

NU COMPLETAȚI. ACEASTA NU ESTE O APLICAȚIE.

Health Insurance Marketplace

Aplicație pentru Asigurare Medicală și Asistență la Plata Costurilor Acesteia



09/2017

Form Approved
OMB No. 0938-1213

➔ **Aplicați mai rapid online, accesând pagina HealthCare.gov.**



Utilizați această aplicație pentru a afla, pentru ce asigurare vă calificați

- Asigurări medicale private accesibile, cu acoperire cuprinzătoare, care vă ajută să vă păstrați starea bună de sănătate.
- Un nou credit fiscal, care vă ajută imediat să plătiți primele asigurării de sănătate.
- Asigurare gratuită sau cu preț scăzut prin Medicaid sau Programul de Asigurare de Sănătate pentru Copii (CHIP).

Vă puteți califica pentru un program gratuit sau cu preț scăzut, chiar dacă aveți un venit de până la 98.400 \$ pe an (pentru o familie de 4 persoane).



Cine poate folosi această aplicație?

- Folosiți această aplicație pentru a aplica pentru orice persoană din familia dumneavoastră.
- **Aplicați, chiar dacă dvs. sau copilul dvs. aveți deja asigurare medicală. Ați putea fi eligibil pentru o asigurare cu preț mai scăzut sau gratuită.**
- Dacă sunteți celibatar/-ă, puteți folosi un formular scurt. Accesați pagina de web HealthCare.gov.
- Pot aplica și familiile, care includ imigranți. Puteți aplica pentru copilul dvs., chiar dacă dvs. nu vă calificați pentru asigurare. Aplicația nu va afecta statutul dvs. de imigrare sau șansele de a deveni rezident permanent sau cetățean american.
- Dacă vă ajută cineva la completarea acestei aplicații, probabil este necesar să completați și Anexa C.



Necesar pentru aplicație

- Numerele de Asigurare Socială (sau numerele documentelor pentru orice imigranți eligibili, care au nevoie de asigurare).
- Informații despre angajator și venit pentru toate persoanele din familia dvs. (de ex., din fluturașii de salariu, formulare W-2 sau fișe fiscale).
- Numerele polițelor pentru orice asigurare medicală activă în momentul de față.
- Informații despre orice asigurare medicală disponibilă pentru familia dvs. prin locul de muncă.



De ce vă solicităm aceste informații?

Vă întrebăm despre venit și alte chestiuni conexe, pentru a stabili pentru ce asigurare vă calificați și dacă puteți beneficia de asistență la plata acesteia. **Vom păstra informațiile oferite confidențiale și în siguranță, în conformitate cu legea.** Pentru a vedea Declarația cu privire la confidențialitate, accesați pagina de web HealthCare.gov sau urmați instrucțiunile.



Care este următorul pas?

Trimiteți aplicația completă și semnată la adresa indicată la pagina 7. **Semnați și înaintați aplicația, chiar dacă nu aveți toate informațiile solicitate.** Vă vom răspunde în termen de 1-2 săptămâni, iar **dacă avem nevoie de mai multe informații, Marketplace vă va contacta telefonic.** După procesarea aplicației dvs., veți primi prin poștă o scrisoare conținând decizia asupra eligibilității dvs. Dacă nu primiți niciun răspuns de la noi, sunați la call center-ul Marketplace. Completarea acestei aplicații nu implică obligativitatea de a încheia o asigurare de sănătate



Solicitați ajutor la completarea acestei aplicații

Online: HealthCare.gov.

- **Telefon:** Sunați la call center-ul Marketplace la numărul **1-800-318-2596**. Utilizatorii de TTY sunt rugați să sune la numărul **1-855-889-4325**.
- **Personal:** Pentru asistență, vă puteți adresa consilierilor din zona dvs., dacă există. Pentru mai multe informații, accesați pagina de web HealthCare.gov, sau sunați la call center-ul Marketplace: **1-800-318-2596**.
- **Alte limbi:** Dacă aveți nevoie de asistență în altă limbă decât engleză, sunați la **1-800-318-2596** și comunicați reprezentantului Relații Clienți limba dorită. Vă vom oferi ajutor gratuit.

Aveți dreptul să obțineți informația referitor la acest produs într-un format alternativ. De asemenea aveți dreptul să depuneți o plângere dacă considerați că ați fost discriminat. Vizitați site-ul www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, sau sunați la Centrul de Asistență pentru (Programul de Schimb de Asigurare Medicală) la **1-800-318-2596** pentru mai multe informații. Utilizatorii de TTY (Telefonul pentru Persoane cu Dizabilități) să sune la **1-855-889-4325**.

