN, wejdź na stronę socialsecurity.gov, lub zadzwoń do ubezpieczenia społecznego pod numer 1-800-772-1213. Użytkownicy TTY (niedosłyszający) mogą dzwonić pod numer 1-800-325-0778.

7. **Czy planujesz złożyć federalne zeznanie podatkowe w PRZYSZŁYM ROKU? Nadal możesz ubiegać się o zakres świadczeń nawet jeśli nie złożysz federalnego zeznania podatkowego.**

TAK. Jeśli tak, wypełnij punkty od a do c. **NIE. Jeśli nie**, przejdź do punktu c.

a. Czy zeznanie podatkowe złożysz razem z współmałżonkiem?..... Tak Nie
Jeśli tak, wpisz imię i nazwisko współmałżonka:

b. Czy zeznanie podatkowe będzie zawierać inne osoby będące na Twoim utrzymaniu?..... Tak Nie
Jeśli tak, wymień imiona i nazwiska osób będących na Twoim utrzymaniu:

c. Czy Ty będziesz widniał/a na czymś zeznaniu podatkowym jako osoba na utrzymaniu?..... Tak Nie
Jeśli tak, wpisz imię i nazwisko podatnika Jaki jest stopień pokrewieństwa między Tobą a osobą składającą zeznanie podatkowe?

8. Czy jesteś w ciąży?..... Tak Nie a. **Jeśli tak**, ile dzieci oczekujesz podczas tej ciąży?

9. **Czy potrzebujesz ubezpieczenie zdrowotne? Nawet jeśli posiadasz już świadczenia, może istnieć inny program z lepszym zakresem świadczeń lub o niższych kosztach.**

TAK. Jeśli tak, odpowiedź na wszystkie pytania poniżej. **NIE. Jeśli nie**, przejdź do pytań odnośnie dochodu na stronie 3. Pozostaw resztę tej strony pustą.

10. Czy masz specjalne potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej lub schorzenie fizyczne, psychiczne lub emocjonalne, które powoduje ograniczenia w czynnościach (np. kąpiel, ubieranie się, codzienne obowiązki itp.) lub mieszkasz w placówce medycznej albo w domu opieki?..... Tak Nie

11. Czy jesteś **obywatelem Stanów Zjednoczonych** czy osobą **narodowości Stanów Zjednoczonych**?..... Tak Nie

12. Czy jesteś **obywatelem przez proces naturalizacji** czy z **pochodzenia**? (To zwykle znaczy, że urodziłeś się poza terytorium Stanów Zjednoczonych)

TAK. Jeśli tak, wypełnij a i b. **NIE. Jeśli nie**, przejdź do pytania 13.

a. Numer Zielonej Karty:

b. Numer Certyfikatu: Po wypełnieniu a i b przejdź do pytania 14.

13. **Jeśli nie jesteś obywatelem amerykańskim lub osobą pochodzenia amerykańskiego, czy posiadasz uprawniający status imigracyjny?** **TAK.** Wpisz rodzaj dokumentu i numer ID. *Patrz na instrukcje.*

Rodzaj dokumentu imigracyjnego	Rodzaj statusu (dobrowolne)	Wpisz imię i nazwisko tak jak widnieje w dokumencie imigracyjnym.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Numer Zielonej Karty lub numer I-94	Numer karty lub numer paszportu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SEVIS ID lub data ważności (dobrowolne)	Inne (kod kategorii lub kraj wydania)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

a. Czy mieszkałaś/eś w U.S. od 1996?..... Tak Nie

b. Czy Ty, Twój współmałżonek lub rodzic jesteście weteranami lub aktywnymi w służbie wojskowej Stanów Zjednoczonych?..... Tak Nie

14. Czy potrzebujesz pomocy w opłaceniu rachunków medycznych z ostatnich 3 miesięcy?..... Tak Nie

15. Czy mieszkasz razem z przynajmniej jednym dzieckiem poniżej 19 roku życia i jesteś głównym opiekunem tego dziecka? (Wybierz "tak" jeśli Ty lub Twój współmałżonek opiekujecie się dzieckiem.)..... Tak Nie

Podaj imiona i nazwiska dzieci w wieku do lat 19, które mieszkają z Tobą w Twoim gospodarstwie domowym, oraz rodzaj pokrewieństwa:

16. Czy jesteś studentem w pełnym wymiarze godzin?..... Tak Nieo 17. Czy byłeś/aś w rodzinie zastępczej w wieku 18 lat lub starszym?..... Tak Nie

Nieobowiązkowe Wypełnij wszystko co dotyczy.

