НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

09/2014

Health Insurance Marketplace

Заявление на получение медицинского страхового покрытия и помощи в оплате расходов

Утверждено
Контрольный номер OMB: 0938-1191

Подайте заявление онлайн — так быстрее

Подайте заявление онлайн для ускорения процесса на HealthCare.gov.

Используйте данное заявление для определения подходящего вам вида страхового покрытия.

- Доступные планы индивидуального медицинского страхования, предлагающие вам комплексное медицинское страхование.
- Новый налоговый вычет, с помощью которого вы сможете немедленно уплатить страховые взносы за медицинское страховое покрытие.
- Бесплатное или недорогое страховое покрытие программы Medicaid и программы медицинского страхования детей (CHIP).

  Возможно, вы имеете право на участие в бесплатной или недорогой программе, даже если вы зарабатываете 95 400 долларов США в год (для семьи из 4 человек).

Кто может воспользоваться данным заявлением?

- С помощью данного заявления можно зарегистрировать любого члена вашей семьи.
- **Подайте заявление, даже если у вашего ребенка уже имеется медицинская страховка. У вас может быть право на недорогое или бесплатное страховое покрытие.**
- Если вы холост (не замужем), вы можете воспользоваться краткой формой. Посетите HealthCare.gov.
- Семьи, в которых есть иммигранты, могут подать заявление. Вы можете подать заявление за своего ребенка, даже если у вас нет права на получение страховки. Подача заявления не повлияет на ваш иммиграционный статус или шансы стать резидентом или гражданином страны.
- Если кто-либо помогает вам заполнять данное заявление, вам может понадобиться заполнить Приложение C.

Вот, что вам нужно будет указать в заявлении.

- Номера социального обеспечения (или номера документов для любых соответствующих указанным требованиям иммигрантов, которым требуется страховое покрытие.
- Информация о работодателе и доходах для каждого члена вашей семьи (например, квитанции о начислении заработной платы, формы W-2, платежные ведомости и налоговые отчеты).
- Номера страховых полисов (при наличии любой имеющейся на данный момент медицинской страховки).
- Информация о медицинской страховке по месту работы, доступной для вас и вашей семьи.

Зачем нам нужна эта информация?

Информация о доходах и прочие сведения нужны нам, чтобы определить, на какой вид страхового покрытия вы имеете право и какую помощь в его оплате вы можете получить. **Мы гарантируем вам конфиденциальность и безопасность предоставляемой вами информации в соответствии с требованиями законодательства.** Для просмотра положения Закона о вторжении в частную жизнь посетите HealthCare.gov или см. указания.

Что дальше?

Отправьте заполненное и подписанное заявление по адресу, указанному на стр. 7. **Если вы обладаете не всей информацией, которая нам нужна, все равно подпишите и отправьте заявление.** Мы свяжемся с вами в течение 1–2 недель, вам также **могут позвонить из Marketplace, если нам понадобится дополнительная информация**. После обработки заявления по почте вы получите письмо с заключением о вашем соответствии установленным требованиям. Если вы не получаете от нас новостей, свяжитесь с колл-центром Marketplace. Заполнение данного заявления не означает, что вы должны покупать медицинскую страховку.

Получите помощь при подаче заявления

- **Онлайн:** HealthCare.gov.
- **Телефон:** Свяжитесь с колл-центром Marketplace по тел. **1-800-318-2596**. Линия TTY: **1-855-889-4325**.
- **Лично:** Возможно, в вашем районе есть консультанты, которые могут вам помочь. Для получения дополнительной информации посетите **HealthCare.gov** или позвоните в колл-центр Marketplace по телефону **1-800-318-2596**.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596.**
- **Другие языки:** если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите сотруднику отдела по работе с клиентами, на каком языке вам требуется помощь. Мы окажем вам помощь совершенно бесплатно.

Заявление о раскрытии информации в контексте Закона о сокращении бумажного документооборота (PRA): согласно Закону о сокращении бумажного документооборота 1995 года никто не обязан заполнять бланки для сбора информации, если на них не указан действительный контрольный номер OMB. Действительный контрольный номер OMB для сбора данной информации — 0938-1191. Расчетное время, требующееся для сбора данной информации, составляет в среднем 45 минут на каждый ответ, включая время ознакомления с указаниями, поиск существующих источников информации, сбор требуемых данных, заполнение формы и проверку данных. Если у вас есть замечания относительно точности расчетного времени или предложения по улучшению данной формы, напишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

Пишите прописными печатными буквами, используя только черные или темно-синие чернила.
Закрасьте кружки (◯) следующим образом → ●.

ШАГ 1. Расскажите о себе.

(В заявлении должно быть указано контактное лицо — совершеннолетний член семьи)

1. Имя	Отчество/второе имя	Фамилия	Именной суффикс

2. Домашний адрес (если нет, оставьте незаполненным)	3. Номер квартиры или комнаты

4. Город	5. Штат	6. Почтовый индекс	7. Округ, приход или район

8. Почтовый адрес (если отличается от домашнего адреса)	9. Номер квартиры или комнаты

10. Город	11. Штат	12. Почтовый индекс	13. Округ, приход или район

14. Телефон для связи в дневное время	15. Телефон для связи в вечернее время
( ) –	( ) –

16. Хотите ли вы получать информацию о данном заявлении по электронной почте? ..... ◯ Да ◯ Нет

Адрес электронной почты:

17. Предпочтительный язык общения: На каком языке вы предпочитаете писать?

ШАГ 2. Расскажите о своей семье.

Кого вам необходимо включить в данное заявление?
Заполните страницы шага 2 на каждого члена вашей семьи, даже если у данных лиц уже имеется медицинская страховка. Информация в данном заявлении поможет нам подобрать каждому клиенту наиболее оптимальную программу страхования. При определении размера помощи или типа программы, на которые вы имеете право, в расчет принимаются количество членов вашей семьи и размер их дохода. Если вы не включили кого-либо, даже если у них имеется медицинская страховка, это может повлиять на результаты проверки вашего соответствия установленным требованиям.

