

Wniosek o Ubezpieczenie Zdrowotne & Dofinansowanie na Pokrycie Kosztów



➔ **Złóż wniosek na stronie HealthCare.gov będzie szybciej.**



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

- Przystępne prywatne plany ubezpieczenia zdrowotnego, które oferują wszechstronny zakres w celu zadbania o Twoje zdrowie.
- Nowa ulga podatkowa, która natychmiast może pomóc Ci w pokryciu kosztów składek za ubezpieczenie zdrowotne.
- Bezpłatny lub tańszy zakres oferowany przez Medicaid lub Program Dziecięcego Ubezpieczenia Zdrowotnego (CHIP).

Możesz zakwalifikować się do bezpłatnego lub tańszego programu nawet jeśli zarabiasz \$98,400 na rok (na 4 osobową rodzinę).



Kto może wypełnić ten wniosek ?

- Ten wniosek służy do ubiegania się o ubezpieczenie dla każdego członka Twojej rodziny.
- **Złóż wniosek nawet jeśli Ty lub Twoje dzieci mają już ubezpieczenie zdrowotne. Być może spełniasz wymogi do uzyskania tańszego lub bezpłatnego zakresu świadczeń.**
- Osoby stanu wolnego mogą skorzystać z krótkiego formularza. Odwiedź HealthCare.gov.
- Rodziny, które obejmują imigrantów też mogą składać wniosek. Możesz złożyć wniosek w imieniu swoich dzieci nawet jeśli sam nie spełniasz wymogów aby otrzymać ubezpieczenie. Złożenie wniosku nie będzie miało wpływu na Twój status imigracyjny lub szansę na zostanie stałym rezydentem lub obywatelem.
- Jeśli ktoś pomaga Ci wypełnić ten wniosek, być może będzie potrzebna wypełnienia Załącznika C.



Co jest potrzebne do złożenia wniosku

- Numery Social Security (lub numery dokumentów dla każdego uprawnionego imigranta który potrzebuje zakresu świadczeń).
- Informacje o dochodzie i pracodawcy dla każdej osoby z Twojej rodziny (na przykład, odcinki od czeków, formy W-2, lub zaświadczenia o wynagrodzeniu i podatku).
- Numery obecnej polisy ubezpieczenia zdrowotnego.
- Informacje na temat ubezpieczenia zdrowotnego związanego z pracą i oferowanego Twojej rodzinie.



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 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 rozpatrzeniu Twojego wniosku, otrzymasz pocztą zawiadomienie określające Twoje uprawnienia. W razie braku kontaktu z naszej strony, prosimy o telefon do Centrum Obsługi Klienta Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych. Wypełnienie tego wniosku nie jest równoznaczne z wykupieniem ubezpieczenia zdrowotnego.



Uzyskaj pomoc w wypełnieniu tego wniosku

- **Drogą internetową:** HealthCare.gov.
- **Telefonicznie:** Zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych pod **1-800-318-2596**. Użytkownicy TTY powinni zadzwonić pod **1-855-889-4325**.
- **Osobiście:** Być może dostępnymi są w Twojej okolicy konsultanci służący pomocą. Odwiedź 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 do otrzymania informacji zawartych w tym formularzu w formacie alternatywnym. Masz też prawo do złożenia skargi jeśli uważasz, że padłeś/aś ofiarą dyskryminacji. Odwiedź 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	
2. Adres zamieszkania (pomiń jeśli nie posiadasz adresu.)		3. Numer mieszkania lub lokalu		4. Miasto		5. Stan	
6. Kod pocztowy		7. Hrabstwo, parafia lub gmina		8. Adres pocztowy (jeśli inny od wyżej podanego)		9. Numer mieszkania lub lokalu	
10. Miasto		11. Stan		12. Kod pocztowy		13. Hrabstwo, parafia lub gmina	
14. Aktualny numer telefonu w ciągu dnia () () () () () () - () () () () () ()				15. Aktualny numer telefonu wieczorem () () () () () () - () () () () () ()			
16. Czy chcesz otrzymać informacje odnośnie tego wniosku przez e-mail?.....○ Tak ○ Nie							
Adres e-mailowy: _____							
17. W jakim języku mowy preferujesz porozumiewanie się? W jakim języku preferujesz pisanie? _____							

KROK 2: Powiedz nam coś o swojej rodzinie.