18. **Rasa:** Biała Czarna lub Afrykańsko-Amerykańska Amerykańsko-Indiańska lub Rodowita pochodząca z Alaski Filipińczyk Japończyk Koreańczyk Indianin Azjatyckin Chińczyk Wietnamczyk Inna rasa Azjatycka Rodowity Hawajczyk Guamańczyk lub Chamorro Samończyk Inny krajowiec Wysp Pacyfiku Inna rasa _____

? **POTRZEBUJESZ POMOCY W WYPEŁNIANIU TEGO WNIOSKU ?** Odwiedź HealthCare.gov, lub zadzwoń do nas pod **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebujesz pomocy w języku innym niż angielski, zadzwoń pod **1-800-318-2596** i poproś o bezpłatnego tłumacza języka jakim się posługujesz. Użytkownicy TTY powinni zadzwonić pod **1-855-889-4325**.



KROK 2: OSOBA 1 (Kontynuuj o sobie)

Obecna praca i informacje o zarobkach

Zatrudniony/a: Jeśli jesteś zatrudniony(-a), opisz nam swoje dochody. Zacznij od pozycji 21.

Niezatrudniony/a: Przejdź do pozycji 31.

Samozatrudniony/a: Przejdź do pozycji 30.

Obecna praca 1:

21. Nazwa pracodawcy

a. Adres pracodawcy (opcjonalnie)

b. Miasto

c. Stan

d. Kod pocztowy

22. Numer telefonu pracodawcy

23. Płace i napiwki(przed opodatkowaniem)

Na godzinę

Tygodniowo

Co 2 tygodnie

24. Średnia ilość godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

\$

2 razy w miesiącu

Miesięcznie

Rocznie

Obecna praca 2: (jeśli wykonujesz dodatkowe prace i potrzebujesz więcej miejsca, dołącz dodatkową kartkę papieru.)

25. Nazwa pracodawcy

a. Adres pracodawcy (opcjonalnie)

b. Miasto

c. Stan

d. Kod pocztowy

26. Numer telefonu pracodawcy

27. Płace i napiwki(przed opodatkowaniem)

Na godzinę

Tygodniowo

Co 2 tygodnie

28. Średnia ilość godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

\$

2 razy w miesiącu

Miesięcznie

Rocznie

29. **Czy w ostatnim roku:** Zmieniałeś/aś pracę Przestałeś/aś pracować Zacząłeś/aś pracować w niższym wymiarze godzin żadne z tych

30. **Jeśli jesteś samozatrudniony/a odpowiedz na a i b :**

a. Rodzaj pracy:

b. Ile przychodu netto (zyski pozostałe po zapłaceniu kosztów uzyskania przychodów) otrzymasz w tym miesiącu z samozatrudnienia? *Patrz instrukcje.* \$

31. **Pozostałe przychody w tym miesiącu:** Wypełnij wszystko co dotyczy, wpisz kwotę oraz częstotliwość uzyskiwania. Wypełnij tutaj jeśli żadna. **UWAGA: Nie musisz** wykazywać przychodu z racji alimentów na dziecko, płatności dla weteranów lub Przychodu z Social Security (SSI).

Bezrobocie

\$

Jak często ?

Otrzymane alimenty

\$

Jak często ?

Fundusz

\$

Jak często ?

Netto z hodowli/rybołówstwa

\$

Jak często ?

Social Security

\$

Jak często ?

Netto z wynajmu/tantem

\$

Jak często ?

Konta emerytalne

\$

Jak często ?

Inny przychód

\$

Jak często ?

Rodzaj:

32. **Odliczenia:** Zaznacz wszystko co dotyczy, wpisz kwotę oraz częstotliwość z jaką ją płacisz. Płacąc za poszczególne rzeczy które mogą być odliczone w federalnym zeznaniu podatkowym i informując nas o tym, możesz czasami obniżyć trochę koszty ubezpieczenia zdrowotnego.

UWAGA: Nie wliczaj alimentów jakie płacisz na dziecko/i lub kosztów już podanych w odpowiedzi na pytania dotyczące samozatrudnienia(pytanie 30b)..

Zapłacone alimenty

\$

Jak często ?

Inne odliczenia

\$

Jak często ?

Oprocentowanie pożyczki studenckiej

\$

Jak często ?

Rodzaj:

33. **Odpowiedz na to pytanie jeśli kwota jaką zarabiasz ulega zmianie w ciągu roku jak np.** Jeśli pracujesz tylko przez część roku lub otrzymujesz benefit przez kilka miesięcy. Jeżeli nie oczekujesz zmian w swoich miesięcznych zarobkach, przejdź do następnej osoby. ➔

Twój całkowity dochód w **tym roku**

\$

Twój całkowity dochód w **przyszłym roku** (jeśli uważasz, że będą inne)

\$

Wypełnij, jeśli uważasz, że Twoje dochody będą trudne do przewidzenia.

Dziękujemy! To wszystko co chcemy wiedzieć o Tobie.

? **POTRZEBUJESZ POMOCY W WYPEŁNIANIU TEGO WNIOSKU ?** Odwiedź [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), lub zadzwoń do nas pod **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebujesz pomocy w języku innym niż angielski, zadzwoń pod **1-800-318-2596** i poproś o bezpłatnego tłumacza języka jakim się posługujesz. Użytkownicy TTY powinni zadzwonić pod **1-855-889-4325**.