Для совершеннолетних лиц, которым требуется страховое покрытие:

*Включите этих людей **даже если они сами не подают заявление на получение медицинской страховки**:*

- Любой из супругов
- Любой сын или дочь младше 21 года, с которыми они проживают, включая приемных детей
- Любой другой человек, указанный в той же декларации по федеральному подоходному налогу (включая любых детей младше 21 года, заявленных в налоговой декларации родителя). Вам необязательно подавать налоговую декларацию, для того чтобы получить медицинскую страховку.

Для детей младше 21 года, которым требуется страховое покрытие:

*Включите этих людей **даже если они сами не подают заявление на получение медицинской страховки**:*

- Любой из родителей (или приемных родителей), с которыми они проживают
- Любые братья и сестры, с которыми они проживают
- Любой сын или дочь, с которыми они проживают, включая приемных детей
- Любое другое лицо, указанное в той же декларации по федеральному подоходному налогу вам необязательно подавать налоговую декларацию, для того чтобы получить медицинскую страховку.

Заполните шаг 2 на каждого члена вашей семьи.
Сначала внесите себя, а затем добавьте остальных взрослых и детей. Если в вашей семье больше двух человек, сделайте копии страниц и приложите их к заявлению.

Вам необязательно предоставлять иммиграционный статус или номер социального обеспечения (SSN) членов семьи, которым не требуется медицинская страховка. Мы гарантируем вам конфиденциальность и безопасность предоставляемой вами информации в соответствии с требованиями законодательства. Ваши персональные данные будут использованы нами только для установления вашего права на получение медицинской страховки.

НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

ШАГ 2. ЛИЦО 1 (Начните с себя)

Заполните шаг 2 на себя, супруга (супругу)/партнера и детей, которые проживают с вами, и (или) других лиц, указанных в вашей декларации по федеральному подоходному налогу (если подаете). Для получения более подробной информации о том, чьи данные следует вносить, см. стр. 1. Если вы не подаете налоговую декларацию, все равно укажите членов семьи, проживающих вместе с вами.

1. Имя | Отчество/второе имя | Фамилия | Именной суффикс

2. Кем вам приходится ЛИЦО 1? **Я САМ**

3. Состоите ли вы в браке? ◯ Да ◯ Нет

4. Дата рождения (мм/дд/гггг) ___ / ___ / ___

5. Пол ◯ Мужской ◯ Женский

6. Номер социального обеспечения (SSN) ___ – ___ – ___

Нам понадобится эта информация, если вы хотите получить медицинское страховое покрытие и у вас имеется номер социального обеспечения (SSN). Даже если вам не нужна медицинская страховка, номер SSN ускорит процедуру рассмотрения заявления. Мы используем SSN для установления права на получение страховки на рынке страхования Marketplace, а также права на помощь в оплате страховки. Для получения помощи в получении SSN позвоните в отдел социального обеспечения по тел. 1-800-772-1213 или посетите веб-сайт **socialsecurity.gov**. Линия TTY: 1-800-325-0778.

7. **Планируете ли вы подавать декларацию по федеральному подоходному налогу в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ?** *Даже если вы не подаете декларацию по федеральному подоходному налогу, у вас тем не менее есть возможность подать заявление на получение страховки.*

◯ **ДА. Если да,** ответьте на вопросы a–c. ◯ **НЕТ. Если нет,** перейдите к вопросу c.

a. Будете ли вы подавать декларацию совместно с супругом (супругой)? ◯ Да ◯ Нет

Если да, укажите имя супруга (супруги):

b. Будете ли вы включать лиц, находящихся у вас на иждивении, в свою налоговую декларацию? ◯ Да ◯ Нет

Если да, укажите имена лиц, находящихся у вас на иждивении:

c. Будете ли вы заявлены в чьей-либо налоговой декларации как лицо, находящееся на иждивении? ◯ Да ◯ Нет

Если да, укажите имя лица, подающего такую декларацию:

Кем вы приходитесь лицу, подающему декларацию?

8. Вы беременны? ◯ Да ◯ Нет a. **Если да,** скольких детей вы ожидаете во время данной беременности? ☐

9. **Нужна ли вам медицинская страховка?** *Даже если у вас есть страховка, вам можно подобрать программу с более оптимальным страховым покрытием или более низкой стоимостью.*

◯ **ДА. Если да**, ответьте на следующие вопросы. ◯ **НЕТ. Если нет,** ПЕРЕЙДИТЕ к вопросам о доходах на странице 3. Оставьте остальную часть данной страницы незаполненной.

10. Имеются ли у вас физические, психические или эмоциональные нарушения, которые ограничивают вашу способность к самообслуживанию (принятие ванны, одевание, повседневные домашние дела и т. д.) или являются причиной вашего проживания в медицинском учреждении или учреждении квалифицированного сестринского ухода? ◯ Да ◯ Нет

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

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

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

a. Идентификационный номер иностранного гражданина, постоянно проживающего в США:

b. Номер свидетельства:

После заполнения a и b ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 14.

13. **Если вы не являетесь гражданином или подданным США,** имеете ли вы соответствующий иммиграционный статус? ◯ **ДА.** Укажите вид документа и идентификационный номер. *См. указания.*

Вид иммиграционного документа | Тип статуса (необязательно) | Укажите свое имя как в иммиграционном документе.