Kogo musisz uwzględnić w tym wniosku?

Wypełnij strony Kroku 2 dla każdej osoby w swojej rodzinie i domostwie nawet jeśli osoba posiada już ubezpieczenie zdrowotne. Informacje zawarte w tym wniosku pozwolą nam upewnić się, że każdy otrzyma najlepszy z możliwych zakres świadczeń. Ilość pomocy lub rodzaj programu na jaki możesz się zakwalifikować zależy od ilości osób wchodzących w skład Twojej rodziny oraz od ich dochodów. Pominięcie członka rodziny posiadającego już ubezpieczenie zdrowotne może wpłynąć na wynik Twojej kwalifikacji.

Osoby dorosłe potrzebujące zakresu świadczeń:

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

- Małżonkowie
- Syn lub córka poniżej 21 roku życia mieszkający z nimi, włączając pasierbów
- 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
- Inna osoba widniejąca w tym samym federalnym zeznaniu podatkowym. Nie musisz składać zeznania podatkowego aby ubiegać się o ubezpieczenie zdrowotne.

Wypełnij Krok 2 dla każdej osoby w rodzinie.

Zacznij od siebie, następnie dodawaj kolejne osoby dorosłe a następnie dzieci. Jeśli Twoja rodzina składa się z więcej niż 2 osób, należy zrobić kopię stron i je załączyć.

Nie musisz ujawniać statusu imigracyjnego lub numeru Social Security (SSN) członków rodziny, którzy nie potrzebują ubezpieczenia zdrowotnego. Zapewniamy bezpieczeństwo i prywatność Twoich danych zgodnie z prawem. Informacje personalne służą nam tylko do podjęcia decyzji o uprawnieniu do otrzymania ubezpieczenia zdrowotnego.



KROK 2: OSOBA 1 (Zacznij od siebie.)

Wypełnij Krok 2 dla siebie, Twojego współmałżonka/partnera i dzieci które razem z Tobą mieszkają i/lub każdej innej osoby widniejącej w Twoim zeznaniu podatkowym –jeśli zostało złożone. Patrz strona 1 informacje na temat kogo uwzględnić. Mimo, że nie złożyłeś zeznania podatkowego, pamiętaj aby nadal dodać członków rodziny mieszkających z Tobą.

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"/> Mężczyzna <input type="radio"/> Kobieta
--	--	--	--

6. Numer Social Security (SSN) - -

★ Wymagamy Twój Numer Social Security (SSN) ponieważ chcesz ubiegać się o ubezpieczenie zdrowotne jako posiadacz numeru SSN lub osoba która może go uzyskać. Numery SSN służą nam do weryfikacji dochodu i innych informacji mających na celu sprawdzenie uprawnień do otrzymania dofinansowania przy opłacaniu ubezpieczenia. Jeśli potrzebujesz pomocy w otrzymaniu SSN, odwiedź socialsecurity.gov, lub zadzwoń do Social Security pod 1-800-772-1213. Użytkownicy TTY powinni zadzwonić pod 1-800-325-0778.

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

- TAK. Jeśli tak, prosimy odpowiedzieć na pytania a-c. NIE. Jeśli nie, przejdź do pytania 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, proszę wymienić imię i nazwisko osoby składającej zeznanie podatkowe: 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 Twój fizyczny, umysłowy lub emocjonalny stan zdrowia powoduje ograniczenia w działaniach (jak kąpiel, ubieranie się, obowiązki domowe itp.) lub przebywasz w placówce medycznej lub 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: <input type="text"/>	b. Numer Certyfikatu: <input type="text"/>	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 <input type="text"/>	Rodzaj statusu (dobrowolne) <input type="text"/>	Wpisz imię i nazwisko tak jak widnieje w dokumencie imigracyjnym. <input type="text"/>
--	---	---