KROK 2: OSOBA 2 Poinformuj nas na temat przychodów OSOBY 2. Wypełnij tę stronę nawet jeśli OSOBA 2 nie potrzebuje ubezpieczenia zdrowotnego.

Obecna praca i informacje o zarobkach

- Zatrudniony/a:** Jeśli OSOBA 2 jest obecnie zatrudniony/a, wpisz informacje odnośnie jej/jego zarobków. Zacznij od pozycji 23.
 Niezatrudniony/a: przejdź do pozycji 33.
 Samozatrudniony/a: przejdź do pozycji 32.

Obecna praca 1:

23. Nazwa pracodawcy

a. Adres pracodawcy (opcjonalnie)

b. Miasto c. Stan d. Kod pocztowy 24. Numer telefonu pracodawcy

25. Płace i napiwki(przed opodatkowaniem) Na godzinę Tygodniowo Co 2 tygodnie 26. Średnia ilość godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

\$ 2 razy w miesiącu Miesięcznie Rocznie

Obecna praca 2: (Jeśli OSOBA 2 wykonuje dodatkowe prace, dołącz dodatkową kartkę papieru.)

27. Nazwa pracodawcy

a. Adres pracodawcy (opcjonalnie)

b. Miasto c. Stan d. Kod pocztowy 28. Numer telefonu pracodawcy

29. Płace i napiwki(przed opodatkowaniem) Na godzinę Tygodniowo Co 2 tygodnie 30. Średnia ilość godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

\$ 2 razy w miesiącu Miesięcznie Rocznie

31. **Czy w ostatnim roku OSOBA 2:** Zmieniałeś/aś pracę Przystałeś/aś pracować Zacząłeś/aś pracować w niższym wymiarze godzin żadne z tych

32. Jeśli OSOBA 2 jest samozatrudniona, wypełnij punkty a i b:

- a. Rodzaj pracy:
- b. Ile przychodu netto (zyski pozostałe po zapłaceniu kosztów uzyskania przychodu) OSOBA 2 otrzymała w tym miesiącu z samozatrudnienia? *Patrz instrukcje.* \$

33. **Pozostały dochód OSOBY 2 w tym miesiącu:** Wypełnij wszystko co dotyczy oraz podaj kwotę i jej częstotliwość uzyskiwania przez OSOBĘ 2. Wypełnij tutaj jeśli żadna. **UWAGA:** Nie musisz wykazywać dochodu OSOBY 2 z racji alimentów na dzieci, płatności dla weteranów lub Przychodu z Social Security (SSI).

<input type="radio"/> Bezrobocie	\$	Jak często ?	<input type="radio"/> Otrzymane alimenty	\$	Jak często ?
<input type="radio"/> Fundusz	\$	Jak często ?	<input type="radio"/> Netto z hodowli/rybołówstwa	\$	Jak często ?
<input type="radio"/> Social Security	\$	Jak często ?	<input type="radio"/> Netto z wynajmu/tantem	\$	Jak często ?
<input type="radio"/> Konta emerytalne	\$	Jak często ?	<input type="radio"/> Inny przychód	\$	Jak często ?
			Rodzaj:		

34. **Odliczenia:** Zaznacz wszystko co dotyczy, wpisz kwotę oraz częstotliwość z jaką OSOBA 2 tę sumę płaci. Jeśli OSOBA 2 płaci za poszczególne rzeczy które mogą być odliczone w federalnym zeznaniu podatkowym, informuj nas o tym można czasami obniżyć trochę koszty ubezpieczenia zdrowotnego. **UWAGA:** Nie wliczaj alimentów jakie OSOBA 2 płaci na dziecko/i lub kosztów już podanych w odpowiedzi na pytania dotyczące samozatrudnienia (pytanie 32b).

<input type="radio"/> Zapłacone alimenty	\$	Jak często ?	<input type="radio"/> Inne odliczenia	\$	Jak często ?
<input type="radio"/> Oprocentowanie pożyczki studenckiej	\$	Jak często ?	Rodzaj:		

35. **Odpowiedz na to pytanie jeśli kwota jaką zarabia OSOBA 2 ulega zmianie w ciągu roku jak np.** Jeśli OSOBA 2 pracuje tylko przez część roku lub otrzymuje benefit przez kilka miesięcy, jeśli OSOBA 2 nie oczekuje zmian w swoich miesięcznych zarobkach przejdź do następnej osoby. ➔

Całkowity dochód OSOBY 2 w tym roku	\$	Twój Całkowity dochód OSOBY 2 w przyszłym roku	\$
--	----	---	----

Dziękujemy! To wszystko co chcemy wiedzieć o OSOBIE 2



KROK 3: Członkowie gospodarstwa domowego będący Indianami lub rodzimymi mieszkańcami Alaski (Alaska Native)

1. Czy jesteś – albo czy ktoś w Twoim gospodarstwie domowym jest – Indianinem lub rodzimym mieszkańcem Alaski?

- NIE. Jeśli nie, przejdź do kroku numer 4. TAK. Jeśli tak, przejdź do kroku 4 oraz wypełnij i załącz z wnioskiem Załącznik B.