Declarație de transparență cu privire la Legea de simplificare a formalităților administrative (PRA) În conformitate cu Legea de simplificare a formalităților administrative din 1995, nimeni nu este obligat să răspundă unei acțiuni de colectare a informațiilor, decât dacă se afișează un număr de control OMB valabil. Numărul de control OMB valabil pentru această acțiune de colectare a informațiilor este 0938-1191. Timpul necesar pentru a completa aceste informații este estimat la 45 de minute pentru fiecare răspuns, inclusiv timpul pentru citirea instrucțiunilor, căutarea în resursele de date existente, adunarea datelor necesare și completarea și revizuirea colectării de informații. Dacă aveți observații cu privire la acuratețea estimării timpului sau sugestii pentru îmbunătățirea acestui formular, vă rugăm să vă adresați în scris la adresa: CMS, 7500 Security Boulevard, în atenția: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Vă rugăm să scrieți cu majuscule, folosind doar cerneală neagră sau albastru închis
 Marcați cercurile (○) după cum urmează: → ●.

PASUL 1: Spuneți-ne câte ceva despre dumneavoastră.

(Este nevoie ca un adult din familie să fie persoana de contact pentru aplicația dvs.)

1. Prenume		Nume de botez		Nume de familie		Sufix	
<input type="text"/>							
2. Adresa de domiciliu (Nu completați, dacă nu aveți o adresă de domiciliu.)						3. Număr apartament sau unitate	
<input type="text"/>						<input type="text"/>	
4. Număr apartament sau unitate			5. Stat	6. Cod poștal		7. District, circumscripție sau oraș	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
8. Adresă de corespondență (dacă diferă de adresa de domiciliu)						9. Număr apartament sau unitate	
<input type="text"/>						<input type="text"/>	
10. Localitate			11. Stat	12. Cod poștal		13. District, circumscripție sau oraș	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
14. Număr de telefon peste zi				15. Număr de telefon seara			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
16. Doriți să primiți informații despre această aplicație prin e-mail?..... ○ Da ○ Nu							
Adresă de e-mail: <input type="text"/>							
17. Care este limba preferată pentru conversație? Care este limba preferată pentru scriere?							
<input type="text"/>							

PASUL 2: Spuneți-ne câte ceva despre familia dumneavoastră.

Ce persoane trebuie să includeți în această aplicație?

Completați paginile referitoare la Pasul 2 pentru fiecare persoană din familia și gospodăria dvs., chiar dacă respectiva persoană are deja asigurare de sănătate. Informațiile din această aplicație ne ajută să ne asigurăm că toată lumea obține cea mai bună poliță posibilă. Volumul de asistență sau tipul pe program, pentru care vă calificați se bazează pe numărul de persoane din familia dvs. și venitul acestora. Dacă nu includeți o persoană, chiar dacă aceasta deține deja asigurare de sănătate, eligibilitatea dvs. ar putea fi afectată.

Pentru adulți, care au nevoie de asigurare de sănătate:

Includeți-i, chiar dacă nu aplică ei înșiși pentru asigurare:

- Soț/Soție
- Oricare fiu sau fiică sub 21 de ani, care locuiește cu dvs., inclusiv copiii vitregi
- Oricare altă persoană trecută pe declarația de impozit federal pe venit (inclusiv orice copii cu vârsta de peste 21 de ani, care depun declarația de impunere împreună cu părintele). Nu trebuie să depuneți declarația de impunere pentru a încheia asigurarea de sănătate.

Pentru copiii cu vârste sub 21 de ani, care au nevoie de asigurare:

Includeți-i, chiar dacă nu aplică ei înșiși pentru asigurare:

- Oricare părinte (sau părinte vitreg), cu care locuiesc
- Oricare frați, cu care locuiesc
- Oricare fiu sau fiică, cu care locuiesc, inclusiv copiii vitregi
- Oricare altă persoană trecută pe aceeași declarație de impozit federal pe venit. Nu trebuie să depuneți declarația de impunere pentru a încheia asigurarea de sănătate.

Completați Pasul 2 pentru toate persoanele din familia dvs.

Începeți cu dvs., apoi adăugați adulții și copiii. Dacă familia dvs. numără mai mult de 2 persoane, trebuie să faceți o copie a foilor și să le atașați.

Pentru membrii familiei, care nu au nevoie de asigurare medicală, nu trebuie să indicați statutul de imigrare sau Numărul de Securitate Socială (SSN). Vom păstra informațiile oferite confidențial și în siguranță, în conformitate cu legea. Vom utiliza informațiile personale numai pentru a verifica, dacă sunteți eligibil pentru obținerea asigurării de sănătate.



PASUL 2: PERSOANA 1 (Continuați cu dumneavoastră.)

Informații actuale despre locul de muncă și venit

- Angajat:** Dacă sunteți angajat în momentul de față, spuneți-ne despre venitul dvs. Începeți cu întrebarea 21.
 Nu sunt angajat: Mergeți la întrebarea 31.
 Liber-profesionist: Mergeți la întrebarea 30.