Идентификационный номер иностранного гражданина или номер формы I-94 | Номер карты или номер паспорта

Идентификатор информационной системы контроля за студентами и участниками обменных программ (SEVIS) или срок действия (необязательно) | Другое (код категории или страна выдачи)

a. Проживаете ли вы в США с 1996 г.? ◯ Да ◯ Нет

b. Являетесь ли вы (ваш супруг/супруга или родитель) ветераном или проходящим действительную службу военнослужащим регулярной армии США? ◯ Да ◯ Нет

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

15. Проживаете ли вы по крайней мере с одним ребенком младше 19 лет и являетесь ли вы основным лицом, которое заботится о нем? *(Выберите ответ «Да», если вы или ваш супруг (супруга) заботитесь о данном ребенке.)* ◯ Да ◯ Нет

16. Укажите имена всех детей младше 19 лет, проживающих в вашем доме, а также кем они вам приходятся:

17. Являетесь ли вы студентом очной формы обучения? ◯ Да ◯ Нет

18. Находились ли вы на патронатном воспитании в возрасте 18 лет и старше? ◯ Да ◯ Нет

Необязательно: *(заполните все, что вас касается)*

19. Если вы имеете испанское или латиноамериканское происхождение, укажите этническую принадлежность: ◯ Мексиканец ◯ Американец мексиканского происхождения ◯ Чикано ◯ Пуэрториканец ◯ Кубинец ◯ Другое _____

20. Расовая принадлежность: ◯ Белый ◯ Черный или афроамериканец ◯ Американский индеец или коренной житель Аляски ◯ Филиппинец ◯ Японец ◯ Кореец ◯ Индиец ◯ Китаец ◯ Вьетнамец ◯ Другой азиатской национальности ◯ Коренной житель Гавайских островов ◯ Уроженец Гуама или Чаморро ◯ Уроженец островов Самоа ◯ Уроженец островов Тихого океана ◯ Другое _____

ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт HealthCare.gov или позвоните нам по телефону **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите сотруднику отдела по работе с клиентами, на каком языке вам требуется помощь. Мы окажем вам помощь совершенно бесплатно. Линия TTY: **1-855-889-4325**.

ШАГ 2. ЛИЦО 1 (Продолжайте о себе)

Информация о месте работы и уровне дохода на данный момент.

○ **Трудоустроен:** Если на данный момент вы трудоустроены, сообщите нам о своих доходах. Начните с вопроса 21.

○ **Нетрудоустроен:** Перейдите к вопросу 31.

○ **Индивидуальный предприниматель:** Перейдите к вопросу 30.

Имеющаяся на данный момент работа 1:

21. Имя работодателя

a. Адрес работодателя

b. Город | c. Штат | d. Почтовый индекс | 22. Телефон работодателя ( ) –

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

○ В час ○ В неделю ○ Каждые 2 недели ○ Два раза в месяц ○ В месяц ○ В год

24. Среднее количество рабочих часов в НЕДЕЛЮ

Имеющаяся на данный момент работа 2: (Если у вас есть дополнительные виды заработка, описание которых требует места, вложите еще один лист бумаги.)

25. Имя работодателя

a. Адрес работодателя

b. Город | c. Штат | d. Почтовый индекс | 26. Телефон работодателя ( ) –

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

○ В час ○ В неделю ○ Каждые 2 недели ○ Два раза в месяц ○ В месяц ○ В год

28. Среднее количество рабочих часов в НЕДЕЛЮ

29. **За последний год вы:** ○ Сменили работу ○ Перестали работать ○ Стали работать меньшее количество часов ○ Ничего из перечисленного

30. **Если вы индивидуальный предприниматель, ответьте на вопросы a и b:**

a. Вид деятельности:

b. Какова чистая прибыль за текущий месяц (доходы после оплаты всех расходов на ведение бизнеса), которую вы получаете от данного вида индивидуальной предпринимательской деятельности? *См. указания.* $

31. **Ваши прочие доходы за текущий месяц:** заполните все, что применимо, укажите сумму и как часто вы ее получаете. Поставьте галочку здесь, если «ничего из перечисленного». ☐
ПРИМЕЧАНИЕ. Не нужно сообщать нам о доходах по программе пособий для детей, ветеранских выплатах или дополнительном социальном доходе (SSI).

○ Пособие по безработице	$	Как часто?	○ Полученные алименты	$	Как часто?
○ Пенсия	$	Как часто?	○ Чистый доход от фермерства/рыбного промысла	$	Как часто?
○ Социальное обеспечение	$	Как часто?	○ Чистый доход от аренды/роялти	$	Как часто?
○ Пенсионные счета	$	Как часто?	○ Другие источники дохода Тип:	$	Как часто?

32. **Вычеты из налогов:** заполните все, что вас касается, укажите сумму и как часто вы ее оплачиваете. Если вы платите за что-то, что подпадает под налоговый вычет в декларации по федеральному подоходному налогу, сообщите нам об этом, и вы получите возможность несколько сократить стоимость медицинской страховки.

ПРИМЕЧАНИЕ. Не следует включать сюда выплачиваемое вами пособие на ребенка или издержки, уже учтенные в ответе о чистой прибыли от индивидуальной предпринимательской деятельности (вопрос 30b).

○ Выплаченные алименты	$	Как часто?	○ Прочие вычеты Тип:	$	Как часто?
○ Проценты по кредиту на образование	$	Как часто?			

33. **Ответьте на данный вопрос, если ваш доход меняется в течение года**, например если вы работаете только часть года и получаете льготы в течение определенных месяцев. Если у вас не предполагается изменения уровня ежемесячных доходов, перейдите к следующему лицу.

Ваш совокупный доход **за этот год** $

Ваш совокупный доход **в следующем** году (если вы считаете, что он будет отличаться от совокупного дохода этого года) $

Спасибо! Вот, что нам требуется знать о вас.

НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

ШАГ 2. ЛИЦО 2

Примечание. Если данному лицу не нужна медицинская страховка, ответьте на вопросы 1–10 на данной странице. Сделайте копию страниц 4–5, если в вашей в семье более двух человек.