KROK 4: Ubezpieczenie zdrowotne dla Twojego gospodarstwa domowego

1. Czy rozliczyłeś/aś się z podatków uwzględniając ulgę podatkową z tytułu składek ubezpieczeniowych za każdy rok w jakim tę ulgę podatkową otrzymałeś/aś?

- TAK, ulgi podatkowe z tytułu składek ubezpieczeniowych zostały uwzględnione. Wypełnij kółko tylko wtedy jeśli WSZYSTKO dotyczy Ciebie:
- Przynajmniej w jednym lub w kilku ostatnich latach w używałeś/aś przedpłat ulg podatkowych z tytułu składek ubezpieczeniowych (APTC) aby obniżyć koszty zakresu świadczeń Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych.
 - Osoba rozliczająca się z podatku federalnego złożyła zeznanie podatkowe dla rodziny za każdy z tych lat.
 - Osoba rozliczająca się z podatku federalnego złożyła też formularz IRS 8962 (HealthCare.gov/taxes-reconciling/) wraz z zeznaniem podatkowym.

2. Czy ktokolwiek wymieniony w tym wniosku nie zakwalifikował się do otrzymania Medicaid lub Program Dziecięcego Ubezpieczenia Zdrowotnego (CHIP) w ciągu ostatnich 90 dni? (Zaznacz tak tylko jeśli osoba nie została zakwalifikowana przez swój stan a nie przez Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych.)

- Tak Nie
Kto? _____ Data: _____

Lub, czy ktokolwiek wymieniony w tym wniosku nie zakwalifikował się do Medicaid lub CHIP ze względu na ich status migracyjny w ciągu ostatnich 5 lat?

- Tak Nie
Kto? _____

Czy ktoś ujęty w tym wniosku ubiega się o ubezpieczenie podczas okresu otwartej rejestracji do ubezpieczenia Marketplace lub po wystąpieniu kwalifikujących okoliczności życiowych?

- Tak Nie
Kto? _____

3. Czy ktokolwiek wymieniony w tym wniosku ma oferowane ubezpieczenie przez zakład pracy? Odpowiedz tak nawet jeśli zakres świadczeń jest oferowany przez zakład pracy innej osoby, jak np. rodzica czy współmałżonka mimo, że nie zaakceptowali tego zakresu.

- TAK. Kontynuuj i wypełnij Załącznik A. Czy to jest plan korzyści dla pracownika stanowego?
- NIE. Tak Nie

4. Czy ktokolwiek posiada w chwili obecnej ubezpieczenie zdrowotne?

- TAK. Jeśli tak, przejdź do pytania 6. NIE. Jeśli nie, przejdź do pytania 5.

5. Informacje odnośnie obecnego ubezpieczenia zdrowotnego. (Zrób kopię tej strony jeśli więcej niż 2 osoby posiada obecnie ubezpieczenie zdrowotne.)

Wpisz rodzaj ubezpieczenia, jak ubezpieczenie pracodawcy, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, program opieki zdrowotnej dla Weteranów, Korpusy Pokoju lub inne. (Nie wpisuj informacji o TRICARE jeśli otrzymujesz Bezpośrednią Opiekę lub odbywasz służbę.)

OSOBA 1:

Imię i Nazwisko osoby zarejestrowanej w ubezpieczeniu zdrowotnym

Rodzaj zakresu:

Ubezpieczenie pracodawcy COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE Program Opieki Zdrowotnej dla Weteranów Korpusy Pokoju

Inne

Jeśli jest to ubezpieczenie pracodawcy: (Trzeba też wypełnić Załącznik A.)

Wpisz nazwę firmy ubezpieczeniowej _____ Numer Polisy/ID _____

Jeśli to inny rodzaj zakresu świadczeń: Zaznacz jeśli jest to zakres świadczeń zdrowotnych Rynku Ubezpieczeń.

Wpisz nazwę firmy ubezpieczeniowej _____ Numer Polisy/ID _____

Czy jest to plan o limitowanych korzyściach jak np ,szkolna polisa od nieszczęśliwych wypadków ?

..... Tak Nie

OSOBA 2:

Imię i Nazwisko osoby zarejestrowanej w ubezpieczeniu zdrowotnym

Rodzaj zakresu:

Ubezpieczenie pracodawcy COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE Program Opieki Zdrowotnej dla Weteranów Korpusy Pokoju

Inne

Jeśli jest to ubezpieczenie pracodawcy: (Trzeba też wypełnić Załącznik A.)

Wpisz nazwę firmy ubezpieczeniowej _____ Numer Polisy/ID _____

Jeśli to inny rodzaj zakresu świadczeń: Zaznacz jeśli jest to zakres świadczeń zdrowotnych Rynku Ubezpieczeń.

Wpisz nazwę firmy ubezpieczeniowej _____ Numer Polisy/ID _____

Czy jest to plan o limitowanych korzyściach jak np ,szkolna polisa od nieszczęśliwych wypadków ?

