НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ. ЭТО НЕ ЗАЯВКА.

Health Insurance Marketplace

Заявка на медицинское страхование и помощь в оплате расходов

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

Быстрая подача заявки через Интернет на веб-сайте HealthCare.gov

Используйте заявку, чтобы узнать на какое страховое покрытие вы можете иметь право

- Планы Marketplace, которые предлагают универсальное страхование для заботы о вашем здоровье.
- Налоговый кредит, который может сразу снизить ваши месячные платежи за страховку.
- Бесплатная или недорогая страховка через программу Medicaid или детскую программу CHIP.

При определенных уровнях дохода вы можете иметь право на бесплатные или недорогие программы.

Кто может использовать эту заявку?

- Подайте данную заявку для любого члена семьи уже сегодня.
- **Подайте заявку даже если у вас, вашего супруга или ребенка уже есть страховка. Вы можете иметь право на бесплатную или недорогую страховку.**
- Для одного человека можно использовать короткую форму. Посетите веб-сайт HealthCare.gov.
- Подать заявку могут также семьи, в состав которых входят иммигранты, удовлетворяющие требованиям программы. Вы можете подать заявку на ребенка даже если вы лично не имеете права на такую страховку. Подача заявки не повлияет на ваш иммиграционный статус или шансы на получение постоянного вида на жительство или гражданства.
- Если кто-либо помогает вам заполнить данную заявку, вам может понадобиться заполнить Приложение C.

Что вам потребуется для подачи заявки

- Номера социального страхования (SSN) (или номера документа для всех удовлетворяющих требованиям эмигрантов, нуждающихся в страховке).
- Информация о работодателе и доходе для каждого члена вашей семьи (например, платежные квитанции, формы W-2, налоговые декларации или доходные ведомости).
- Номера полисов любого имеющегося медицинского страхования.
- Информация о любой страховке через работодателя, доступной для членов вашей семьи.

Почему мы запрашиваем эту информацию?

Мы запрашиваем данные о доходах и другую информацию, чтобы сообщить вам на какое страховое покрытие вы имеете право и можете ли вы получить какую-либо помощь для его оплаты. **Мы будем хранить всю предоставленную вами информацию конфиденциально и надежно, в соответствии с требованиями закона.** Чтобы просмотреть Закон об охране прав личности (Privacy Act Statement), посетите веб-сайт HealthCare.gov или ознакомьтесь с инструкциями.

Каковы последующие действия?

Отправьте заполненную и подписанную заявку по адресу на странице 7. **Если у вас нет всей запрошенной информации, подпишите и подайте заявку в любом случае.** Мы свяжемся с вами через 1-2 недели, а также **вам могут позвонить из Рынка медицинского страхования для получения дополнительной информации.** После рассмотрения вашего заявления вам придет по почте уведомление о соответствии требованиям. Если вы не получили от нас ответа, позвоните в Центр поддержки Рынка медицинского страхования. Заполнение данного заявления не означает, что вы обязаны приобрести страховку.

Получить помощь для заполнения данной заявки

- **По Интернету:** HealthCare.gov.
- **Телефон:** Позвоните в Центр телефонного обслуживания Рынка медицинского страхования по телефону **1-800-318-2596**. Пользователям линии TTY звонить по номеру **1-855-889-4325**.
- **При личной встрече:** В вашем районе могут быть консультанты, которые помогут. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт HealthCare.gov, или позвоните в Центр телефонного обслуживания Рынка медицинского страхования по телефону **1-800-318-2596**.
- **Другие языки:** Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь.

Вы имеете право получить информацию Рынка медицинского страхования в доступной форме, например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудиоформате. Вы также имеете право подать жалобу, если Вы чувствуете, что Вы подверглись дискриминации. Получите подробную информацию на сайте CMS.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html или позвоните в Центр обслуживания клиентов Рынка медицинского страхования по номеру **1-800-318-2596**. Пользователям линии TTY звонить по номеру **1-855-889-4325.**

Заявление о раскрытии информации в соответствии с Законом о сокращении бумажного документооборота (PRA). В соответствии с Законом о сокращении бумажного документооборота от 1995 года никто не обязан отвечать на запрос о предоставлении информации, если на нем не указан действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления США (OMB). Действительный контрольный номер OMB для сбора данной информации 0938-1191. Время, необходимое для завершения сбора данной информации оценивается в среднем 45 минут на ответ, включая время просмотра инструкций, поиска имеющихся источников данных, сбора необходимых данных, а также заполнения и проверки собранной информации. Если у вас есть замечания, касающиеся точности оценки (оценок) времени, или предложения по улучшению этой формы, пожалуйста, пишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ. ЭТО НЕ ЗАЯВКА.

Пожалуйста, заполняйте печатными буквами, используя только черные или темносиние чернила
Заполните кружки (◯) как показано здесь → ●.

ШАГ 1. Сообщите нам информацию о себе.

(Нам нужен один взрослый человек в семье, который будет контактным лицом для вашей заявки.)

1. Имя	Отчество	Фамилия	Приписка к имени

2. Домашний адрес (Оставьте пустым, если у вас нет адреса.)	3. Домашний адрес 2

4. Город	5. Штат	6. Почтовый индекс	7. Округ

8. Почтовый адрес (если отличается от домашнего адреса)	9. Почтовый адрес 2

10. Город	11. Штат	12.Почтовый индекс	13. Округ

14. Номер телефона	15. Второй номер телефона
( ) -	( ) -

16. Желаете ли вы получить информацию об этой заявке по эл. почте? ..... ◯ Да ◯ Нет

Адрес эл. почты:

17. Предпочтительный язык:	Письменно	Устно

ШАГ 2. Предоставьте информацию о своей семье.

Кого вам необходимо включить в эту заявку?
Заполните страницы Шага 2 для каждого члена семьи, даже если у них уже есть страховка. Информация из этой заявки поможет нам предоставить лучшую страховку всем кандидатам. Размеры льгот или тип программы, на которую вы можете рассчитывать зависит от состава вашей семьи и семейного дохода. Если вы не включите кого-то из членов семьи, даже если у них есть страховка, это может отразиться на вашем праве на получение покрытия.

Для взрослых, которые нуждаются в страховом покрытии:
Включите эти лица, даже если они сами не подают заявку на медицинское страхование:

- Любой супруг
- Дети до 21 лет, проживающие с вами, включая падчериц и пасынков.
- Любое другой лицо в той же федеральной налоговой декларации (в том числе все дети старше 21 года, которые указываются в налоговой декларации родителя). Вам не должны подавать налоговую декларацию для получения медицинского страхования.