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

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

- a. Czy mieszkłaś/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

16. Wymień imiona i nazwiska oraz pokrewieństwo dzieci poniżej 19 roku życia, które mieszkają razem z Tobą w domu.

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

Nieobowiązkowe 20. Rasa: Biała Czarna lub Afrykańsko-Amerykańska Amerykańsko-Indiańska lub Rodowita pochodząca z Alaski Filipińczyk Japończyk
Wypełnij wszystko co dotyczy. 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 obecnie zatrudniony/a wpisz zarobki. Zacznij od pytania 21.
 Niezatrudniony/a: przejdź do pytania 31.
 Samozatrudniony/a: przejdź do pytania 30.

Obecna praca 1:

21. Nazwa pracodawcy

a. Adres pracodawcy

b. Miasto

c. Stan

d. Kod pocztowy

22. Numer telefonu pracodawcy

23. Place i napiwki(przed opodatkowaniem)

\$

- Na godzinę
 Tygodniowo
 Co 2 tygodnie
 2 razy w miesiącu
 Miesięcznie
 Rocznie

24. Średnia ilość godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

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

25. Nazwa pracodawcy

a. Adres pracodawcy

b. Miasto

c. Stan

d. Kod pocztowy

26. Numer telefonu pracodawcy

27. Place i napiwki(przed opodatkowaniem)

\$

- Na godzinę
 Tygodniowo
 Co 2 tygodnie
 2 razy w miesiącu
 Miesięcznie
 Rocznie

28. Średnia ilość godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

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 oraz podaj kwotę i jej 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).

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

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)..

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

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 myślisz, że będzie się różnił)

\$

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**.

NIE WYPEŁNIAJ. TO NIE JEST WNIOSEK



KROK 2: OSOBA 2

Uwaga: Jeśli ta osoba nie potrzebuje ubezpieczenia zdrowotnego, odpowiedz tylko na pytania 1-10 na tej stronie. Zrób kopię stron 4-5 jeśli jest więcej niż 2 osoby w Twojej rodzinie mieszkające z Tobą.

Wypełnij tę stronę dla Twojego współmałżonka/partnera i dzieci które razem z Tobą mieszkają i/lub każdej innej osoby widniejącej w Twoim zeznaniu podatkowym – jeśli zostało złożone. Jeśli nie złożyłeś zeznania podatkowego, pamiętaj aby nadal dodać członków rodziny mieszkających z Tobą. Patrz strona 1 informacje na temat kogo uwzględnić.