Locul de muncă în momentul de față:

21. Numele angajatorului:

a. Adresa angajatorului

b. Localitate

c. Stat

d. Cod poștal

22. Numărul de telefon al angajatorului

23. Leafă / bacșiș (brut)

Pe oră

Pe săptămână

La 2 săptămâni

24. Număr mediu de ore lucrate SĂPTĂMÂNAL

\$

Bilunar

Lunar

Anual

Al doilea loc de muncă în momentul de față: (Dacă aveți și alte locuri de muncă și aveți nevoie de mai mult spațiu, atașați o altă foaie de hârtie.)

25. Numele angajatorului:

a. Adresa angajatorului

b. Localitate

c. Stat

d. Cod poștal

26. Numărul de telefon al angajatorului

27. Leafă / bacșiș (brut)

Pe oră

Pe săptămână

La 2 săptămâni

28. Număr mediu de ore lucrate SĂPTĂMÂNAL

\$

Bilunar

Lunar

Anual

29. În ultimul an, ați: Schimbat locul de muncă Încetat să lucrați Început să lucrați mai puțin Nici una dintre variante

30. Dacă sunteți liber-profesionist, răspundeți la întrebările a și b:

a. Tip de muncă

b. Ce venit net (profit după acoperirea cheltuielilor comerciale) veți obține luna aceasta din activitatea ca liber-profesionist? *Vezi instrucțiuni.*

\$

31. Alte venituri obținute luna aceasta: Completați toate întrebările aplicabile, indicați suma și cât de des o primiți. Completați aici, dacă nu aveți venit.

OBSERVAȚIE: Nu trebuie să menționați venitul din pensiile alimentare pentru copii, plăți pentru veterani sau Venit Suplimentar de Securitate (SSI).

Șomaj

\$

Cât de des?

Pensie alimentară primită

\$

Cât de des?

Pensie

\$

Cât de des?

Net agricultură/piscicultură

\$

Cât de des?

Asigurări Sociale

\$

Cât de des?

Net închiriere/drepturi de autor

\$

Cât de des?

Conturi de pensii

\$

Cât de des?

Alte venituri
Tip:

\$

Cât de des?

32. **Deduceri:** Completați toate întrebările aplicabile, indicați suma și cât de des o plătiți. Dacă plătiți pentru chestiuni, care pot fi deduse într-o declarație de impozit pe venit, menționarea acestora ar putea să scadă puțin prețul asigurării de sănătate. **OBSERVAȚIE:** Nu trebuie să includeți pensia alimentară pentru copii, pe care o plătiți, sau alte costuri luate în considerare în răspunsul dvs. despre venitul net din activitatea ca liber profesionist (întrebarea 30b).

Pensie alimentară plătită

\$

Cât de des?

Alte deduceri
Tip:

\$

Cât de des?

Dobândă pe împrumutul pentru studii

\$

Cât de des?

33. Răspundeți la această întrebare, dacă venitul dvs. se modifică pe parcursul anului, de exemplu, dacă aveți un serviciu doar pentru o parte a anului sau dacă primiți beneficii în anumite luni. Dacă nu vă așteptați la variații ale venitului dvs. lunar, treceți la persoana următoare. ➔

Venitul dvs. total pe anul acesta

\$

Venitul dvs. total pe anul viitor (dacă sunteți de părere că va fi diferit)

\$

Vă mulțumim! Acestea sunt toate informațiile, pe care trebuie să le știm despre dumneavoastră.

AVEȚI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU APLICAȚIE? Vizitați pagina de web HealthCare.gov, sau sunați-ne la numărul de telefon 1-800-318-2596. Dacă aveți nevoie de asistență în altă limbă decât engleză, sunați la 1-800-318-2596 și comunicați reprezentantului Relații Clienți limba dorită. Vă vom oferi ajutor gratuit. Utilizatorii de TTY sunt rugați să sune la numărul 1-855-889-4325.



PASUL 2: PERSOANA 2

Spuneți-ne câte ceva despre venitul PERSOANEI 2. Răspundeți la întrebările de pe această pagină, chiar dacă PERSOANA 2 nu are nevoie de asigurare medicală.

Informații actuale despre loc de muncă și venit

- Angajat:** Dacă PERSOANA 2 are un loc de muncă în momentul de față, spuneți-ne câte ceva despre venitul ei. Începeți cu întrebarea 23.
 Nu este angajată: Mergeți la întrebarea 33.
 Liber-profesionistă:: Mergeți la întrebarea 32.

Locul de muncă în momentul de față:

23. Numele angajatorului:

a. Adresa angajatorului

b. Localitate

c. Stat

d. Cod poștal

24. Numărul de telefon al angajatorului

25. Leafă / bacșiș (brut)

\$

Pe oră

Pe săptămână

La 2 săptămâni

Bilunar

Lunar

Anual

26. Număr mediu de ore lucrate SĂPTĂMÂNAL

Al doilea loc de muncă în momentul de față: (Dacă PERSOANA 2 are mai multe servicii, atașați o altă foaie).