..... Tak Nie



KROK 5: Twoja zgoda i podpis

1. Czy zgadzasz się aby Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych mógł użyć danych dochodowych wyłącznie z tymi zawartymi w zeznaniu podatkowym przez następnych 5 lat? Tak Nie

Aby ułatwić określenie Twojej kwalifikowalności w kwestii pomocy w płacaniu za ubezpieczenie w kolejnych latach, możesz zgodzić się, aby Marketplace wykorzystywał zaktualizowane dane o dochodach, w tym informacje z zeznań podatkowych. Marketplace będzie Ci wysyłać powiadomienia i umożliwiać dokonanie ewentualnych zmian. Marketplace będzie sprawdzał, czy nadal się kwalifikujesz, oraz może Cię poprosić o potwierdzenie, czy Twoje dochody nadal spełniają kryteria kwalifikowalności. Możesz zrezygnować w dowolnym momencie.

Jeśli nie, automatycznie zaktualizuj moje informacje na następne :

- 5 lata 3 lata 1 lata Nie używaj danych z mojego zeznania podatkowego aby odnowić uprawnienia odnośnie dofinansowania przy opłacaniu ubezpieczenia zdrowotnego (wybór tej opcji może mieć wpływ na twoje uprawnienia względem dofinansowania w procesie odnowienia.)

2. Czy ktokolwiek ubiegający się o ubezpieczenie zdrowotne w tym wniosku jest uwięziony? (zatrzymany lub skazany)? Tak Nie

Jeśli tak, wpisz imię i nazwisko tej osoby. Imię i nazwisko osoby uwięzionej to:

Wypełnij tutaj jeśli ta osoba oczekuje na ustosunkowanie się do oskarżenia.

Jeśli ktokolwiek ujęty w Twoim wniosku zostanie zarejestrowany w ubezpieczeniu Marketplace, a później okaże się, że ma inne kwalifikujące się ubezpieczenie zdrowotne (np. Medicare, Medicaid lub CHIP), Marketplace automatycznie zakończy plan ubezpieczenia Marketplace dla takiej osoby. Pomoże to upewnić się, że ktoś posiadający inne kwalifikujące się ubezpieczenie nie zostanie nadal zarejestrowany w ubezpieczeniu Marketplace, płacąc pełną cenę.

- Zgadzam się, aby w takiej sytuacji giełda ubezpieczeń Marketplace zakończyła moje ubezpieczenie Marketplace dla osób umieszczonych w moim wniosku.
 Nie udzielam giełdzie ubezpieczeń Marketplace zgody na to, aby w takiej sytuacji zakończyła ubezpieczenia Marketplace. Rozumiem, że osoby umieszczone w moim wniosku, których sprawa dotyczy, nie będą się już kwalifikować do pomocy finansowej i muszą płacić pełne koszty swojego planu Marketplace.

Jeśli ktokolwiek w tym wniosku jest uprawniony do otrzymania Medicaid:

- Daję Agencji Medicaid nasze prawo do kontynuacji i ściągania pieniędzy z innej firmy ubezpieczeniowej, ugód prawnych lub innych osob trzecich. Jak również daję agencji Medicaid prawa do kontynuacji i otrzymania wsparcia medycznego od współmałżonka lub rodzica.
- Czy ktorekolwiek z dzieci w tym wniosku ma rodzica mieszkającego poza domem? Tak Nie
- Jeśli tak, wiem, że będę proszony/a o współpracę z agencją, która zbiera pomoc medyczną od nieobecnego rodzica. Jeśli myślę, że współpracując w celu zebrania pomocy medycznej zaszkodziłoby sobie lub swoim dzieciom, mogę powiedzieć Medicaid, że nie muszę współpracować.
- Podpisuję ten wniosek pod groźbą odpowiedzialności karnej, co oznacza, że udzieliłem/am odpowiedzi na wszystkie pytanie w tym formularzu zgodnie z prawdą i według mojej najlepszej wiedzy. Wiem, że mogę podlegać karze zgodnie z prawem federalnym jeśli umyślnie dostarczyłem/am fałszywe lub nieprawdziwe informacje.
- Wiem, że muszę poinformować Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych w ciągu 30 dni jeśli cokolwiek się zmieni lub zmieniło od tego co wpisałam/em w tym wniosku. Mogę odwiedzić HealthCare.gov lub zadzwonić pod **1-800-318-2596** aby zgłosić zmiany. Rozumiem, że zmiana moich informacji może mieć wpływ na moje uprawnienia jak również uprawnienia członków mojego domu.
- Wiem, że zgodnie z prawem federalnym dyskryminacja ze względu na rasę, kolor skóry, kraj pochodzenia, płeć, wiek, orientację seksualną, tożsamość seksualną lub niepełnosprawność, jest zabroniona. Mogę złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji odwiedzając hhs.gov/ocr/office/file.
- Wiem, że informacje zawarte w tym wniosku będą użyte tylko w celu ustalenia uprawnień do uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego, dofinansowania w opłacaniu ubezpieczenia (jeśli taką prośbę wystosowano) i w celach zgodnych z prawem Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych i programów dofinansowujących.