Для детей в возрасте до 21 года, которые нуждаются в страховом покрытии:
Включите эти лица, даже если они сами не подают заявку на медицинское страхование:

- Все родители (или неродные отец или мать), с которыми они живут
- Все братья и сестры, с которыми они живут
- Все сыновья или дочери, с которыми они живут, в том числе приемные дети
- Супруги, с которыми вы проживаете
- Любое другое лицо, указанное в этой же федеральной налоговой декларации. Вам не должны подавать налоговую декларацию для получения медицинского страхования.

Заполните Шаг 2 для каждого члена семьи.
Начните с себя, затем добавьте остальных взрослых и детей. Если у вас в семье более 2 человек, вам надо будет сделать копию страниц и прикрепить ее.

Вам не нужно сообщать иммиграционный статус или SSN членов семьи, не нуждающихся в страховке. Мы сохраним всю предоставленную информацию в конфиденциальности в соответствии с законодательством. Ваша личная информация будет использована только чтобы установить, удовлетворяет ли ваша кандидатура критериям соответствия.

ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ? Посетите веб-сайт **HealthCare.gov** или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.

ШАГ 2. ЛИЦО 1 (Начните с себя.)

Заполните Шаг 2 за себя, своего супруга/сожителя и иждивенцев, которые живут с вами, и/или подают одну с вами декларацию о доходах. См. кого необходимо включить на стр. 1. Если вы не подаете налоговую декларацию, все равно включите членов своей семьи..

1. Имя	Отчество	Фамилия	Приписка к имени

2. Отношение к ЛИЦУ 1?	3. Вы состоите в браке?	4. Дата рождения (мм/дд/гггг))	5. Пол
САМ	◯ Да ◯ Нет	/ /	◯ Женский ◯ Мужской

6. **Номер в системе социального обеспечения (SSN)** - -

Нам нужен номер социального обеспечения (SSN), если вы желаете получить медицинскую страховку и имеете номер социального обеспечения или можете получить его. Мы используем номер социального обеспечения (SSN) для проверки дохода и другой информации с тем, чтобы определить, кто имеет право на помощь в оплате медицинского страхования. Для получения более подробной информации о SSN, посетите **socialsecurity.gov** или позвоните в службу Социального страхования по номеру 1-800-772-1213. Пользователям линии TTY звонить по номеру 1-800-325-0778.

7. **Планируете ли вы подать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ?** *Вы можете подать заявку на страховое покрытие, даже если вы не подаете федеральную налоговую декларацию.* ◯ **ДА. Если «да»,** ответьте на пункты с «a» по «c». ◯ **НЕТ. Если «нет»,** перейдите к пункту «c».

a. Будете ли вы подавать налоговую декларацию совместно с супругом? ..... ◯ Да ◯ Нет

Если ответ «да», впишите имя супруга:

b. Будете ли вы указывать каких-либо иждивенцев в вашей налоговой декларации? ..... ◯ Да ◯ Нет

Если ответ «да», то укажите имя(имена) иждивенцев:

c. Будете ли вы указаны в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации? ..... ◯ Да ◯ Нет

Если ответ «да», укажите имя лица, подающего таможенную декларацию:

В каких отношениях вы находитесь с лицом, подающим налоговую декларацию?

8. Вы беременны? ..... ◯ Да ◯ Нет a. **Если ответ «да»,** то сколько детей ожидается при этой беременности?

9. **Вам нужна медицинская страховка?** *Даже если у вас есть страховое покрытие, может существовать программа с лучшим страховым покрытием и меньшей стоимостью.* ◯ **ДА. Если ответ «да»,** пожалуйста, ответьте на все вопросы ниже. ◯ **НЕТ. Если ответ «нет»,** ПРОПУСТИТЕ вопросы о доходе на странице 3. Не заполняйте остальную часть страницы.

10. Есть ли у вас потребность в особом виде лечения или физическое, психическое или эмоциональное заболевание, ограничивающее вашу деятельность (например, личная гигиена, одевание, ежедневные дела и т. д.); живете ли в медицинском учреждении или доме престарелых? ..... ◯ Да ◯ Нет

11. Являетесь ли вы **гражданином США** или **националом США**? ..... ◯ Да ◯ Нет

12. Являетесь ли вы **натурализованным гражданином** или **получили гражданство**? *(Как правило, это означает, что вы родились за пределами США)*

◯ **ДА. Если ответ «да»,** то заполните a и b. ◯ **НЕТ. Если ответ «нет»,** перейдите к вопросу 13.

a. Номер регистрационной карты иностранца:

b. Номер сертификата:

После заполнения a и b, ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 14.

13. **Если вы не являетесь гражданином США или националом США,** имеется ли у вас законный иммиграционный статус? ◯ **ДА.** Введите тип документа и идентификационный номер. *Смотрите инструкции.*

Тип иммиграционного документа	Тип статуса (необязательно)	Напишите свое имя так, как оно указано в вашем иммиграционном документе.

Номер регистрационной карты иностранца или номер I-94:	Номер карты или номер паспорта
Идентификационный номер в информационной системе студентов и участников программ обмена (SEVIS ID) или дата окончания срока действия (необязательно)	Прочее (код категории или страна выдачи)

a. Проживали ли вы в США с 1996 года? ..... ◯ Да ◯ Нет

b. Являетесь ли вы или ваш супруг или родитель ветераном или находится на действительной службе в армии США? ..... ◯ Да ◯ Нет

14. Нужна ли вам помощь в оплате медицинских счетов за последние 3 месяца? ..... ◯ Да ◯ Нет

15. Живете ли вы по крайней мере с одним ребенком в возрасте до 19 лет и являетесь основным лицом, заботящимся об этом ребенке? *(Выберите ответ «да», если вы или ваш супруг заботитесь об этом ребенке.)* ..... ◯ Да ◯ Нет

Перечислите имена и степень родства людей младше 19, которые проживают с вами::

16. Являетесь ли вы студентом, обучающимся в режиме полной нагрузки? ..... ◯ Да ◯ Нет

17. Были ли вы в приемной семье в возрасте 18 лет или старше? ..... ◯ Да ◯ Нет

Необязательная информация: *(Заполните все, что применимо.)*

18. Раса: ◯ Белый ◯ Черный или афро-американец ◯ Американский индеец или коренной житель Аляски ◯ Филиппинец ◯ Японец ◯ Кореец ◯ Индус ◯ Китаец ◯ Вьетнамец ◯ Другое азиатское происхождение ◯ Коренной житель Гавайских островов ◯ Житель Гуама или Чаморро ◯ Житель Самоа ◯ Уроженец тихоокеанских островов ◯ Другое _____

ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ? Посетите веб-сайт **HealthCare.gov** или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.