Заполните данную страницу для супруга (супруги)/партнера и детей, которые проживают с вами, и (или) другого лица, указанного в вашей декларации по федеральному подоходному налогу в случае ее подачи. Если вы не подаете налоговую декларацию, все равно обязательно укажите членов семьи, живущих с вами. Для получения более подробной информации о том, чьи данные следует вносить в декларацию, см. стр. 1.

1. Имя | отчество/второе имя | фамилия | именной суффикс

2. Кем вам приходится ЛИЦО 1? *См. указания.*

3. ЛИЦО 2 состоит в браке? ◯ Да ◯ Нет

4. Дата рождения (мм/дд/гггг) / /

5. Пол ◯ Мужской ◯ Женский

6. Номер социального обеспечения (SSN) – –

Нам понадобится эта информация, если вы хотите получить медицинское обеспечение для ЛИЦА 2, и у ЛИЦА 2 имеется номер социального обеспечения (SSN).

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

Если нет, укажите адрес:

8. **Планирует ли ЛИЦО 2 подачу декларации по федеральному подоходному налогу в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ?** *(Даже если ЛИЦО 2 не подает декларацию по федеральному подоходному налогу, у вас тем не менее есть возможность подать заявление на предоставление страхового покрытия).*

◯ **ДА. Если да,** ответьте на вопросы a–c. ◯ **НЕТ. Если нет,** перейдите к вопросу c.

a. Будет ли ЛИЦО 2 подавать декларацию совместно с супругом (супругой)? ◯ Да ◯ Нет

Если да, напишите имя супруга (супруги):

b. Будет ли ЛИЦО 2 заявлять лиц, находящихся у него на иждивении, в своей налоговой декларации? ◯ Да ◯ Нет

Если да, укажите имена лиц, находящихся на иждивении:

c. Будет ли ЛИЦО 2 заявлено в чьей-либо налоговой декларации как лицо, находящееся на иждивении у кого-либо? ◯ Да ◯ Нет

Если да, укажите имя человека, подающего декларацию:

Кем приходится ЛИЦО 2 подающему декларацию?

9. Является ли ЛИЦО 2 беременной женщиной? ◯ Да ◯ Нет a. **Если да,** сколько детей ожидается во время данной беременности?

10. **Требуется ли медицинское страховое покрытие ЛИЦУ 2?** *(Даже если у ЛИЦА 2 имеется страховое покрытие, возможно, существует программа, предусматривающая лучший вариант страхового покрытия или меньшие затраты).*

◯ **ДА. Если да**, ответьте на вопросы ниже. ◯ **НЕТ. Если нет,** ПЕРЕЙДИТЕ к вопросам о доходах на странице 5. Оставьте остальную часть данной страницы незаполненной.

11. Имеются ли у ЛИЦА 2 физические, психические, эмоциональные нарушения, которые ограничивают его способность к самообслуживанию, такие как принятие ванны, одевание, повседневные домашние дела и т. д.) или служат причиной его проживания в медицинском учреждении или учреждении квалифицированного сестринского ухода? ◯ Да ◯ Нет

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

13. Является ли ЛИЦО 2 **натурализованным** или **«производным» гражданином**? *(Как правило, это означает, что человек родился за пределами США)*

◯ **ДА. Если да,** заполните a и b. ◯ **НЕТ. Если нет,** перейдите к вопросу 14.

a. Идентификационный номер иностранного гражданина, постоянно проживающего в США

b. Номер свидетельства

После заполнения a и b

ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 15.

14. **Если ЛИЦО 2 не является гражданином или подданным США,** имеется ли у него соответствующий иммиграционный статус? ◯ **ДА.** Введите вид документа и идентификационный номер. *См. указания.*

Вид иммиграционного документа:

Тип статуса (необязательно):

Напишите имя ЛИЦА 2 как записано в иммиграционном документе.

Идентификационный номер иностранного гражданина или номер I-94

Номер карты или номер паспорта

Идентификатор информационной системы контроля за студентами и участниками обменных программ (SEVIS) или срок действия (необязательно)

Другое (код категории или страна выдачи)

a. Проживает ли ЛИЦО 2 в США с 1996 г.? ◯ Да ◯ Нет

b. Является ли ЛИЦО 2 (супруг/супруга или родитель ЛИЦА 2) ветераном или проходящим действительную службу военнослужащим регулярной армии США? ◯ Да ◯ Нет

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

16. Проживает ли ЛИЦО 2 по крайней мере с одним ребенком младше 19 лет и является ли ЛИЦО 2 основным лицом, заботящемся о нем? *(Выберите ответ «Да», если ЛИЦО 2 или ее (его) супруг (супруга) заботятся о данном ребенке.)* ◯ Да ◯ Нет

17. Сообщите нам имена и родственные отношения всех детей младше 19 лет, проживающих с ЛИЦОМ 2 в его доме *(Это могут быть те же дети, которые были перечислены на стр. 2).*

18. Находилось ли ЛИЦО 2 на патронатном воспитании в возрасте 18 лет и старше? ◯ Да ◯ Нет

Ответьте на следующие вопросы, если ЛИЦУ 2 меньше 22 лет:

19. Имело ли ЛИЦО 2 страховку по месту работы и за последние 3 месяца потеряло ее? ◯ Да ◯ Нет

a. **Если да**, дата окончания: / /

b. Причина прекращения страховки:

20. Является ли ЛИЦО 2 студентом очной формы обучения? ◯ Да ◯ Нет

Необязательно:
(Заполните все, что применимо.)

21. Если вы имеете испанское или латиноамериканское происхождение, укажите свою этническую принадлежность: ◯ Мексиканец ◯ Американец мексиканского происхождения ◯ Чикано ◯ Пуэрториканец ◯ Кубинец ◯ Другое _____

22. Расовая принадлежность: ◯ Белый ◯ Черный или афроамериканец ◯ Американский индеец или коренной житель Аляски ◯ Филиппинец ◯ Японец ◯ Кореец ◯ Индиец ◯ Китаец ◯ Вьетнамец ◯ Другой азиатской национальности ◯ Уроженец Гавайских островов ◯ Уроженец Гуама или Чаморро ◯ Уроженец островов Самоа ◯ Уроженец других островов Тихого океана ◯ Другое _____

ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт HealthCare.gov или позвоните нам по телефону **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите сотруднику отдела по работе с клиентами, на каком языке вам требуется помощь. Мы окажем вам помощь совершенно бесплатно. Линия TTY: **1-855-889-4325**.