27. Numele angajatorului:

a. Adresa angajatorului

b. Localitate

c. Stat

d. Cod poștal

28. Numărul de telefon al angajatorului

29. Leafă / bacșiș (brut)

\$

Pe oră

Pe săptămână

La 2 săptămâni

Bilunar

Lunar

Anual

30. Număr mediu de ore lucrate SĂPTĂMÂNAL

31. În ultimul an, PERSOANA 2 a : Schimbat locul de muncă Încetat să lucreze Început să lucreze mai puțin Nici una dintre variante

32. Dacă PERSOANA 2 este liber-profesionistă, răspundeți la următoarele întrebări:

a. Tip de muncă:

b. Ce venit net (profit după acoperirea cheltuielilor comerciale) va obține PERSOANA 2 luna aceasta din activitatea ca liber-profesionist? Vezi instrucțiuni.

\$

33. **Alte venituri obținute de PERSOANA 2 luna aceasta:** Completați toate întrebările aplicabile, indicați suma și cât de des o primește PERSOANA 2. Completați aici, dacă nu aveți venit. **NOTE: OBSERVAȚIE:** Nu trebuie să menționați venitul PERSOANEI 2 din pensiile alimentare pentru copii, plăți pentru veterani sau Venit Suplimentar de Securitate (SSI).

<input type="radio"/> Șomaj	\$ <input type="text"/>	Cât de des? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Pensie alimentară primită	\$ <input type="text"/>	Cât de des? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensie	\$ <input type="text"/>	Cât de des? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Net agricultură/piscicultură	\$ <input type="text"/>	Cât de des? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Asigurări Sociale	\$ <input type="text"/>	Cât de des? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Net închiriere/drepturi de autor	\$ <input type="text"/>	Cât de des? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Conturi de pensii	\$ <input type="text"/>	Cât de des? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Alte venituri Tip: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Cât de des? <input type="text"/>

34. **Deduceri:** Completați toate întrebările aplicabile, indicați suma și cât de des o primește PERSOANA 2. Dacă PERSOANA 2 plătește pentru chestiuni, care pot fi deduse într-o declarație de impozit pe venit, menționarea acestora ar putea să scadă puțin prețul asigurării de sănătate. **OBSERVAȚIE:** Nu trebuie să includeți pensia alimentară pentru copii, pe care o plătește PERSOANA 2, sau alte costuri luate în considerare în răspunsul dvs. despre venitul net din activitatea ca liber profesionist (întrebarea 32b).

<input type="radio"/> Pensie alimentară plătită	\$ <input type="text"/>	Cât de des? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Alte venituri Tip: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Cât de des? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Dobândă pe împrumutul pentru studii	\$ <input type="text"/>	Cât de des? <input type="text"/>			

35. Răspundeți la această întrebare, doar dacă venitul PERSOANEI 2 se modifică pe parcursul anului, de exemplu, dacă PERSOANA 2 are un serviciu doar pentru o parte a anului sau dacă primește beneficii în anumite luni. Dacă nu vă așteptați la variații ale venitului lunar al PERSOANEI 2, treceți la persoana următoare. ➔

Venitul total al PERSOANEI 2 anul acesta	\$ <input type="text"/>	Venitul total al PERSOANEI 2 anul viitor	\$ <input type="text"/>
--	-------------------------	--	-------------------------

Vă mulțumim! Acestea sunt toate informațiile, pe care trebuie să le știm despre PERSOANA 2

? **AVEȚI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU APLICAȚIE?** Vizitați pagina de web HealthCare.gov, sau sunați-ne la numărul de telefon 1-800-318-2596. Dacă aveți nevoie de asistență în altă limbă decât engleză, sunați la 1-800-318-2596 și comunicați reprezentantului Relații Clienți limba dorită. Vă vom oferi ajutor gratuit. Utilizatorii de TTY sunt rugați să sune la numărul 1-855-889-4325.



PASUL 3: Membri de familie amerindieni sau nativi din Alaska (AI/NA:)

1. Dvs. sau oricine din familia dvs. sunteți amerindian sau nativ din Alaska?

- NU.** Dacă nu, mergeți la Pasul 4. **DA.** Dacă da, continuați cu Pasul 4, de asemenea, completați Anexa B și includeți-o în aplicație.

PASUL 4: Asigurarea de sănătate în familia dumneavoastră

1. Ați deus declarația de impunere pentru gospodăria dumneavoastră și ați armonizat toate creditele fiscale pentru prime utilizate, în fiecare an în care ați utilizat credite fiscale pentru prime?

- DA**, creditele fiscale pentru prime au fost armonizate. Bifați cercul, numai dacă TOATE afirmațiile de mai jos sunt aplicabile în cazul dumneavoastră:
- Ați folosit plăți în avans pentru credite fiscale pentru primele de asigurare (APTC) în unul sau mai mulți ani anteriori, pentru a scădea costurile asigurării dumneavoastră prin Marketplace.
 - Contribuabilul din gospodăria dumneavoastră a deus declarația federală de impunere în toți acești ani.
 - Plătitorul/plătitorii de taxe au deus formularul IRS 8962 (healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/) cu înapoierea impozitelor.