ШАГ 2. ЛИЦО 1 (Продолжите заполнять информацию о себе.)

Информация о нынешней работе и доходе

◯ **Работаю:** Если вы в настоящее время работаете, сообщите нам о вашем доходе. Начните с пункта 21.

◯ **Не работаю:** Перейдите к пункту 31.

◯ **Самозанятость:** Перейдите к пункту 30.

Нынешняя работа 1:

21.Наименование работодателя

a. Адрес работодателя (опционально)

b. Город | c. Штат | d. Почтовый индекс | 22. Номер телефона работодателя ( ) -

23. Заработная плата / чаевые (до вычета налогов) $

◯ Почасовая ◯ Еженедельно ◯ Каждые 2 недели ◯ Дважды в месяц ◯ Ежемесячно ◯ Годовая

24. Среднее количество отработанных часов каждую НЕДЕЛЮ

Нынешняя работа 2: (Если у вас имеется дополнительная работа и нужно больше места, приложите еще один лист бумаги.)

25.Наименование работодателя

a. Адрес работодателя (опционально)

b. Город | c. Штат | d. Почтовый индекс | 26. Номер телефона работодателя ( ) -

27. Заработная плата / чаевые (до вычета налогов) $

◯ Почасовая ◯ Еженедельно ◯ Каждые 2 недели ◯ Дважды в месяц ◯ Ежемесячно ◯ Годовая

28. Среднее количество отработанных часов каждую НЕДЕЛЮ

29. **В прошлом году вы:** ◯ Меняли работу ◯ Прекратили работать ◯ Стали работать меньше часов ◯ Ничего из вышеуказанного

30. **При самозанятости ответьте на пункты a и b:**

a. Вид деятельности:

b. Каков чистый доход (прибыль после уплаты расходов на бизнес) вы получите от самозанятости в этом месяце? *Смотрите инструкции.* $

31. **Прочие доходы, полученные в этом месяце:** Заполните все применимые данные, укажите сумму и периодичность получения. Заполните здесь при отсутствии. ◯
ПРИМЕЧАНИЕ: Вам не нужно сообщать нам о доходе от алиментов, платежей ветеранам или дополнительного социального дохода (SSI).

◯ Пособие по безработице	$	Какова периодичность?	◯ Полученные алименты	$	Какова периодичность?
◯ Пенсия	$	Какова периодичность?	◯ Чистый доход от фермерства / рыболовства	$	Какова периодичность?
◯ Социальное обеспечение	$	Какова периодичность?	◯ Чистый доход от аренды / роялти	$	Какова периодичность?
◯ Пенсионные счета	$	Какова периодичность?	◯ Другие доходы Тип:	$	Какова периодичность?

32. **Налоговые вычеты:** Заполните все применимые данные, укажите сумму и периодичность уплаты. Если за определенные услуги или предметы вы осуществляете оплату, которая может быть вычтена в федеральной налоговой декларации, сообщение нам об этом может несколько понизить стоимость медицинской страховки.
ПРИМЕЧАНИЕ: Вы не должны включать сюда алименты на ребенка или затраты, уже указанные в вашем ответе о чистом доходе от самозанятости (вопрос 30b)..

◯ Уплаченные алименты	$	Какова периодичность?	◯ Другие вычеты Тип:	$	Какова периодичность?
◯ Проценты на студенческий кредит	$	Какова периодичность?			

33. **Заполните ответ на этот вопрос, если ваш доход изменился в течение года**, например, если вы работали только в течение части года или получали пособие в течение определенных месяцев. Если вы не ожидаете изменения вашего ежемесячного дохода, перейдите к следующему человеку.

Ваш общий доход за **этот год** $

Ваш общий доход в **следующем году** (если считаете, что он будет отличаться) $

◯ Заполните, если считаете, что ваш доход будет трудно предсказать.

Спасибо! Это все, что нам нужно знать о вас.

ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ? Посетите веб-сайт HealthCare.gov или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.

ШАГ 2. ЛИЦО 2

Примечание: Если этот человек не нуждается в медицинской страховке, ответьте только на вопросы 1-10 на этой странице. Если в вашем домохозяйстве больше 2-х человек, сделайте копии страниц 4-5.

Заполните эту страницу для вашего супруга/партнера и живущих с вами детей и/или какого-либо лица, указанного в той же федеральной налоговой декларации, если вы подали ее. Если вы не подаете налоговую декларацию, не забудьте также добавить живущих с вами членов семьи. См. страницу 1 для получения дополнительной информации о том, каких лиц следует указать.

1. Имя | Отчество | Фамилия | Приписка к имени

2. Отношение к ЛИЦУ 1? *Смотрите инструкции.*

3. Состоит ли в браке ЛИЦО 2? ◯ Да ◯ Нет

4. Дата рождения (мм/дд/гггг) __ / __ / ____

5. Пол ◯ Женский ◯ Мужской

6. Номер в системе социального обеспечения (SSN) ___ - __ - ____

Нам нужна эта информация, если вы желаете получить медицинскую страховку для ЛИЦА 2, и ЛИЦО 2 имеет номер социального обеспечения.

7. Проживает ли ЛИЦО 2 по тому же адресу, что и ЛИЦО 1? ◯ Да ◯ Нет

Если ответ «нет», то укажите адрес:

8. **Планирует ли ЛИЦО 2 подать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ?** *(Вы можете подать заявку на страховое покрытие, даже если ЛИЦО 2 не подает федеральную налоговую декларацию.)* ◯ **ДА. Если ответ «да»,** ответьте на пункты с «a» по «c». ◯ **НЕТ. Если ответ «нет»,** перейдите к пункту «c».

a. Будет ли ЛИЦО 2 подавать налоговую декларацию совместно с супругом? ◯ Да ◯ Нет

Если ответ «да», впишите имя супруга:

b. Будет ли ЛИЦО 2 указывать каких-либо иждивенцев в его или ее налоговой декларации? ◯ Да ◯ Нет

Если ответ «да», то укажите имя(имена) иждивенцев:

c. Будет ли ЛИЦО 2 указано в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации? ◯ Да ◯ Нет

Если ответ «да», пожалуйста, укажите имя лица, подающего налоговую декларацию:

В каких отношениях ЛИЦО 2 находится с лицом, подающим налоговую декларацию?