1. Pierwsze imię		Drugie imię		Nazwisko		Sufiks	
2. Stopień pokrewieństwa z OSOBĄ 1? Patrz instrukcje.		3. Czy OSOBA 2 jest żonata/zamężna? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie		4. Data urodzenia (mm/dd/yyyy)		5. Płeć <input type="radio"/> Mężczyzna <input type="radio"/> Kobieta	
6. Numer Social Security (SSN)		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input checked="" type="radio"/> Wymagamy Numeru Social Security (SSN) ponieważ chcesz ubiegać się o ubezpieczenie zdrowotne dla OSOBY 2 i OSOBA 2 posiada SSN.			
7. Czy OSOBA 2 mieszka pod tym samym adresem co OSOBA 1? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie							
Jeśli nie, wpisz adres:							
8. Czy OSOBA 2 zamierza złożyć federalne zeznanie podatkowe w PRZYSZŁYM ROKU? (Nadal możesz ubiegać się o zakres świadczeń nawet jeśli OSOBA 2 nie złoży federalnego zeznania podatkowego.)							
<input type="radio"/> TAK. Jeśli tak , odpowiedz na pytania a-c. <input type="radio"/> NIE. Jeśli nie , przejdź do pytania c.							
a. Czy OSOBA 2 będzie się rozliczać wspólnie z współmałżonkiem?..... <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie							
Jeśli tak, wpisz imię i nazwisko współmałżonka:							
b. Czy OSOBA 2 będzie podawała w zeznaniu podatkowym jakieś osoby na utrzymaniu? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie							
Jeśli tak, wpisz imiona i nazwiska osób na utrzymaniu:							
c. Czy OSOBA 2 będzie podana jako "na czymś utrzymaniu" w zeznaniu podatkowym innej osoby?..... <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie							
Jeśli tak, proszę wpisać imię i nazwisko osoby składającej zeznanie podatkowe: W jaki sposób OSOBA 2 związana jest z osobą składającą zeznanie podatkowe?							
9. Czy OSOBA 2 jest w ciąży?..... <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie a. Jeśli tak, ile dzieci jest oczekiwane podczas tej ciąży? <input type="text"/>							
10. Czy OSOBA 2 potrzebuje ubezpieczenia zdrowotnego? (Nawet jeśli OSOBA 2 posiada już świadczenia, może istnieć inny program z lepszym zakresem świadczeń lub o niższych kosztach.)							
<input type="radio"/> TAK. Jeśli tak , odpowiedz na wszystkie pytania poniżej. <input checked="" type="radio"/> NIE. Jeśli nie , przejdź do pytań odnośnie dochodu na stronie 5. Pozostaw resztę tej strony pustą. <input checked="" type="radio"/>							
11. Czy stan fizyczny, umysłowy i emocjonalny OSOBY 2 powoduje ograniczenia w działaniach (jak kąpiel, ubieranie się, obowiązki dzienne itp.) lub przebywa w placówce medycznej lub domu opieki? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie							
12. Czy OSOBA 2 jest obywatelem Stanów Zjednoczonych czy osobą narodowości Stanów Zjednoczonych? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie							
13. Czy OSOBA 2 jest obywatelem przez proces naturalizacji czy z pochodzenia? (To zwykle znaczy, że urodziłeś się poza terytorium Stanów Zjednoczonych)							
<input type="radio"/> TAK. Jeśli tak , wypełnij a i b. <input type="radio"/> NIE. Jeśli nie , przejdź do pytania 14.							
a. Numer Zielonej Karty:				b. Numer Certyfikatu:			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Po wypełnieniu a i b przejdź do pytania 15.							
14. Jeśli OSOBA 2 nie jest obywatelem amerykańskim lub osobą pochodzenia amerykańskiego to czy posiada uprawniający status imigracyjny? <input type="radio"/> TAK. Wpisz rodzaj dokumentu i numer ID. Patrz na instrukcje.							
Rodzaj dokumentu imigracyjnego:		Rodzaj statusu (dobrowolne):		Wpisz imię i nazwisko OSOBY 2 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 paszprtu			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
SEVIS ID lub data ważności (nieobowiązkowe)				Inne (kod kategorii lub kraj wydania)			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
a. Czy OSOBA 2 mieszkała w U.S. od 1996? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie							
b. Czy OSOBA 2, współmałżonek OSOBY 2 lub rodzic są weteranami lub aktywnymi w służbie wojskowej U.S.? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie							
15. Czy OSOBA 2 potrzebuje pomocy w opłaceniu rachunków medycznych z ostatnich 3 miesięcy? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie							
16. Czy OSOBA 2 mieszka razem z przynajmniej jednym dzieckiem poniżej 19 roku życia i czy OSOBA 2 jest głównym opiekunem tego dziecka? (Wybierz "tak" jeśli OSOBA 2 lub jej/jego współmałżonek opiekują się dzieckiem.)..... <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie							
17. Wymień imiona i nazwiska oraz pokrewieństwo dzieci poniżej 19 roku życia, które mieszkają razem z OSOBĄ 2 w domu. (To mogą być te same dzieci wymienione na stronie 2.)							
<input type="text"/>							
18. Czy OSOBA 2 była w rodzinie zastępczej w wieku 18 lat lub starszym? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie							
Prosimy o odpowiedź na te pytania jeśli OSOBA 2 ma 22 lata lub mniej:							
19. Czy OSOBA 2 miała ubezpieczenie przez zakład pracy i straciła je w ciągu ostatnich 3 miesięcy?..... <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie							
a. Jeśli tak, wpisz datę od kiedy: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				b. Powód dla którego ubezpieczenie przestało obowiązywać: <input type="text"/>			
20. Czy OSOBA 2 jest studentem w pełnym wymiarze godzin? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie							
Nieobowiązkowe Wypełnij wszystko co dotyczy.		22. Rasa: <input type="radio"/> Biała <input type="radio"/> Czarna lub Afrykańsko-Amerykańska <input type="radio"/> Amerykańsko-Indiańska lub Rodowita pochodząca z Alaski <input type="radio"/> Filipińczyk <input type="radio"/> Japończyk <input type="radio"/> Koreańczyk <input type="radio"/> Indianin Azjatyckin <input type="radio"/> Chińczyk <input type="radio"/> Wietnamczyk <input type="radio"/> Inna rasa Azjatycka <input type="radio"/> Rodowity Hawajczyk <input type="radio"/> Guamańczyk lub Chamorro <input type="radio"/> Samończyk <input type="radio"/> Inny krajowiec Wysp Pacyfiku <input type="radio"/> 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 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 pytania 23.
 Niezatrudniony/a: przejdź do pytania 33.
 Samozatrudniony/a: przejdź do pytania 32.