Potrzebujemy tej informacji, aby sprawdzić Twoje uprawnienie do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli zdecydujesz się złożyć wniosek. Będziemy mogli sprawdzić Twoje odpowiedzi korzystając z informacji znajdujących się w naszych elektronicznych bazach danych i bazach danych z urzędu skarbowego (Internal Revenue Service, IRS), ubezpieczenia społecznego, Departamentu Bezpieczeństwa Krajowego (Department of Homeland Security) i/lub agencji informacji finansowej o konsumentach. Jeśli te informacje nie będą zgodne, możemy poprosić Cię o przesłanie nam potwierdzenia.

Co mam zrobić, jeśli moim zdaniem informacja o mojej kwalifikowalności jest nieprawidłowa?

Jeśli nie zgadzasz się z decyzją o uprawnieniach, w wielu przypadkach, możesz złożyć odwołanie. Prosimy o sprawdzenie zawiadomienia o uprawnieniu aby zapoznać się z instrukcjami na temat postępowania odwoławczego, specyficznego dla każdej osoby w Twoim domostwie ubiegającej się o zakres świadczeń, włączając ilość dni jakie masz na złożenie odwołania. Oto ważna informacja do rozważenia podczas składania odwołania:

- Jeśli chcesz, możesz wybrać osobę, która złoży odwołanie lub będzie partycypować w procesie odwoławczym. Tą osobą może być przyjaciel, krewny, prawnik lub inna osoba. Możesz też sam/a złożyć odwołanie i uczestniczyć w procesie odwoławczym.
- Składając odwołanie, być może będziesz mógł/a w trakcie przebiegu procesu odwoławczego zatrzymać uprawnienia do ubezpieczenia.
- Wynik odwołania może zmienić uprawnienia innych członków w Twoim domostwie.

Aby złożyć odwołanie od decyzji o uprawnieniach, odwiedź HealthCare.gov/marketplace-appeals/. lub zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych pod **1-800-318-2596**. Użytkownicy TTY powinni zadzwonić pod **1-885-889-4325**. Możesz też wysłać pocztą formularz rozpatrzeniowy odwołania lub własnoręcznie napisany list z prośbą o rozpatrzenie odwołania do **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-001. Możesz odwołać się od uprawnień do wykupienia ubezpieczenia poprzez Rynek Ubezpieczeń, okresów rejestracji, ulg podatkowych, obniżenia udziału w kosztach, Medicaid, and CHIP, jeżeli zostało Ci to odmówione. Jeśli kwalifikujesz się do otrzymania ulg podatkowych lub obniżenia udziału w kosztach, możesz się odwołać od kwoty na jaką według nas się kwalifikujesz. W zależności od stanu w którym mieszkasz, istnieje możliwość złożenia odwołania przez Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych lub prze stanową agencję Medicaid lub CHIP.

OSOBA 1 powinna podpisać ten wniosek. Jeśli jesteś upoważnionym reprezentantem możesz podpisać wniosek w tym miejscu pod warunkiem że OSOBA 1 podpisała Załącznik C.

Podpis	Data podpisania (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jeśli podpisujesz ten wniosek poza Otwartym Okresem Rejestracji (między 1 Listopada a 15 Grudnia), upewnij się, że przejrzaleś-aś Załącznik D ("Pytania odnośnie życiowych zmian")

POTRZEBUJESZ POMOCY W WYPEŁNIANIU TEGO WNIOSKU ? Odwiedź HealthCare.gov, lub zadzwoń do nas pod **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebujesz pomocy w języku innym niż angielski, zadzwoń pod **1-800-318-2596** i poproś o bezpłatnego tłumacza języka jakim się posługujesz. Użytkownicy TTY powinni zadzwonić pod **1-855-889-4325**.



KROK 6: Wyślij kompletny wniosek



Wyślij swój podpisany wniosek do:

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



Jeśli chcesz zarejestrować się do głosowania, wypełnij formularz rejestracji wyborców na stronie eac.gov.

Otrzymaj pomoc w języku innym niż angielski

Masz prawo do otrzymania bezpłatnej informacji i pomocy w swoim własnym języku jeśli ty lub ktoś komu pomagasz macie pytania odnośnie Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych. Porozmawiaj z tłumaczem, zadzwoń pod **1-800-318-2596**.

Poniżej znajduje się lista dostępnych języków i tej samej wiadomości zamieszczonej powyżej w tych językach.

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 مجاناً. 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.

Otrzymaj pomoc w języku innym niż angielski (ciąg dalszy)

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、通訳とお話してください。



Załącznik A

Ubezpieczenie Zdrowotne przez Pracodawców

Nie musisz odpowiadać na te pytania chyba, że ktoś z domowników ma uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego z pracy, nawet jeśli tego ubezpieczenia nie akceptuje. Załącz kopię tej strony dla każdej pracy oferującej ubezpieczenie.