ШАГ 2. ЛИЦО 2

НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

Сообщите нам о любых доходах ЛИЦА 2.
Заполните данную страницу, даже если ЛИЦУ 2 не требуется страховое покрытие.

Информация о работе и уровне дохода на данный момент

○ **Трудоустроен:** Если **ЛИЦО 2** на данный момент трудоустроено, сообщите нам о его/ее доходах. Начните с вопроса 23.

○ **Нетрудоустроен:** Перейдите к вопросу 33.

○ **Индивидуальный предприниматель:** Перейдите к вопросу 32.

Имеющаяся на данный момент работа 1:

23. Имя работодателя

a. Адрес работодателя

b. Город | c. Штат | d. Почтовый индекс | 24. Телефон работодателя ( ) –

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

○ В час ○ В неделю ○ Каждые 2 недели ○ Два раза в месяц ○ В месяц ○ В год

26. Среднее количество рабочих часов в НЕДЕЛЮ

Имеющаяся на данный момент работа 2: (Если у ЛИЦА 2 есть дополнительные виды заработка, описание которых требует места, вложите еще один лист бумаги.)

27. Имя работодателя

a. Адрес работодателя

b. Город | c. Штат | d. Почтовый индекс | 28. Телефон работодателя ( ) –

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

○ В час ○ В неделю ○ Каждые 2 недели ○ Два раза в месяц ○ В месяц ○ В год

30. Среднее количество рабочих часов в НЕДЕЛЮ

31. **За последний год ЛИЦО 2:** ○ Сменило работу ○ Перестало работать ○ Стало работать меньшее количество часов ○ Ничего из перечисленного

32. **Если ЛИЦО 2 является индивидуальным предпринимателем, ответьте на следующие вопросы:**

a. Вид деятельности:

b. Какова чистая прибыль за текущий месяц (доходы после оплаты всех расходов на ведение бизнеса), которую ЛИЦО 2 получит от данного вида индивидуальной предпринимательской деятельности? *См. указания.* $

33. **Прочие доходы ЛИЦА 2 за текущий месяц:** заполните все, что применимо, укажите сумму и как часто ЛИЦО 2 ее получает. Отметьте галочкой здесь, если «ничего из перечисленного». ☐

ПРИМЕЧАНИЕ. Не нужно сообщать нам о доходах ЛИЦА 2 от алиментов, ветеранских выплатах или дополнительном социальном доходе (SSI).

○ Пособие по безработице	$	Как часто?	○ Полученные алименты	$	Как часто?
○ Пенсия	$	Как часто?	○ Чистый доход от фермерства/рыбного промысла	$	Как часто?
○ Социальное обеспечение	$	Как часто?	○ Чистый доход от аренды/роялти	$	Как часто?
○ Пенсионные счета	$	Как часто?	○ Другие источники дохода Тип:	$	Как часто?

34. **Вычеты из налогов:** заполните все, что применимо, укажите сумму и как часто ЛИЦО 2 ее получает. Если ЛИЦО 2 платит за что-то, что подпадает под вычет из налоговой базы в декларации по федеральному подоходному налогу, сообщите нам об этом, и вы получите возможность несколько сократить стоимость медицинской страховки.

ПРИМЕЧАНИЕ. Вы не должны включать сюда выплачиваемое ЛИЦОМ 2 пособие на ребенка или издержки, уже учтенные в ответе о чистой прибыли индивидуальной предпринимательской деятельности (вопрос 32b).

○ Выплаченные алименты	$	Как часто?	○ Прочие вычеты из налоговой базы Тип:	$	Как часто?
○ Проценты по кредиту на образование	$	Как часто?			

35. **Ответьте на данный вопрос, только если доход ЛИЦА 2 меняется в течение года,** , например если ЛИЦО 2 работает только часть года и получает льготы в течение определенных месяцев. Если у ЛИЦА 2 не предполагается изменения уровня ежемесячных доходов, перейдите к следующему человеку.

Совокупный доход ЛИЦА 2 **за этот год** $

Совокупный доход ЛИЦА 2 **на следующий год** $

Спасибо! Вот, что нам требуется знать о ЛИЦЕ 2.

ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт HealthCare.gov или позвоните нам по телефону **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите сотруднику отдела по работе с клиентами, на каком языке вам требуется помощь. Мы окажем вам помощь совершенно бесплатно. Линия TTY: **1-855-889-4325**.

ШАГ 3. Члены семьи, являющиеся американскими индейцами или коренными жителями Аляски

1. **Является ли кто-либо из членов вашей семьи американским индейцем или коренным жителем Аляски?**

○ **НЕТ. Если нет,** перейдите к шагу 4. ○ **ДА. Если да,** перейдите к шагу 4, а также заполните Приложение B и приложите его к заявлению.

ШАГ 4. Медицинское страховое покрытие вашей семьи

1. **Предлагалось ли кому-либо из перечисленных в данном заявлении лиц медицинское страховое покрытие по месту работы?**
   Отметьте «Да», даже если страховое покрытие предоставлено по месту работы другого лица, например супруга или родителя, и данное лицо не приняло страховое покрытие.

   ○ **ДА.** Продолжайте, а затем заполните Приложение A. **Это план страхования государственных служащих?**.....○ Да ○ Нет
   ○ **НЕТ.**

2. **Зарегистрирован ли в настоящее время кто-либо в программе медицинского страхования?**
   ○ **ДА. Если да,** перейдите к вопросу 3.
   ○ **НЕТ. Если нет,** ПЕРЕЙДИТЕ к шагу 5.