Obecna praca 1:

23. Nazwa pracodawcy

a. Adres pracodawcy

b. Miasto

c. Stan

d. Kod pocztowy

24. Numer telefonu pracodawcy

25. Place i napiwki(przed opodatkowaniem)

- Na godzinę Tygodniowo Co 2 tygodnie
 2 razy w miesiącu Miesięcznie Rocznie

26. Średnia ilość godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

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

27. Nazwa pracodawcy

a. Adres pracodawcy

b. Miasto

c. Stan

d. Kod pocztowy

28. Numer telefonu pracodawcy

29. Place i napiwki(przed opodatkowaniem)

- Na godzinę Tygodniowo Co 2 tygodnie
 2 razy w miesiącu Miesięcznie Rocznie

30. Średnia ilość godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

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 odpowiedz na następujące pytania :

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/ tantiem	\$	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

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 3: Członkowie rodzin należących do Amerykańskich-Indian lub pochodzących z Alaski (AI/AN)

1. Czy Ty lub ktokolwiek z Twojej rodziny jest Amerykańskim Indianinem lub pochodzi z 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 Twojej rodziny

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/help/reconciling-your-tax-credit/) 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 4 lat?

- Tak Nie

Kto?

Czy ktokolwiek w tym wniosku ubiegał się o zakres świadczeń podczas otwartego okresu rejestracji Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych?

- 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? Tak Nie
- 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.)

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

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

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 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

Możesz wyrazić zgodę aby Rynek Ubezpieczeń wkorzystał aktualizowane informacje o dochodzie oraz te zawarte w zeznaniu podatkowym. Pomoże nam to w łatwiejszym ustaleniu czy masz prawo do ewentualnego dofinansowania przez następne lata. Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych wyśle Ci pismo z prośbą o dokonanie zmian. Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych będzie sprawdzał aby upewnić się czy nadal jesteś uprawniony-a i w tym celu może zapytać o dowód na potwierdzenie dochodu. Możesz wycofać się w każdym momencie.

Jeśli nie, automatycznie zaktualizuj moje informacje na następne :

4 lata 2 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.)

3 lata 1 rok

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 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 osób 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 zaszkodzię 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 wpisałem/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 www.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 tych informacji aby sprawdzić uprawnienia do dofinansowania w opłacaniu ubezpieczenia, jeśli złożysz wniosek. Będziemy sprawdzać Twoje odpowiedzi z wykorzystaniem informacji z naszych elektronicznych baz danych jak również baz danych Głównego Urzędu Podatkowego (IRS), Social Security, Ministerstwa Bezpieczeństwa Wewnętrznego i/lub agencji raportowania konsumentów. Jeśli informacje nie będą zgodne, możemy poprosić Cię o dostanie dodatkowych dowodów na potwierdzenie.