9. Является ли ЛИЦО 2 беременным? ◯ Да ◯ Нет a. **Если ответ «да»,** то сколько детей ожидается при этой беременности?

10. **ЛИЦУ 2 нужна медицинская страховка?** *(Даже если у ЛИЦА 2 есть страховое покрытие, может существовать программа с лучшим страховым покрытием и меньшей стоимостью.)* ◯ **ДА. Если ответ «да»,** пожалуйста, ответьте на все вопросы ниже. ◯ **НЕТ. Если ответ «нет»,** ПРОПУСТИТЕ вопросы о доходе на странице 5. Не заполняйте остальную часть страницы.

11. Есть ли у ЛИЦА 2 физическое, психическое или эмоциональное заболевание, ограничивающее вашу деятельность (например, личная гигиена, одевание, ежедневные дела и т. д.) или потребность в особом уходе; живет ли в медицинском учреждении или доме престарелых? ◯ Да ◯ Нет

12. Является ли ЛИЦО 2 **гражданином США** или **националом США**? ◯ Да ◯ Нет

13. Является ли ЛИЦО 2 **натурализованным гражданином** или получил **производное гражданство**? *(Как правило, это означает, что оно родилось за пределами США)* ◯ **ДА. Если ответ «да»,** то заполните a и b. ◯ **НЕТ. Если ответ «нет»,** перейдите к вопросу 14.

a. Номер регистрационной карты иностранца

b. Номер сертификата

После заполнения a и b, ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 15.

14. **Если ЛИЦО 2 не является гражданином США или националом США,** имеется ли у него законный иммиграционный статус? ◯ **ДА.** Введите тип документа и идентификационный номер. *Смотрите инструкции.*

Тип иммиграционного документа: | Тип статуса (необязательно) | Напишите имя ЛИЦА 2 так, как оно указано в его иммиграционном документе.

Номер регистрационной карты иностранца или номер I-94:

Номер карты или номер паспорта

Идентификационный номер в информационной системе студентов и участников программ обмена (SEVIS ID) или дата окончания срока действия (необязательно))

Прочее (код категории или страна выдачи)

a. Проживало ли ЛИЦО 2 в США с 1996 года? ◯ Да ◯ Нет

b. Является ли ЛИЦО 2 или супруг, или родитель ЛИЦА 2 ветераном или находится на действительной службе в армии США? ◯ Да ◯ Нет

15. Нужна ли ЛИЦУ 2 помощь в оплате медицинских счетов за последние 3 месяца? ◯ Да ◯ Нет

16. Живет ли ЛИЦО 2 по крайней мере с одним ребенком в возрасте до 19 лет и является ли ЛИЦО 2 основным лицом, заботящимся об этом ребенке? *(Напишите «да», если ЛИЦО 2 или его супруг растите этого ребенка.)* ◯ Да ◯ Нет

17. Tell Сообщите нам имена и отношения всех детей в возрасте до 19 лет, которые живут с ЛИЦОМ 2 в его домохозяйстве: *(Это могут быть те же дети, которые перечислены на странице 2.)*

18. Было ли ЛИЦО 2 в приемной семье в возрасте 18 лет или старше? ◯ Да ◯ Нет

Пожалуйста, ответьте на эти вопросы, если возраст ЛИЦА 2 составляет 22 года или меньше:

19. Имело ли ЛИЦО 2 страховку на работе и потеряло ее в течение последних 3-х месяцев? ◯ Да ◯ Нет

a. **Если ответ «да»,** укажите дата окончания: __ / __ / ____ b. Причина прекращения страховки:

20. Является ли ЛИЦО 2 студентом, обучающимся в режиме полной нагрузки? ◯ Да ◯ Нет

Необязательная информация: (Заполните все, что применимо.)

21. Раса: ◯ Белый ◯ Черный или афро-американец ◯ Американский индеец или коренной житель Аляски ◯ Филиппинец ◯ Японец ◯ Кореец ◯ Индус ◯ Китаец ◯ Вьетнамец ◯ Другое азиатское происхождение ◯ Коренной житель Гавайских островов ◯ Житель Гуама или Чаморро ◯ Житель Самоа ◯ Уроженец тихоокеанских островов ◯ Другое _____

ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ? Посетите веб-сайт **HealthCare.gov** или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.

ШАГ 2. ЛИЦО 2

Сообщите нам о всех доходах ЛИЦА 2. Заполните эту страницу, даже если ЛИЦО 2 не нуждается в медицинской страховке.

Информация о нынешней работе и доходе

◯ **Работаю:** Если ЛИЦО 2 в настоящее время работает, сообщите нам о его/ее доходе. Начните с пункта 23.

◯ **Не работаю:** Перейдите к пункту 33.

◯ **Самозанятость:** Перейдите к пункту 32.

Нынешняя работа 1:

23.Наименование работодателя

a. Адрес работодателя (опционально)

b. Город | c. Штат | d. Почтовый индекс | 24. Номер телефона работодателя ( ) -

25. Заработная плата / чаевые (до вычета налогов) $

◯ Почасовая ◯ Еженедельно ◯ Каждые 2 недели ◯ Дважды в месяц ◯ Ежемесячно ◯ Годовая

26. Среднее количество отработанных часов каждую НЕДЕЛЮ

Нынешняя работа 2: (Если у ЛИЦА 2 имеется несколько работ, приложите еще один лист бумаги.)

27.Наименование работодателя

a. Адрес работодателя (опционально)

b. Город | c. Штат | d. Почтовый индекс | 28. Номер телефона работодателя ( ) -

29. Заработная плата / чаевые (до вычета налогов) $

◯ Почасовая ◯ Еженедельно ◯ Каждые 2 недели ◯ Дважды в месяц ◯ Ежемесячно ◯ Годовая

30. Среднее количество отработанных часов каждую НЕДЕЛЮ

31. **В прошлом году ЛИЦО 2:** ◯ Меняли работу ◯ Прекратили работать ◯ Стали работать меньше часов ◯ Ничего из вышеуказанного

32. **Если ЛИЦО 2 самозанято, заполните «a» или «b»:**

a. Вид деятельности:

b. Каков чистый доход (прибыль после уплаты расходов на бизнес) получит ЛИЦО 2 от самозанятости в этом месяце? *Смотрите инструкции.* $

33. **Прочие доходы, полученные ЛИЦОМ 2 в этом месяце:** Заполните все применимые данные, укажите сумму и периодичность получения ЛИЦОМ 2. Заполните здесь при отсутствии. ◯ **ПРИМЕЧАНИЕ:** Вам не нужно сообщать нам о доходе ЛИЦА 2 от алиментов, платежей ветеранам или дополнительного социального дохода (SSI).