3. **Информация о текущем медицинском страховом покрытии.** *(Сделайте копию данной страницы, если в настоящее время в программе медицинского страхования зарегистрированы более двух человек.)*
   Укажите вид страхового покрытия, например страховка по месту работы, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, программа медицинского обслуживания ветеранов (VA), Peace Corps и др. *(Не отмечайте TRICARE, если у вас есть Direct Care или Line of Duty).*

ЛИЦО 1:

Имя лица, зарегистрированного в программе медицинского страхования

Тип страхового покрытия:

○ Страхование по месту работы ○ COBRA ○ Medicaid ○ CHIP ○ Medicare ○ TRICARE ○ Программа медицинского обслуживания ветеранов (VA) ○ Peace Corps ○ Другое

Если страхование по месту работы: *(Заполните Приложение A.)*

Название компании, предоставляющей услуги медицинского страхования | Номер страхового полиса/идентификационный номер

Если иной вид страхового покрытия:

Название компании, предоставляющей услуги медицинского страхования | Номер страхового полиса/идентификационный номер

Это план ограниченных льгот, например полис страхования от несчастных случаев в школе?..... ○ Да ○ Нет

ЛИЦО 2:

Имя лица, зарегистрированного в программе медицинского страхования

Тип страхового покрытия:

○ Страхование по месту работы ○ COBRA ○ Medicaid ○ CHIP ○ Medicare ○ TRICARE ○ Программа медицинского обслуживания ветеранов (VA) ○ Peace Corps ○ Другое

Если страхование по месту работы: *(Заполните Приложение A.)*

Название компании, предоставляющей услуги медицинского страхования | Номер страхового полиса/идентификационный номер

Если иной вид страхового покрытия:

Название компании, предоставляющей услуги медицинского страхования | Номер страхового полиса/идентификационный номер

Это план ограниченных льгот, например полис страхования от несчастных случаев в школе?..... ○ Да ○ Нет

ШАГ 5. Ваше согласие и подпись

1. **Даете ли вы свое согласие на использование Marketplace данных о доходах, включая информацию из налоговых деклараций, в течение следующих 5 лет?** ..... ◯ Да ◯ Нет

Чтобы упростить процесс установления вашего права на получение помощи в оплате медицинской страховки в последующие годы, вы можете дать свое согласие на использование Marketplace обновленной информации о доходах, включая сведения из налоговых деклараций. Marketplace пришлет уведомление и позволит вам внести любые изменения. Marketplace проверит, имеете ли вы по-прежнему право на получение страхового покрытия, и может попросить вас предоставить документы, подтверждающие, что уровень вашего дохода по-прежнему соответствует установленным требованиям. Вы можете отказаться от данной услуги в любое время.

Если нет, автоматически обновлять мою информацию в течение следующих:

◯ 4 лет ◯ 2 лет ◯ Не использовать сведения из моей налоговой декларации для подтверждения моего права на помощь в оплате медицинской страховки (выбор данного пункта может повлиять на дальнейшее предоставление вам помощи в оплате страхового покрытия).

◯ 3 лет ◯ 1 года

2. **Находится ли какое-либо из указанных в данном заявлении лиц в местах лишения свободы (содержится под стражей, отбывает наказание)?**

◯ Да ◯ Нет

Если да, сообщите нам имя данного человека. Имя лица, лишенного свободы:

◯ Заполните здесь, если данный человек ожидает решения суда.

Имеет ли кто-либо из лиц, указанных в данном заявлении, право на участие в программе Medicaid:

- Я предоставляю агентству Medicaid наши права на предъявление требований и получение денег от других поставщиков услуг медицинского страхования, в результате юридического урегулирования споров и от иных третьих лиц. Я также предоставляю агентству Medicaid права на предъявление требований или получение медицинской помощи от моего супруга или родителя.
- Имеет ли кто-либо из указанных в данном заявлении детей родителя, проживающего вне дома? ..... ◯ Да ◯ Нет
- Если да, мне известно, что меня попросят оказать содействие агентству по взысканию средств для оплаты медицинского обеспечения с отсутствующего родителя. Если я считаю, что оказание содействия взысканию средств для оплаты медицинского обеспечения причинит вред мне или моим детям, я могу сообщить об этом Medicaid и отказаться от сотрудничества.

- Я подписываю данное заявление под страхом наказания за предоставление заведомо ложных сведений, и это означает, что я подтверждаю достоверность сведений, представленных в данной форме. Я понимаю, что могу понести ответственность, предусмотренную федеральным законодательством, за предоставление заведомо ложных или недостоверных сведений.
- Я заявляю, что в случае изменения каких-либо данных, указанных мной в данном заявлении, я обязуюсь в течение 30 дней сообщить Health Insurance Marketplace. Я могу посетить веб-сайт HealthCare.gov или позвонить по телефону **1-800-318-2596**, чтобы сообщить о любых изменениях. Я понимаю, что в результате изменения моих данных я и члены моей семьи можем потерять право на участие в программах.
- Я знаю, что федеральное законодательство запрещает дискриминацию по расовому, национальному, половому и возрастному принципу, а также на основании цвета кожи, сексуальной ориентации, гендерной идентичности и инвалидности. Я могу подать жалобу в связи с дискриминацией на веб-сайте www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Мне известно, что сведения в данной форме будут использованы только для установления моего права на получение медицинской страховки и помощи в оплате расходов (по запросу), а также для предусмотренных законом целей Marketplace и программ, которые помогают оплачивать страховое покрытие.

Данная информация необходима нам для установления вашего права на получение помощи в оплате медицинской страховки, если вы решили подать такое заявление. Мы проверим ваши ответы, используя информацию в наших электронных базах данных, а также базах данных Федеральной налоговой службы (IRS), отдела социального обеспечения, Министерства внутренней безопасности и (или) агентства по предоставлению информации о кредитоспособности потребителей. Если в сведениях будут выявлены несоответствия, мы можем попросить вас прислать нам подтверждение их правильности.