2. A fost cineva din această aplicație considerat neeligibil pentru Medicaid sau Programul de Asigurare de Sănătate pentru Copii (CHIP) în ultimele 90 de zile? (Selectați da, doar dacă o persoană a fost considerată neeligibilă pentru aceste asigurări de către statul dumneavoastră, nu de Marketplace.)..... Da Nu

Cine? Data:

Sau, a fost cineva din cei incluși în această aplicație neeligibil pentru Medicare sau CHIP datorită statutului de imigrant în ultimii 4 ani? Da Nu

Cine?

A aplicat cineva în cadrul acestei solicitări pentru asigurare în perioada de înscriere pentru (Programul de Schimb de Asigurare Medicală)? Da Nu

Cine?

3. I-a fost oferită vreuncea dintre persoanele indicate în această aplicație asigurare de sănătate de la locul de muncă? Bifați da, chiar dacă asigurarea este de la locul de muncă al altcuiva, cum ar fi soțul/soția sau părinții, chiar dacă această persoană nu a acceptat asigurarea.

- DA.** Continuați, apoi completați Anexa A. Este vorba despre asigurările sociale oferite pentru angajații din sectorul public?..... Da Nu
- NO.**

4. Are cineva asigurare medicală în momentul de față?

- DA.** Dacă da, mergeți la întrebarea 6. **NU.** Dacă nu, MERGEȚI la Pasul 5.

5. Informații despre asigurarea de sănătate din momentul de față. (Faceți o copie a acestei pagini, dacă mai mult de 2 persoane au asigurare de sănătate în momentul de față). Indicați tipul de asigurare, cum ar fi asigurare prin angajator, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, programul de asigurare de sănătate al VA (Ministerul pentru veterani), Peace Corps, sau altele. (Nu menționați TRICARE, dacă aveți Direct Care sau Line of Duty.)

PERSOANA 1:

Numele persoanei, care deține asigurare de sănătate

Tipul asigurării:

Asigurare prin angajator COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE Programul de asigurare de sănătate al VA

Peace Corps Altele

Dacă este vorba despre o asigurare de sănătate prin angajator: (Trebuie să răspundeți și la întrebările din Anexa A.)

Numele companiei de asigurări de sănătate Numărul / ID-ul poliței

Dacă este alt fel de asigurare: Completați aici dacă aceasta este asigurare medicală prin (Programul de Schimb de Asigurare Medicală)

Numele companiei de asigurări de sănătate Numărul / ID-ul poliței

Este o asigurare limitată, cum ar fi o poliță pentru accidente petrecute la școală?..... Da Nu

PERSOANA 2:

Numele persoanei, care deține asigurare de sănătate

Tipul asigurării:

Asigurare prin angajator COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE Programul de asigurare de sănătate al VA

Peace Corps Altele

Dacă este vorba despre o asigurare de sănătate prin angajator: (Trebuie să răspundeți și la întrebările din Anexa A.)

Numele companiei de asigurări de sănătate Numărul / ID-ul poliței

Dacă este alt fel de asigurare: Completați aici dacă aceasta este asigurare medicală prin (Programul de Schimb de Asigurare Medicală).

Numele companiei de asigurări de sănătate Numărul / ID-ul poliței

Este o asigurare limitată, cum ar fi o poliță pentru accidente petrecute la școală?..... Da Nu

? **AVEȚI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU APLICAȚIE?** Vizitați pagina de web HealthCare.gov, sau sunați-ne la numărul de telefon 1-800-318-2596. Dacă aveți nevoie de asistență în altă limbă decât engleză, sunați la 1-800-318-2596 și comunicați reprezentantului Relații Clienți limba dorită. Vă vom oferi ajutor gratuit. Utilizatorii de TTY sunt rugați să sune la numărul 1-855-889-4325.



PASUL 5: Acordul și semnătura dumneavoastră

1. Sunteți de acord ca platforma Marketplace să utilizeze în următorii 5 ani date despre venit, inclusiv informații din declarațiile de impunere? Da Nu

Pentru a înlesni stabilirea eligibilității dvs. pentru ajutor la plata asigurării în următorii ani, puteți fi de acord ca platforma Marketplace să poată utiliza date despre venit actualizate, inclusiv informații din declarația de impunere. Platforma Marketplace vă va trimite o notificare și veți avea posibilitatea de a face modificări. Marketplace va verifica, dacă s-au păstrat condițiile de eligibilitate și poate să vă ceară să demonstrați, că venitul dvs. se califică. Puteți oricând opta pentru a opri această funcție.