Powiedz nam więcej na temat pracy oferującej ubezpieczenie.

Zrób kopię tej strony i dostarcz ją pracodawcy oferującemu ubezpieczenie w celu uzyskania odpowiedzi na poniższe pytania.

INFORMACJE O PRACOWNIKU

1. Imię i Nazwisko pracownika (Pierwsze, Drugie, Nazwisko)	2. Numer Social Security Pracownika (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

INFORMACJE O PRACODAWCY

3. Pracodawca/nazwa firmy	
<input type="text"/>	
4. Numer Identyfikacyjny Pracodawcy (EIN)	5. Numer telefonu pracodawcy
<input type="text"/> - <input type="text"/>	(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>
Teraz, wpisz informacje na temat osoby lub działu zajmującego się zarządzaniem korzyściami pracowników. Możemy się skontaktować z tą osobą jeżeli będziemy wymagać więcej informacji:	
6. Osoba lub dział z jakimi możemy się skontaktować odnośnie zakresu świadczeń pracowników	
<input type="text"/>	
7. Adres pracodawcy (Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych może wysłać pisma pod ten adres)	
<input type="text"/>	
8. Miasto	9. Stan
<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Kod pocztowy	<input type="text"/>
11. Numer telefonu (jeśli inny niż wyżej podany)	12. Adres e-mailowy
(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>

13. Czy pracownik jest obecnie uprawniony do otrzymania ubezpieczenia oferowanego przez tego pracodawcę lub czy pracownik nabędzie takie uprawnienia w ciągu następujących 3 miesięcy?

TAK (Kontynuuj)

a. Jeśli pracownik w chwili obecnej nie kwalifikuje się włączając z powodu okresu oczekującego lub próbnego to kiedy pracownik będzie się kwalifikował by otrzymać świadczenia? (mm/dd/yyyy)

BEZ (PRACODAWCY: Zatrzymaj się i zwróć ten formularz pracownikowi. PRACOWNIK: wróć do wniosku o zakres świadczeń Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych.)

b. Czy pracodawca oferuje plan zdrowotny który obejmuje współmałżonka lub osoby na utrzymaniu tego pracownika?

TAK. Jeśli tak, które osoby? Współmałżonek Osoba(y) na utrzymaniu NIE (IDŹ DO PYTANIA 14.)

Wymień nazwisko kogokolwiek kto w rodzinie pracownika kwalifikuje się do otrzymania zakresu świadczeń z tej pracy

Nazwisko

Nazwisko

Nazwisko

kontynuuj na następnej stronie



Powiedz nam na temat zakresu świadczeń oferowanego przez tego pracodawcę.

14. Czy ten pracodawca oferuje plan zdrowotny który spełnia normę minimalnej wartości*?

TAK (Przejdź do pytania 15.) NIE (Zatrzymaj się i oddaj ten formularz pracownikowi.)

15. Ile pracownik będzie musiał zapłacić za najtańszy oferowany mu plan, który spełnia tylko normę minimalnej wartości*? Nie wliczaj planów rodzinnych.
UWAGA: Jeśli pracodawca oferuje programy odnowy biologicznej, wpisz składkę jaką pracownik zapłaciłby gdyby pracownik otrzymał maksymalny rabat na jakikolwiek z programów rzucenia palenia tytoniu i nie miał żadnych innych zniżek w oparciu o programy odnowy biologicznej.

a. Pracownik zapłaciłby taką składkę: \$

UWAGA: Wpisz najniższą kwotę jaką pracownik mógłby zapłacić za ubezpieczenie zdrowotne.

b. Pracownik zapłaciłby następująca kwotę: Tygodniowo Co 2 tygodnie Dwa razy w miesiącu Raz w miesiącu
 Kwartalnie Rocznie

UWAGA: Jeśli składka się zmienia, wróć i zaktualizuj swój wniosek.

* Plan ubezpieczenia zdrowotnego spełnia normę minimalnej wartości jeśli płaci przynajmniej 60% całkowitego kosztu za świadczenia medyczne dla standardowej populacji i oferuje znaczny zakres świadczeń szpitalnych i lekarskich. Większość planów oferowanych przez pracę spełnia normy minimalnej wartości.







Załącznik C

Pomocy przy wypełnianiu niniejszego wniosku

Tylko dla certyfikowanych doradców wypełniania wniosków, navigatorów, agentów i brokerów

Wypełnij tę sekcję jeśli jesteś certyfikowanym doradcą wypełniania wniosków, navigatorem, agentem lub brokerem wypełniającym ten wniosek w imieniu innej osoby.

1. Data rozpoczęcia wniosku (mm/dd/yyyy)	
<input type="text"/>	
2. Pierwsze imię, Drugie imię, Nazwisko, & Sufiks	
<input type="text"/>	
3. Nazwa organizacji	
<input type="text"/>	
4. Numer ID (jeśli dotyczy)	5. Tylko dla Agentów/Brokerów: Numer NPN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Możesz wybrać upoważnionego przedstawiciela.