Как поступить, если мне кажется, что результаты проверки моего соответствия установленным требованиям неверны?
Если вы не согласны с подобранной для вас программой, во многих случаях для вас предусмотрена возможность обратиться с просьбой о пересмотре решения. Ознакомьтесь с извещением о вашем соответствии установленным требованиям — в нем указан порядок (а также сроки) подачи апелляции для каждого члена вашей семьи, подавшего заявление. При подаче запроса на апелляцию важно учитывать следующую информацию:

- При желании вы можете привлечь другое лицо для подачи запроса на апелляцию и участия в процедуре пересмотра решения по вашему делу. Таким лицом может быть друг, родственник, юрист или другой человек. Также вы можете лично подать запрос на апелляцию и принять участие в процедуре пересмотра решения по вашему делу.
- Если вы подаете апелляцию, на время ее рассмотрения за вами сохраняется право на получение страхового покрытия.
- В результате рассмотрения вашей апелляции может измениться право других членов вашей семьи на участие в программах.

Для обращения к Marketplace с просьбой о пересмотре результатов проверки соответствия установленным требованиям посетите https://www.healthcare.gov/can-i-appeal-a-marketplace-decision/. или позвоните в колл-центр Marketplace по телефону **1-800-318-2596**. Линия TTY: **1-855-889-4325**. Вы также можете отправить форму запроса на апелляцию или заявление в свободной форме о пересмотре решения по адресу: **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Вы можете подать запрос на пересмотр вашего права на приобретение медицинской страховки через Marketplace, периоды регистрации, налоговые вычеты, снижение доли совместных расходов, Medicaid и CHIP, если в них вам было отказано. Если у вас есть право на налоговые вычеты или снижение доли совместных расходов, вы можете оспорить сумму, на получение которой вы имеете право в соответствии с принятым нами решением. В зависимости от штата, в котором вы проживаете, у вас будет возможность подать апелляцию через Marketplace либо сделать запрос на апелляцию через программу Medicaid или агентство CHIP вашего штата.

ЛИЦО 1 должно подписать данное заявление. Если вы уполномоченный представитель, вы можете поставить свою подпись здесь, при условии что ЛИЦОМ 1 было подписано Приложение C.

Подпись	Дата подписания (мм/дд/гггг)
	/ /

Если вы подписываете данное заявление не в период открытой регистрации (с 15 ноября по 15 февраля), обязательно ознакомьтесь с Приложением D («Вопросы о переменах в жизни»).

ШАГ 6. Отправка заполненного заявления

Отправьте подписанное заявление по адресу:

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

Если вы хотите зарегистрироваться в качестве избирателя, заполните форму регистрации на сайте www.eac.gov.

Приложение A

НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

Утверждено
Контрольный номер
OMB 0938-1191

Медицинское страховое покрытие по месту работы

Вам **НЕТ** необходимости отвечать на данные вопросы, за исключением случаев, когда кто-либо из членов вашей семьи имеет право на получение медицинского страхового покрытия по месту работы, даже если они не принимают страховое покрытие. Приложите копию данной страницы к сведениям о каждом работодателе, предлагающем страховку.

Сообщите нам о работодателе, предлагающем страховое покрытие.
Сделайте копию данной страницы и ознакомьте с ней работодателя, предлагающего страховое покрытие, чтобы он оказал вам содействие при ответе на эти вопросы.

ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТНИКЕ

1. Полное имя работника (имя, отчество/второе имя, фамилия)

2. Номер социального обеспечения работника
– –

ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ

3. Имя работодателя

4. Идентификационный номер работодателя (EIN)
–

5. Адрес работодателя

6. Телефон работодателя
( ) –

7. Город

8. Штат

9. Почтовый индекс

10. Контактное лицо работодателя по вопросам предоставления работнику медицинского страхового покрытия по месту работы

11. Номер телефона (если отличается от указанного выше)
( ) –

12. Адрес электронной почты

13. Имеет ли работник на данный момент право на получение страхового покрытия от работодателя/получит ли работник такое право в течение следующих 3 месяцев?

○ **ДА (продолжайте)**

a. **Если в связи с периодом ожидания или испытательным сроком вы не имеете права на страховое покрытие, когда вы сможете зарегистрироваться в программе страхования?** (мм/дд/гггг)
/ /

○ **НЕТ (Остановитесь на этом пункте и вернитесь к шагу 5 данного заявления).**

Перечислите имена других лиц, которые имеют право на получение страхового покрытия по месту работы.

Имя

Имя

Имя

Сообщите нам о самом недорогом плане медицинского страхования, который предложил данный работодатель.

14. Предлагает ли работодатель план медицинского страхования, соответствующий «стандарту минимальной стоимости»*? ..... ○ Да ○ Нет

15. Самый недорогой план медицинского страхования, соответствующий «стандарту минимальной соимости»* предлагается **только работнику** (не включает семейные планы): если работодатель реализует оздоровительные программы, укажите взнос, который уплатит работник, если он получит максимальную скидку на любые программы отказа от курения и не получит каких-либо других скидок по оздоровительным программам.

a. Какую сумму, в пересчете на страховые взносы, должен будет оплатить работник за данный план? **$**

b. Как часто? ○ Еженедельно ○ Каждые 2 недели ○ Два раза в месяц ○ Раз в месяц ○ Ежеквартально ○ Ежегодно (Перейдите к следующему вопросу.)

16. Какие изменения (если применимо) внесет работодатель в план в следующем году?

○ Работодатель не предлагает медицинское страховое покрытие.