Dacă nu, actualizează automat informațiile mele pentru următorii:

- 4 ani 2 ani Nu utiliza informațiile mele fiscale pentru a reînnoi eligibilitatea pentru ajutor la plata asigurării (alegerea acestei opțiuni poate influența posibilitatea de a obține ajutor la plata asigurării, la momentul reînnoirii.)
 3 ani 1 ani

2. Este încarcerată vreuna dintre persoanele, care aplică pentru asigurare de sănătate în această aplicație

(reținută sau închisă)? Da Nu

Dacă da, indicați numele acelei persoane. Numele persoanei încarcerate este:

- Completați acest câmp, dacă s-a luat vreo decizie finală în justiție în legătură cu acuzațiile.

Dacă vreo persoană din această aplicație este eligibilă pentru Medicaid:

- Transfer agenției Medicaid drepturile de a revendica și a obține orice sume de bani de la altă asigurare, prin înțelegere legală sau de la alți terți. De asemenea, transfer agenției Medicaid dreptul de a revendica și obține sprijin medical de la soț/soție sau părinți.
- Are vreunul din copiii incluși în această aplicație un părinte, care locuiește altundeva decât în această gospodărie? Da Nu
- Dacă da, știu că voi fi rugat să cooperez cu agenția, care percepe sprijin medical de la un părinte absent. Dacă sunt de părere că perceperea de sprijin medical ne va afecta pe mine sau pe copiii mei, voi anunța Medicaid și poate nu va trebui să cooperez.
- Semnez această aplicație sub amenințarea pedepsei pentru sperjur, aceasta însemnând că, după știința mea, am dat răspunsuri adevărate la toate întrebările din acest formular. Știu că pot fi supus sancțiunilor impuse de legile federale, dacă ofer intenționat informații false sau neadevărate.
- Știu că trebuie să anunț Health Insurance Marketplace în termen de 30 de zile, dacă apar modificări (sau diferențe) față de ceea ce am declarat în această aplicație. Pot vizita pagina HealthCare.gov sau suna la **1-800-318-2596** pentru a notifica orice modificare. Înțeleg că o schimbare în informațiile mele poate afecta eligibilitatea mea și a membrului/membrilor familiei mele.
- Știu că legea federală interzice discriminarea pe motiv de rasă, culoare, origine națională, sex, vârstă, orientare sexuală, identitate de gen sau dizabilitate. Pot înainta o plângere pentru discriminare la adresa www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Știu că informațiile din acest formular vor fi utilizate doar pentru a stabili eligibilitatea pentru asigurarea de sănătate, pentru asistență la plata asigurării (dacă a fost solicitată) și pentru scopuri legale ale platformei Marketplace și a programelor destinate asistenței la plata asigurării de sănătate.

Avem nevoie de aceste informații pentru a verifica eligibilitatea dvs. pentru asistență la plata asigurării de sănătate, dacă ați ales să aplicați pentru aceasta. Vom verifica răspunsurile dvs. folosind informații din bazele noastre de date și cele ale autorității fiscale IRS, Administrației pentru Securitate Socială, Departamentului pentru Securitate Internă și/sau ale unei agenții de colectare de date despre consumatori. Dacă informațiile sunt contradictorii, există posibilitatea să vă solicităm să ne trimiteți dovezi.

Ce să fac, dacă sunt de părere că rezultatele de eligibilitate sunt greșite?

- Dacă nu sunteți de acord cu concluziile noastre, în multe cazuri puteți face contestație. Vă rugăm să recitiți notificarea despre eligibilitate, pentru a găsi instrucțiuni specifice pentru fiecare persoană din gospodăria dvs., care aplică pentru asigurare medicală, inclusiv informații despre numărul de zile acordat pentru înaintarea contestației. Mai jos găsiți informații importante de avut în vedere când înaintați o contestație:
- Dacă doriți, și altcineva poate să solicite reevaluarea dosarului dvs. sau poate participa la contestația dvs. Această persoană poate fi un prieten, o rudă, un avocat sau altă persoană. Sau puteți să solicitați și participați dvs. înșivă la cererea de reevaluare.
 - Dacă solicitați o reevaluare, există posibilitatea să vă păstrați eligibilitatea pentru asigurare pe durata soluționării contestației dvs.
 - Rezultatul contestației poate modifica eligibilitatea altor membri ai gospodăriei.

Pentru a înainta o contestație cu privire la rezultatele dvs. la Marketplace, vizitați pagina HealthCare.gov/marketplace-appeals sau sunați la call center-ul Marketplace: **1-800-318-2596**. Utilizatorii de TTY sunt rugați să sune la numărul **1-855-889-4325**. De asemenea, puteți trimite prin poștă un formular de solicitare a reevaluării sau scrisoarea dvs. de solicitare a reevaluării la **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Puteți contesta decizia de neeligibilitate pentru încheierea asigurării medicale prin Marketplace, pentru perioade de înscriere, credite fiscale, reduceri la contribuția proprie, Medicaid și CHIP, dacă acestea v-au fost refuzate. Dacă vă calificați pentru credite fiscale sau reduceri la contribuția proprie, puteți contesta suma, pentru care am stabilit că sunteți eligibil. În funcție de statul de reședință, puteți înainta contestația prin Marketplace sau trebuie să solicitați o reevaluare prin agențiile de stat Medicaid sau CHIP.