Co należy zrobić jeśli myślę, że moje wyniki o uprawnieniach są mylne?

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, 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 przez 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 przejrzałeś-aś Załącznik D ("Pytania odnośnie życiowych zmian")

KROK 6: Wyślij kompletny wniosek



Wyślij swój podpisany wniosek do:
Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001



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

? **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**.

NIE WYPEŁNIAJ. TO NIE JEST WNIOSEK

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.

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.

NIE WYPEŁNIAJ. TO NIE JEST WNIOSEK

Otrzymaj pomoc w języku innym niż angielski (ciąg dalszy)

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, કોલ 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	10. Kod pocztowy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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)
- BEZ (PRACODAWCY: Zatrzymaj się i zwróć ten formularz pracownikowi. PRACOWNIK: wróć do wniosku o zakres świadczeń Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych.)**

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)

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

NIE WYPEŁNIAJ. TO NIE JEST WNIOSEK



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 następującą kwotę: Tygodniowo Co 2 tygodnie Dwa razy w miesiącu Raz w miesiącu
 Kwartalnie Rocznie

(Przejdź do następnego pytania.)

16. Jakich zmian w planie dokona pracodawca w nowym roku?

Pracodawca nie będzie oferować ubezpieczenia zdrowotnego począwszy od tej daty: (mm/dd/yyyy)

Wysokość składki zmieni się na najtańszy plan który spełnia normy minimalnej wartości* i jest dostępny tylko dla pracownika. (Składka powinna odzwierciedlać zniżkę na programy rzucenia palenia tytoniu. Patrz pytanie 15.)

a. Pracownik zapłaciłby następującą składkę: \$

b. Jak często? Tygodniowo Co 2 tygodnie Dwa razy w miesiącu Raz w miesiącu Kwartalnie Rocznie

c. Data zmiany: (mm/dd/yyyy)

Nie wiem czy pracodawca dokona zmian.

Pracodawca nie dokona żadnych z tych zmian.

* 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.

NIE WYPEŁNIAJ. TO NIE JEST WNIOSEK



Form Approved
OMB No. 0938-1191

Załącznik B



Załącznik C

Pomoc w wypełnianiu tego 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. Numer mieszkania lub lokalu	
<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"/>) <input type="text"/> - <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.)

Jeśli ktoś wyszczególniony w tym podaniu doświadczył pewnych zmian w życiu w ciągu ostatnich 60 dni, odpowiedz na poniższe pytania. Pewne życiowe zmiany dopuszczają aby Twój zakres świadczeń nabyty przez Rynek Ubezpieczeń zaczął obowiązywać od razu. Polecamy również odpowiedzieć na poniższe pytania jeśli starasz się o ubezpieczenie po wygaśnięciu rocznego Otwartego Okresu Rejestracji i przed rozpoczęciem następnego rocznego Otwartego Okresu 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 władze federalne 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?

Imiona i Nazwiska	Data kiedy zakres świadczeń wygaś lub wygaśnie (mm/dd/yyyy)
<input type="checkbox"/> Zaznacz jeśli zakres świadczeń wygaś ze względu na brak opłacania składek.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

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

Imiona i Nazwiska	Data (mm/dd/yyyy)
	<input type="text"/> / <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?

Imiona i Nazwiska	Data (mm/dd/yyyy)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

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

Imiona i Nazwiska	Data (mm/dd/yyyy)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

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

Imiona i Nazwiska	Data (mm/dd/yyyy)
	<input type="text"/> / <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?

Imiona i Nazwiska	Data (mm/dd/yyyy)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

7. Czy ktokolwiek zmienił podstawowe miejsce zamieszkania w ciągu ostatnich 60 dni?

Imiona i Nazwiska	Data przeprowadzki (mm/dd/yyyy)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Jaki jest kod pocztowy Twojego poprzedniego adresu? Wypełnij jeśli wyprowadziłeś/aś się do innego kraju lub Terytorium U.S.

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:

Imiona i Nazwiska
<input type="text"/>