◯ Пособие по безработице	$	Какова периодичность?	◯ Полученные алименты	$	Какова периодичность?
◯ Пенсия	$	Какова периодичность?	◯ Чистый доход от фермерства / рыболовства	$	Какова периодичность?
◯ Социальное обеспечение	$	Какова периодичность?	◯ Чистый доход от аренды / роялти	$	Какова периодичность?
◯ Пенсионные счета	$	Какова периодичность?	◯ Другие доходы Тип:	$	Какова периодичность?

34. **Налоговые вычеты:** Заполните все применимые данные, укажите сумму и периодичность получения ЛИЦОМ 2. Если за определенные услуги или предметы ЛИЦО 2 осуществляет оплату, которая может быть вычтена в федеральной налоговой декларации, сообщение нам об этом может несколько понизить стоимость медицинской страховки. **ПРИМЕЧАНИЕ:** Вы не должны включать сюда алименты на ребенка ЛИЦА 2 или затраты, уже указанные в ответе о чистом доходе от самозанятости (вопрос 32b).

◯ Уплаченные алименты	$	Какова периодичность?	◯ Другие вычеты Тип:	$	Какова периодичность?
◯ Проценты на студенческий кредит	$	Какова периодичность?			

35. **Заполните ответ на этот вопрос, если доход ЛИЦА 2 изменился в течение года, например,** если ЛИЦО 2 работало только в течение части года или получало пособие в течение определенных месяцев. Если вы не ожидаете изменения ежемесячного дохода ЛИЦА 2, перейдите к следующему лицу.

Общий доход ЛИЦА 2 за **этот год**	Общий доход ЛИЦА 2 в **следующем году**
$	$

Спасибо! Это все, что нам нужно знать о ЛИЦЕ 2

ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ? Посетите веб-сайт HealthCare.gov или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.

ШАГ 3. Член(ы) семьи — американский индеец или коренной житель Аляски (AI/AN)

1. **Является ли кто-то в вашей семье американским индейцем или коренным жителем Аляски?**
   ◯ **НЕТ. Если ответ «нет»,** перейдите к шагу 4. ◯ **ДА. Если ответ «да»,** перейдите к шагу 4, заполните Приложение B и пришлите его вместе с заявкой.

ШАГ 4. Ваша семейная страховка

1. **Подало ли ваше домохозяйство налоговую декларацию и зачло ли использованный налоговый зачет оплаты медицинского страхования за каждый год, в котором вы получили налоговый зачет оплаты медицинского страхования?**
   ◯ **ДА, налоговый зачет оплаты медицинского страхования был зачтен. Зачеркните кружок только в том случае, если ВСЕ нижеперечисленное относится в вам:**
   - Вы использовали авансовые платежи налогового зачета оплаты медицинского страхования (APTC) в одном или нескольких прошлых годах для снижения стоимости страхового покрытия на Рынке медицинского страхования.
   - Лицо, подающее налоговую декларацию для вашего домохозяйства, подавало федеральную налоговую декларацию за каждый из этих годов.
   - Лицо (лица), подающее налоговую декларацию, подало форму 8962 (IRS Form 8962) Федеральной налоговой службы США (**HealthCare.gov/taxes-reconciling/**) вместе с налоговой декларацией.

2. **Был ли кто-либо из лиц, указанных в настоящей заявке, признан не имеющим права на программу Медикейд или Программу медицинского страхования детей (CHIP) в течение последних 90 дней?** *(Выберете ответ «да» только в том случае, если кто-либо был признан не имеющим право на это страховое покрытие вашим штатом, а не Рынком медицинского страхования.)* ..... ◯ Да ◯ Нет

   Кто? Дата:

   Или, был ли кто-либо из лиц, указанных в настоящей заявке, признан не имеющим права на программу Медикейд или Программу медицинского страхования детей (CHIP) из-за их иммиграционного в течение последних 5 лет?..... ◯ Да ◯ Нет

   Кто?

   Кто-нибудь из этого заявления подавал заявку на покрытие в течение периода открытой регистрации на Рынке медицинского страхования или после соответствующих семейных изменений?..... ◯ Да ◯ Нет

   Кто?

3. **Кому-либо из лиц, указанных в этой заявке, предлагалось страховое покрытие на работе?** *Отметьте «да», даже если страховое покрытие от работы другого лица, например, родителя или супруга, даже если они не принимают покрытие.*
   ◯ **ДА.** Продолжайте и затем заполните Приложение A. Это план покрытия работника штата?..... ◯ Да ◯ Нет
   ◯ **НЕТ.**

4. **Кто-либо в настоящее время зачислен в план медицинского страхования?**
   ◯ **ДА. Если ответ «да»,** перейдите к вопросу 6. ◯ **НЕТ. Если ответ «нет»,** ПЕРЕЙДИТЕ к шагу 5.

5. **Информация о текущем медицинском страховании.** *(Сделайте копию этой страницы, если больше 2 человек имеют страховое покрытие в настоящее время.)* Укажите тип страхового покрытия, например, страхование работодателя, программа COBRA, Медикейд, Программа медицинского страхования детей (CHIP), Медикэр, военная страховка TRICARE, программы здравоохранения для ветеранов, Корпус мира или иное. *(Не сообщайте нам о программе TRICARE, если у вас есть военные страховки Direct Care или Line of Duty.)*

ЛИЦО 1:

Имя лица, зачисленного в план медицинского страхования.

Тип страхового покрытия

◯ Страхование работодателя ◯ Программа COBRA ◯ Медикейд ◯ CHIP (Программа медицинского страхования детей) ◯ Медикейд
◯ Военная страховка TRICARE ◯ Программа медицинских услуг для ветеранов ◯ Корпус мира ◯ Другое

Если это страхование работодателя: *(Вам также необходимо заполнить Приложение A.)*

Название компании медицинского страхования	Полис/идентификационный номер

Если это другой вид страхового покрытия: ◯ Заполните, если это медицинское страхование на Рынке медицинского страхования.

Название компании медицинского страхования	Полис/идентификационный номер

Это план с ограниченными льготами, например, страховой полис для происшествий в школе?..... ◯ Да ◯ Нет

ЛИЦО 2:

Имя лица, зачисленного в план медицинского страхования.