PERSOANA 1 trebuie să semneze această aplicație. Dacă sunteți reprezentantul autorizat, puteți semna aici, atâta vreme cât PERSOANA 1 a semnat Anexa C.

Semnătură	Data semnăturii (ll/zz/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dacă semnați această aplicație în afara ferestrei de Înscriere Deschisă (între 1 Noiembrie și 15 Decembrie), asigurați-vă că ați luat la cunoștință Anexa D („Întrebări despre schimbări în viața dvs.”).

PASUL 6: Trimiteți aplicația completată prin poștă



Trimiteți aplicația semnată la adresa:
Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001



Dacă doriți să vă înregistrați la vot, puteți completa formularul de înregistrare votant la adresa www.eac.gov.

AVEȚI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU APLICAȚIE? Vizitați pagina de web HealthCare.gov, sau sunați-ne la numărul de telefon 1-800-318-2596. Dacă aveți nevoie de asistență în altă limbă decât engleză, sunați la **1-800-318-2596** și comunicați reprezentantului Relații Clienți limba dorită. Vă vom oferi ajutor gratuit. Utilizatorii de TTY sunt rugați să sune la numărul **1-855-889-4325**.

NU COMPLETAȚI. ACEASTA NU ESTE O APLICAȚIE.

Pentru a primi ajutor într-o altă limbă decât Engleză

Dacă Dumneavoastră sau cineva pe care ajutați, are întrebări referitoare la Programul pentru Schimbul de Asigurare Medicală, aveți dreptul să primiți ajutor și informații în limba dumneavoastră fără nici un cost. Pentru a vorbi cu un interpret, sunați la **1-800-318-2596**.

Mai jos puteți găsi o enumerare a limbilor disponibile și a mesajului de mai sus disponibil în aceste limbi.

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.

NU COMPLETAȚI. ACEASTA NU ESTE O APLICAȚIE.

Pentru a primi ajutor într-o altă limbă decât Engleză (Se continuă)

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。



Anexa A

Asigurare medicală prin locul de muncă

NU trebuie să răspundeți la aceste întrebări, decât dacă cineva din gospodăria dvs. este eligibil pentru asigurare medicală prin locul de muncă, chiar dacă nu au acceptat să încheie această asigurare. Atașați o copie a acestei pagini pentru fiecare serviciu, care oferă asigurare.

Spuneți-ne câte ceva despre serviciul, care oferă asigurare.

Faceți o copie a acestei pagini și prezentați-o angajatorului, care oferă asigurare, pentru a vă ajuta să răspundeți la întrebări

INFORMAȚII DESPRE ANGAJAT

1. Numele angajatului (Prenume, nume de botez, nume de familie)	2. Număr de Securitate Socială al angajatului (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

INFORMAȚII DESPRE ANGAJATOR

3. Angajator/numele companiei	
<input type="text"/>	
4. Număr Identificare Angajator (EIN)	5. Numărul de telefon al angajatorului
<input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>

Acum, adăugați informația persoanei sau departamentului responsabil de beneficiile angajatului. Este posibil să contactăm această persoană dacă vom avea nevoie de mai multe informații:

6. Persoana sau departamentul pe care putem contacta despre asigurarea medicală a angajatului		
<input type="text"/>		
7. Adresa angajatorului (Se poate ca Programul de Schimb de Asigurare Medicală să trimită notificări la această adresă)		
<input type="text"/>		
8. Localitate	9. Stat	10. Cod poștal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Număr de telefon (dacă diferă de cel de mai sus)	12. Adresă de e-mail	
(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. Este angajatul eligibil în momentul de față pentru asigurare oferită de acest angajator, sau va deveni eligibil în următoarele 3 luni?

DA (Continuați)

NU (PENTRU ANGAJATOR: OPRIȚI-VĂ și înapoiți acest formular angajatului.

a. Dacă angajatul nu se califică în prezent, inclusive ca rezultat al unei perioade de așteptare sau de probă, când va fi angajatul eligibil pentru asigurare? (lună/zi/an)

/ /

b. Oferă angajatorul un plan de asigurare medicală care acoperă pe soțul/soția angajatului și alte persoane dependente?

DA. Dacă DA, care sunt aceste persoane? Soț Soție

NU (Duceți-vă la întrebarea 14)

Enumerați numele tuturor persoanelor din familia angajatului care sunt eligibile pentru asigurarea provenită prin prezentul loc de muncă.

Nume

Nume

Nume

Se continuă pe pagina următoare

NU COMPLETAȚI. ACEASTA NU ESTE O APLICAȚIE.