Możesz dać pozwolenie zaufanej osobie aby mogła z nami porozmawiać na temat tego wniosku, mogła zapoznać się z informacjami zawartymi w tym wniosku i działała w Twoim imieniu w sprawach związanych z tym wnioskiem w tym uzyskanie informacji o Twoim wniosku i podpisanie tego wniosku w Twoim imieniu. Osoba ta nazywana jest "upoważnionym przedstawicielem." Jeśli kiedykolwiek zajdzie potrzeba aby zmienić lub usunąć upoważnionego przedstawiciela, skontaktuj się z Rynkiem Ubezpieczeń. Jeśli jesteś prawnie wyznaczonym przedstawicielem dla kogoś w tym wniosku, dołącz dowód do wniosku.

1. Imię i Nazwisko upoważnionego przedstawiciela (Pierwsze imię, Drugie imię, Nazwisko)		
<input type="text"/>		
2. Adres	3. Adres 2	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4. Miasto	5. Stan	6. Kod pocztowy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Numer telefonu		
<input type="text"/>		
8. Nazwa organizacji		
<input type="text"/>		
9. Numer ID (jeśli dotyczy)		
<input type="text"/>		

Podpisując, pozwalasz tej osobie na podpisanie Twojego wniosku, uzyskanie oficjalnych informacji na temat tego wniosku i działanie w Twoim imieniu w ramach wszystkich przyszłych spraw związanych z tym wnioskiem.



10. Podpis OSOBY 1 wyszczególnionej w tym podaniu	11. Data podpisu (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>



Załącznik D

Pytania odnośnie życiowych zmian

(Musisz wypełnić resztę wniosku wraz z tą stroną. Nie przysyłaj tej strony samej.)

Odpowiedz na poniższe pytania, jeśli ktoś uwzględniony w tym wniosku doświadczył pewnych zmian w życiu – takich jak utrata ubezpieczenia zdrowotnego, ślub lub urodziny dziecka – w czasie ostatnich 60 dni (lub spodziewa się takich zmian w najbliższych 60 dniach). Niektóre zmiany w życiu dają prawo natychmiastowego rozpoczęcia ubezpieczenia Marketplace. Zalecamy Ci również udzielenie odpowiedzi na te pytania, jeśli składasz wniosek poza corocznym Okresem otwartej rejestracji.

Te pytania są nieobowiązkowe. Jeśli okoliczności życiowe nie uległy zmianie, możesz nie odpowiadać i pozostawić puste rubryki. Możesz zapisać się do programu Medicaid i Dziecięcego Ubezpieczenia Zdrowotnego (CHIP) o każdej porze roku, nawet jeśli nie doświadczyłeś zmian życiowych. Członkowie plemion uznawanych przez władzę federalną i udziałowcy Alaska Native mogą zapisać się aby otrzymać ubezpieczenie przez Rynek Ubezpieczeń o każdej porze roku.

Powiedz nam o zmianach w Twoim domostwie.

1. Czy ktokolwiek stracił zakwalifikowane ubezpieczenie zdrowotne w ciągu ostatnich 60 dni lub oczekuje utraty ubezpieczenia w ciągu następujących 60 dni?

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data kiedy zakres świadczeń wygaś lub wygaśnie (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zaznacz tutaj, jeśli ubezpieczenie zakończyło się z powodu niepłacenia składek.	

2. Czy ktokolwiek zmienił stan cywilny na żonaty/mężatka w ciągu ostatnich 60 dni?

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

a. Czy którakolwiek z tych osób posiadała zakwalifikowany zakres świadczeń zdrowotnych w dowolnym momencie w ciągu ostatnich 60 dni? Tak Nie

Jeśli tak, wpisz ich imiona i nazwiska poniżej:

3. Czy ktokolwiek został zwolniony z (aresztu lub więzienia) w ciągu ostatnich 60 dni?

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Czy ktokolwiek otrzymał uprawniony status imigracyjny w ciągu ostatnich 60 dni ?

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Czy ktokolwiek został adoptowany, oddany do adopcji lub umieszczony w rodzinie zastępczej w ciągu ostatnich 60 dni?

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Czy ktokolwiek został na utrzymaniu innej osoby z powodu alimentów na dzieci lub innego postanowienia sądu w ciągu ostatnich 60 dni?

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Czy w ciągu ostatnich 60 dni ktoś się przeprowadził?

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data przeprowadzki (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jaki jest kod pocztowy Twojego poprzedniego adresu? Wypełnij to, jeśli przeprowadziłeś(-aś) się z innego kraju lub terytorium USA.

a. Czy którakolwiek z tych osób posiadała zakwalifikowany zakres świadczeń zdrowotnych w dowolnym momencie w ciągu ostatnich 60 dni? Tak Nie

Jeśli tak, wpisz ich imiona i nazwiska poniżej:

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);