Тип страхового покрытия

◯ Страхование работодателя ◯ Программа COBRA ◯ Медикейд ◯ CHIP (Программа медицинского страхования детей) ◯ Медикейд
◯ Военная страховка TRICARE ◯ Программа медицинских услуг для ветеранов ◯ Корпус мира ◯ Другое

Если это страхование работодателя: *(Вам также необходимо заполнить Приложение A.)*

Название компании медицинского страхования	Полис/идентификационный номер

Если это другой вид страхового покрытия: ◯ Заполните, если это медицинское страхование на Рынке медицинского страхования.

Название компании медицинского страхования	Полис/идентификационный номер

Это план с ограниченными льготами, например, страховой полис для происшествий в школе?..... ◯ Да ◯ Нет

ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ? Посетите веб-сайт **HealthCare.gov** или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.

ШАГ 5. Ваше согласие и подпись

1. **Согласны ли вы разрешить Рынку медицинского страхования в течение следующих 5 лет использовать ваши данные о доходе, включая информацию из налоговой декларации?**..... ◯ Да ◯ Нет

Для облегчения определения вашего права на помощь в оплате страхового покрытия в последующие годы, вы можете согласиться разрешить Рынку медицинского страхования использовать обновленные данные о доходе, включая информацию из налоговых деклараций. Рынок медицинского страхования направит вам уведомление, чтобы вы могли внести любые изменения. Рынок медицинского страхования проверит, удовлетворяете ли вы критериям, и может спросить, соответствует ли уровень вашего дохода требованиям. Вы можете отказаться в любое время.

Если нет, то автоматически обновляйте мою информацию в течение следующих:

◯ 5 лет ◯ 3 лет ◯ 1 года ◯ Не используйте мои налоговые данные, чтобы возобновить мое право на получение помощи при оплате медицинского страхования (выбор этого варианта может повлиять на вашу способность получить помощь в оплате за страховое покрытие при его возобновлении.)

◯ 4 лет ◯ 2 года

2. **Кто-либо подающий на медицинское страхование в данном заявлении находится в заключении (задержан или в тюрьме)?**..... ◯ Да ◯ Нет

Если ответ «да», сообщите нам имя этого человека. Имя находящегося в тюрьме человека:

◯ Укажите здесь, если этот человек ожидает решения по обвинению.

Если кто-либо в вашем заявлении оформил страховое покрытие Рынка медицинского страхования, и позднее будет обнаружено, что он имеет другое медицинское покрытие (например, Медикэр, Медикейд или CHIP), Рынок медицинского страхования автоматически прекратит свое страховое покрытие. Таким образом гарантируется, что лица, имеющие право на другие льготные страховки, не будут обслуживаться Рынком медицинского страхования и должны будут платить полную стоимость.

◯ Я даю согласие на то, чтобы Рынок медицинского страхования прекратил покрытие лиц из моего заявления в подобных случаях.

◯ Я не даю согласие на то, чтобы Рынок медицинского страхования прекратил покрытие лиц из моего заявления в подобных случаях. Я понимаю, что лица из моего заявления, на которых распространяется данное правило, не смогут рассчитывать на льготы и должны будут платить полную стоимость плана Рынка медицинского страхования.

Если кто-либо в этом заявлении имеет право на программу Медикейд:

- Я предоставляю агентству Медикейд наши права требовать и получать деньги от других медицинских страховок, юридических урегулирований или других третьих лиц. Я также предоставляю агентству Медикейд права требовать и получать помощь в оплате медицинских расходов от супруга или родителя.
- Какой-либо ребенок в данной заявке имеет родителя, живущего вне дома? ..... ◯ Да ◯ Нет
- Если ответ «да», то я знаю, что мне будет предложено сотрудничать с агентством, собирающим помощь на оплату медицинских расходов у отсутствующего родителя. Если я считаю, что сотрудничество по сбору средств на оплату медицинских расходов будет вредить мне или моим детям, я могу заявить об этом программе Медикейд и могу отказаться сотрудничать.
- Я подписываю настоящую заявку под страхом наказания за лжесвидетельство, что означает, что я предоставил насколько мне известно правдивые ответы на все вопросы данной формы. Я знаю, что я могу быть наказан в соответствии с федеральным законом, если я намеренно предоставил ложную или недостоверную информацию.
- Я знаю о том, что я должен сообщить Рынку медицинского страхования в течение 30 дней, если что-либо изменится (и затем будет отличаться) по сравнению с тем, что указано в настоящей заявке. Для сообщения о любых изменениях я могу посетить веб-сайт **HealthCare.gov** или позвонить по телефону **1-800-318-2596**. Я понимаю, что изменение моей информации может повлиять на мои права, а также на права члена(ов) моего домохозяйства.
- Я знаю, что в соответствии с федеральным законодательством запрещается дискриминация на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или инвалидности. Я могу подать жалобу о дискриминации, посетив веб-сайт **hhs.gov/ocr/office/file**.
- Я знаю, что информация в данной форме будет использоваться только для определения права на медицинское страхование, помощи в оплате страхового покрытия (если требуется), а также для законных целей Рынка медицинского страхования и программ, помогающих оплачивать страховое покрытие.

Эта информация необходима нам для проверки вашего права на помощь в оплате медицинского страхования, если вы решите подать заявку. Мы проверим ваши ответы, используя информацию в наших электронных базах данных и базах данных Федеральной налоговой службы США (IRS), Системы социального обеспечения, Министерства внутренней безопасности и/или агентства по предоставлению информации о кредитоспособности потребителей. Если предоставленная информация не соответствует официальным данным, мы можем запросить от вас подтверждение.

Что делать, если информация в уведомлении о соответствии требованиям не верна?

Если вы не согласны с тем, как определены ваши права, во многих случаях вы можете подать апелляцию. Пожалуйста, посмотрите в уведомлении о правах инструкции по апелляции, конкретно указанные для каждого человека в вашем домохозяйстве, подавшем заявку на страховое покрытие, включая количество дней, оставшихся до истечения срока подачи апелляции. Ниже приведена важная информация, которую необходимо учитывать при подаче апелляции:

- По своему желанию вы можете попросить кого-либо затребовать или осуществлять подачу вашей апелляции. Этот человек может быть другом, родственником, адвокатом или другим лицом. Либо вы можете сами затребовать и осуществлять подачу вашей апелляции.
- Если вы подали апелляцию, вы можете сохранить ваши права на страховое покрытие в течение периода рассмотрения апелляции.
- В результате апелляции могут измениться права на страховое покрытие других членов вашего домохозяйства.