Anexa B



Form Approved
OMB No. 0938-1191



Anexa C

Asistență pentru completarea acestei aplicații

Numai pentru uzul consilierilor, observatorilor, agenților și brokerilor certificați

Completați această secțiune, dacă sunteți consilier, observator, agent sau broker certificat și completați această aplicație pentru altă persoană.

1. Data de începere a aplicației (ll/zz/aaaa)	
<input type="text"/>	
2. Prenume, nume de botez, nume de familie & sufix	
<input type="text"/>	
3. Numele organizației	
<input type="text"/>	
4. Nr. ID (dacă este cazul)	5. Numai agenți/brokeri: Nr. NPN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Puteți alege un reprezentant autorizat.

Puteți da unei persoane de încredere permisiunea de a discuta cu noi, de a avea acces la informațiile dvs. și de a acționa în numele dvs. în chestiuni legate de această aplicație, inclusiv pentru a obține informații despre aplicație și a semna aplicația din partea dvs. Această persoană este numită „reprezentant autorizat”. Contactați Marketplace, dacă doriți să schimbați reprezentantul autorizat sau să-i retrageți mandatul. Dacă sunteți reprezentantul legal al unei persoane din această aplicație, înaintați dovada în acest sens împreună cu aplicația.

1. Numele reprezentantului autorizat (Prenume, nume de botez, nume de familie)		
<input type="text"/>		
2. Adresa	3. Număr apartament sau unitate	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4. Localitate	5. Stat	6. Cod poștal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Telefon		
<input type="text"/>		
8. Numele organizației		
<input type="text"/>		
9. Nr. ID (dacă este cazul)		
<input type="text"/>		

Semnând, autorizați această persoană să semneze aplicația dvs., să obțină informații oficiale despre această aplicație și să acționeze în numele dvs. în toate chestiunile viitoare legate de această aplicație.

10. Semnătura PERSOANEI 1 menționată în această aplicație	11. Data semnăturii (ll/zz/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>





Anexa D

Întrebări despre schimbări în viața dumneavoastră

(Trebuie să completați restul aplicației împreună cu această pagină. Nu predați această pagină individual.)

Dacă în viața cuiva din această aplicație au survenit schimbări importante în ultimele 60 de zile, răspundeți la următoarele întrebări. Anumite schimbări în viață permit acoperirii dumneavoastră prin Marketplace să înceapă imediat. Sugerăm să răspundeți acestor întrebări dacă aplicați după terminarea Perioadei Anuale de Înscriere și înaintea începerii următoarei Perioade Anuale de Înscriere.

Aceste întrebări sunt opționale. Dacă situația dvs. personală nu s-a schimbat, puteți să nu răspundeți. Puteți să vă înscrieți la Medicaid sau la Programul de Asigurare de Sănătate pentru Copii (CHIP) oricând pe parcursul anului, chiar dacă în viața dvs. nu au survenit schimbări. Membrii ai triburilor recunoscute și nativii din Alaska interesați se pot înscrie pentru asigurare de sănătate prin Marketplace oricând pe parcursul anului.

Spuneți-ne câte ceva despre modificările din gospodăria dvs.

1. Și-a pierdut cineva calificarea pentru asigurare medicală în ultimele 60 de zile, sau se așteaptă să piardă această calificare?

Numele	Data, la care s-a terminat sau se va termina asigurarea (ll/zz/aaaa).
<input type="checkbox"/> Bifați aici, dacă asigurarea a încetat din cauza neplății primelor de asigurare.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

2. S-a căsătorit cineva în ultimele 60 de zile?

Numele	Data (ll/zz/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
a. A avut vre-una dintre aceste persoane asigurare medicală eligibilă în ultimele 60 de zile? <input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu	
Dacă da, precizați numele persoanei mai jos:	

3. A fost cineva eliberat din închisoare (detenție sau încarcerare) în ultimele 60 de zile?

Numele	Data (ll/zz/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

4. A obținut cineva statut de imigrant eligibil în ultimele 60 de zile?

Numele	Data (ll/zz/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

5. A fost cineva adoptat, oferit spre adopție sau trimis în grija serviciilor sociale în ultimele 60 de zile?

Numele	Date (mm/dd/yyyy)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

6. A devenit cineva co-dependent datorită alocației pentru creșterea copilului sau a unui ordin judecătoresc în ultimele 60 de zile?

Numele	Data (ll/zz/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

7. Și-a schimbat cineva locul/adresa de rezidență în ultimele 60 de zile?

Numele	Data mutării (ll/zz/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Care este codul ZIP al adresei dvs. anterioare? <input type="radio"/> Completați aici dacă v-ați mutat dintr-o țară străină sau dintr-un teritoriu dependent al Statelor Unite	
<input type="text"/>	

a. A avut vre-una dintre aceste persoane asigurare medicală eligibilă în ultimele 60 de zile? Da Nu

Dacă da, precizați numele mai jos:

Numele