Для обжалования решения в отношении ваших прав на Рынке медицинского страхования посетите веб-сайт **HealthCare.gov/marketplace-appeals/**. Или позвоните в Центр телефонного обслуживания Рынка медицинского страхования по телефону **1-800-318-2596**. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**. Вы также можете отправить по почте форму запроса апелляции или собственное письмо с просьбой об апелляции на Рынок медицинского страхования по адресу **Health Insurance Marketplace** Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Вы можете обжаловать право на приобретение медицинского страхования через Рынок медицинского страхования, период регистрации, налоговые льготы, снижение долевого участия в оплате, программы Медикейд и CHIP, если Вам было отказано в них. Если вы имеете право на налоговые льготы или сокращение долевого участия в оплате, вы можете обжаловать сумму, на которую по нашему определению вы имеете право. В зависимости от вашего штата, вы можете обратиться с жалобой через Рынок медицинского страхования или можете подать апелляцию в штатное агентство программ Медикейд или CHIP.

ЛИЦО 1 должно подписать это заявление. Если вы являетесь уполномоченным представителем, вы можете подписаться здесь при условии, что ЛИЦО 1 подписало Приложение C.

Подпись	Дата подписи (мм/дд/гггг)
	__ / __ / ____

Если вы подписываете эту заявку за пределами периода открытой регистрации (в период с 1 ноября по 15 декабря), убедитесь в том, что вы ознакомились с Приложением D («Вопросы об изменениях жизненных обстоятельств»)..

ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ? Посетите веб-сайт **HealthCare.gov** или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.

ШАГ 6. Отправьте по почте заполненную заявку

Отправьте по почте подписанную заявку на Рынок медицинского страхования по адресу:

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

Если вы хотите зарегистрироваться для голосования, вы можете заполнить форму регистрации избирателя на веб-сайте eac.gov.

Получение помощи на языке, отличающемся от английского

Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы по поводу Рынка медицинского страхования, вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Чтобы воспользоваться услугами устного переводчика, позвоните по телефону **1-800-318-2596**.

Ниже приведен список доступных языков и одинаковое сообщение на каждом из этих языков:

Español (Spanish)

Usted tiene el derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para comunicarse con un intérprete en español relacionado con el Mercado de seguros médicos, llame al 1-800-318-2596.

中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

tiếng Việt (Vietnamese)

Quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên bằng tiếng Việt về Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe, xin gọi số 1-800-318-2596.

한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجانا. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèpretè an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace), rele 1-800-318-2596.

Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace, tumawag sa 1-800-318-2596.

Получение помощи на языке, отличающемся от английского (продолжение)

Polski (Polish)

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health, Insurance Marketplace), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

Русский (Russian)

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Français (French)

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d'assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

Deutsch (German)

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace" zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કૉલ કરો 1-800-318-2596

Português (Portuguese)

Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem nenhum custo adicional. Para falar com um intérprete de [Português] sobre o Mercado de Seguros de Saúde, ligue para 1-800-318-2596.

Italiano (Italian)

Se voi, o una persona che state aiutando volete chiarimenti mercato delle assicurazioni mediche (Health Insurance Marketplace), avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete potete chiamare il numero 1-800-318-2596

日本語 (Japanese)

ご自身か、もしくはサポートされている誰かがHealth Insurance Marketplaceに問い合わせたい場合は、日本語サポートと情報提供を無料で得る資格を有しています。1-800-318-2596までご連絡いただき、通訳とお話しください。

НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ. ЭТО НЕ ЗАЯВКА.

Приложение A

Form Approved
OMB No. 0938-1191

Медицинское страхование от работы

Вы **НЕ** должны отвечать на эти вопросы кроме случая, когда кто-либо в домохозяйстве имеет право на получение медицинской страховки от работы, даже если они не используют это страховое покрытие. Приложите копию этой страницы для каждой работы, которая предлагает страховое покрытие.

Сообщите нам о работе, которая предлагает страховое покрытие.

Сделайте копию этой страницы и принесите ее к работодателю, который предлагает страховое покрытие, чтобы он помог вам ответить на эти вопросы.

ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТНИКЕ

1. Имя работника (имя, отчество, фамилия)

2. Номер работника в системе социального обеспечения (SSN)
___ - __ - ____

ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ

3. Наименование работодателя/компании

4. Идентификационный номер работодателя (EIN)
__ - _____

5. Номер телефона работодателя
(___) ___ - ____

Теперь введите информацию о лице или отделе, который занимается медицинским страхованием работников. Мы можем связаться с этим человеком, если нам потребуется дополнительная информация:

6. Лицо или отдел, с которым мы можем связаться по вопросам медицинского страхования работника

7. Адрес работодателя (Рынок медицинского страхования может направить уведомление по этому адресу)

8. Город

9. Штат

10. Почтовый индекс

11. Номер телефона (если отличается от вышеуказанного)
(___) ___ - ____

12. Адрес эл. почты

13. **Имеет ли работник в настоящее время право на страховое покрытие, предлагаемое этим работодателем, или работник получит право на это в течение ближайших 3-х месяцев?**

◯ **ДА** (Продолжить)

a. Если работник в данный момент не имеет права на медицинское страхование, в том числе ввиду периода ожидания или испытательного срока, когда работник будет иметь право на медицинское страхование? (мм/дд/гггг)

__ / __ / ____

◯ **НЕТ (РАБОТОДАТЕЛЬ: ОСТАНОВИТЕСЬ** и верните эту форму работнику. **РАБОТНИК:** вернитесь к вашей заявке для медицинского страхования на Рынке медицинского страхования.)

b. **Предлагает ли работодатель план медицинского страхования, покрывающий супруга или иждивенца (иждивенцев) работника?**

◯ **ДА. Если ответ «да»,** то какие лица покрываются медицинским страхованием? ◯ Супруг ◯ Иждивенец (иждивенцы)

◯ **НЕТ** (Перейдите к вопросу 14.)

Укажите имена каких-либо других лиц в домохозяйстве работника, имеющих право на страховое покрытие от этой работы.

Имя

Имя

Имя

продолжение на следующей странице

НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ. ЭТО НЕ ЗАЯВКА.

Сообщите нам о плане медицинского страхования, предлагаемом этим работодателем.

14. Предлагает ли работодатель план медицинского страхования, соответствующий стандарту минимальной ценности*?

◯ **ДА** (Перейдите к вопросу 15.) ◯ **НЕТ** (ОСТАНОВИТЕСЬ и верните эту форму работнику.)

15. Сколько должен бы платить работник за самый дешевый план медицинского страхования, предлагаемый работнику, который только соответствует стандарту минимальной ценности*? Не указывайте семейные планы. **ПРИМЕЧАНИЕ:** Если работодатель предлагает оздоровительные программы, укажите уплачиваемый работником страховой взнос, если работник получает максимальную скидку за какую-либо программу прекращения курения и не получает какие-либо другие скидки, основанные на оздоровительных программах.

a. Работник будет платить этот страховой взнос: **$**

ПРИМЕЧАНИЕ: Укажите минимальную сумму, которую работник может платить за медицинское страхование.

b. Работник будет платить эту сумму: ◯ Еженедельно ◯ Каждые 2 недели ◯ Дважды в месяц ◯ Ежемесячно ◯ Ежеквартально ◯ Годовая

ПРИМЕЧАНИЕ: Если месячный платеж изменится, обновите свое заявление.

* План медицинского страхования соответствует стандарту минимальной ценности, если он оплачивает не менее 60% общей стоимости медицинских услуг для стандартного населения и предлагает значительное страховое покрытие услуг больницы и врача. Большинство предлагаемых на работе планов медицинского страхования соответствуют стандарту минимальной ценности.

Приложение B

Form Approved
OMB No. 0938-1191

НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ. ЭТО НЕ ЗАЯВКА.

Form Approved
OMB No. 0938-1191

Приложение C

Помощь в заполнении настоящего заявления

Только для сертифицированных консультантов, координаторов, агентов и брокеров по заявке

Заполните этот раздел, если вы сертифицированный консультант, координатор, агент или брокер по заявке, заполняющий эту заявку для какого-либо другого лица.

1. Начальная дата заявки (мм/дд/гггг)
__ __ / __ __ / __ __ __ __

2. Имя, отчество, фамилия и приписка к имени

3. Название организации

4.Идентификационный номер (если это применимо)

5. Только агенты/брокеры: Номер национального производителя (NPN)

Вы можете выбрать уполномоченного представителя.

Вы можете дать разрешение доверенному лицу обсуждать с нами данную заявку, ознакомиться с вашей информацией и действовать в ваших интересах по вопросам, связанным с этой заявкой, включая получение информации о вашей заявке и подписание заявки от вашего имени. Это лицо называется «уполномоченный представитель». Если вам когда-нибудь нужно изменить или удалить уполномоченное лицо, обратитесь на Рынок медицинского страхования. Если вы законно назначенный представитель для кого-либо по этой заявке, представьте доказательство вместе с заявкой..

1. Имя уполномоченного представителя (имя, отчество, фамилия)

2. Адрес

3. Адрес 2

4. Город

5. Штат

6. Почтовый индекс

7. Номер телефона
( ) -

8. Название организации

9. Идентификационный номер (если это применимо)

Подписываясь, вы разрешаете этому лицу подписать вашу заявку, получать официальную информацию об этой заявке и действовать в ваших интересах по всем будущим вопросам, связанным с этой заявкой.

10. Подпись ЛИЦА 1, указанного в настоящей заявке

11. Дата подписи (мм/дд/гггг)
__ __ / __ __ / __ __ __ __

ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ? Посетите веб-сайт **HealthCare.gov** или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.

НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ. ЭТО НЕ ЗАЯВКА.

Приложение D

Form Approved
OMB No. 0938-1191

Вопросы об изменениях жизненных обстоятельств

(Вы должны заполнить остальную часть данной заявки наряду с этой страницей. Не подавайте только эту страницу отдельно.)

Если у кого-то из участников этого приложения были определенные семейные изменения — например, потеря медицинской страховки, вступление в брак или рождение ребенка — в течение последних 60 дней (ИЛИ ожидаемые в течение следующих 60 дней), ответьте на следующие вопросы. Определенные семейные изменения позволяют получить страховку через Рынок медицинского страхования без ожидания. Мы также рекомендуем ответить на эти вопросы, если вы подаете заявление вне периода открытой регистрации.

Отвечать на эти вопросы необязательно. Если ваши жизненные обстоятельства не изменились, вы можете не отвечать на вопросы. Вы можете зарегистрироваться в программе Медикейд и Программе медицинского страхования детей (CHIP) в любое время года, даже если ваши жизненные обстоятельства не изменились. Члены федерально признанных племен и коренные жители Аляски могут зарегистрироваться через Рынок медицинского страхования в любое время года.

Сообщите нам об изменениях в вашем домохозяйстве.

1. Кто-либо лишился прав на медицинское страхование в течение последних 60 дней или ожидает лишения прав на медицинское страхование в течение следующих 60 дней?

Имя(Имена)	Срок страхового покрытия закончился или закончится (мм/дд/гггг))
☐ Проверить, было ли страховое покрытие прекращено из-за неуплаты месячных платежей.	__ / __ / ____

2. Кто-либо вступил в брак в течение последних 60 дней?

Имя(Имена)	Дата (мм/дд/гггг)
	__ / __ / ____

а. Кто-либо из этих лиц имел право на медицинское страхование в любое время в течение последних 60 дней? ..... ◯ Да ◯ Нет

Если ответ «да», то укажите ниже имя(имена):

3. Кто-либо был выпущен из заключения (содержание под стражей или в тюрьме) в течение последних 60 дней?

Имя(Имена)	Дата (мм/дд/гггг)
	__ / __ / ____

4. Кто-либо получил законный иммиграционный статус в течение последних 60 дней?

Имя(Имена)	Дата (мм/дд/гггг)
	__ / __ / ____

5. Был ли кто-то усыновлен/удочерен, отдан на усыновление/удочерение или отдан в патронат в течение последних 60 дней?

Имя(Имена)	Дата (мм/дд/гггг)
	__ / __ / ____

6. Стал ли кто-либо иждивенцем ввиду уплаты алиментов или другого судебного приказа в течение последних 60 дней?

Имя(Имена)	Дата (мм/дд/гггг)
	__ / __ / ____

7. Был ли у кого-то переезд в последние 60 дней?

Имя(Имена)	Дата события (мм/дд/гггг)
	__ / __ / ____

Каков почтовый индекс вашего предыдущего адреса? ◯ Заполните, если вы переехали из другой страны или территории США.

а. Кто-либо из этих лиц имел право на медицинское страхование в любое время в течение последних 60 дней? ..... ◯ Да ◯ Нет

Если ответ «да», то укажите ниже имя(имена):

Имя(Имена)

ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ? Посетите веб-сайт **HealthCare.gov** или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.