○ Работодатель начнет предлагать медицинское страховое покрытие работникам или внесет изменения в страховые взносы для самого недорогого плана, доступного только работникам, который соответствует «стандарту минимальной стоимости*. (Страховой взнос должен отражать скидку на оздоровительные программы. См. вопрос 15.)

a. Какую сумму, в пересчете на страховые взносы, должен будет оплатить работник за данный план? **$**

b. Как часто? ○ Еженедельно ○ Каждые 2 недели ○ Два раза в месяц ○ Раз в месяц ○ Ежеквартально ○ Ежегодно

c. Дата изменения: / /

* Финансируемый работодателем план медицинского страхования отвечает «стандарту минимальной стоимости», если доля плана в общих разрешенных расходах на льготы, покрываемых планом, составляет не менее 60 % таких расходов (статья 36B(c)(2)(C)(ii) Налогового кодекса 1986 г.). Большинство планов медицинского страхования, предлагаемых работодателями, соответствуют стандарту минимальной стоимости.

ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт **HealthCare.gov** или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Espanol, llame **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите сотруднику отдела по работе с клиентами, на каком языке вам требуется помощь. Мы окажем вам помощь совершенно бесплатно. Линия TTY: **1-855-889-4325**.

Приложение B

НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

Утверждено
Контрольный номер
OMB 0938-1191

Члены семьи, являющиеся американскими индейцами или коренными жителями Аляски (AI/AN)

Заполните данное приложение, если вы или член вашей семьи являетесь американским индейцем или коренным жителем Аляски и подаете заявление на получение страховки. Подайте данный документ вместе с вашим заявлением на предоставление медицинского страхового покрытия и помощи в оплате расходов.

Расскажите о членах вашей семьи, являющихся американскими индейцами или коренными жителями Аляски.
Американские индейцы и коренные жители Аляски могут получать обслуживание от служб здравоохранения, предназначенных для индейцев, по программам здравоохранения для этнических групп или программам здравоохранения для индейцев, проживающих в городах. Они могут не участвовать в совместном покрытии затрат, им также могут быть предоставлены специальные ежемесячные периоды регистрации. Ответьте на вопросы ниже, чтобы обеспечить вашей семье наиболее полную поддержку.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы хотите включить еще большее количество людей, сделайте копию данной страницы и приложите ее к документу.

ЛИЦО 1 (американские индейцы и коренные жители Аляски):

1. Полное имя (имя, отчество/второе имя, фамилия)

2. Представитель племени, признанного на федеральном уровне? ..... ◯ Да ◯ Нет

Если да, укажите название племени:

Племя располагается:

3. Получало ли данное лицо какие-либо услуги от служб здравоохранения для индейцев, по программам здравоохранения для этнических групп или программам здравоохранения для индейцев, проживающих в городах, или по направлению одной из данных программ? ..... ◯ Да ◯ Нет

   Если нет, имеет ли данное лицо право на получение услуг от служб здравоохранения для индейцев, по программам здравоохранения для этнических групп или программам здравоохранения для индейцев, проживающих в городах, или по направлению одной из данных программ? ..... ◯ Да ◯ Нет

4. Определенные денежные суммы не могут быть засчитаны по программе Medicaid и программе медицинского страхования детей (CHIP). Перечислите любые доходы (сумму и частоту получения), указанные в вашем заявлении и включающие деньги из следующих источников:
   - Выплаты на душу населения племени, поступающие от использования природных ресурсов, прав пользования, аренды и роялти.
   - Платежи, поступающие от использоования природных ресурсов, фермерства, животноводства, рыбного промысла, прав пользования, аренды и роялти за пользование землями, назначенными Министерством внутренних дел доверенным имуществом индейцев (сюда относятся и резервации, и места бывших резерваций)
   - Деньги, полученные от продажи вещей, обладающих культурной значимостью.

$

Как часто?

ЛИЦО 2 (американские индейцы и коренные жители Аляски):

1. Полное имя (имя, отчество/второе имя, фамилия)

2. Представитель племени, признанного на федеральном уровне? ..... ◯ Да ◯ Нет

Если да, укажите название племени:

Племя располагается:

3. Получало ли данное лицо какие-либо услуги от служб здравоохранения для индейцев, по программам здравоохранения для этнических групп или программам здравоохранения для индейцев, проживающих в городах, или по направлению одной из данных программ? ..... ◯ Да ◯ Нет

   Если нет, имеет ли данное лицо право на получение услуг от служб здравоохранения для индейцев, по программам здравоохранения для этнических групп или программам здравоохранения для индейцев, проживающих в городах, или по направлению одной из данных программ? ..... ◯ Да ◯ Нет

4. Определенные денежные суммы не могут быть засчитаны по программе Medicaid и программы медицинского страхования детей (CHIP). Перечислите любые доходы (сумму и частоту получения), указанные в вашем заявлении и включающие деньги из следующих источников:
   - Выплаты на душу населения племени, поступающие от использования природных ресурсов, прав пользования, аренды и роялти.
   - Выплаты, поступающие от использования природных ресурсов, фермерства, животноводства, рыбного промысла, прав пользования, аренды и роялти за пользование землями, назначенными Министерством внутренних дел доверенным имуществом индейцев (сюда относятся и резервации, и места бывших резерваций)
   - Деньги, полученные от продажи вещей, обладающих культурной значимостью.

$

Как часто?

Приложение C

НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

Утверждено
Контрольный номер
OMB 0938-1191

Помощь в заполнении данного заявления

Только для сертифицированных консультантов по подаче заявления, координаторов, агентов и посредников
Заполните данный раздел, если вы являетесь сертифицированным консультантом по подаче заявления, координатором, агентом или посредником, оказывающим помощь другому лицу в подаче данного заявления.

1. Дата начала действия заявления (мм/дд/гггг)
/ /

2. Имя, отчество/второе имя, фамилия и именной суффикс

3. Название организации

4. Идентификационный номер (если применимо)

5. Только агенты/посредники: Номер NPN

Вы можете выбрать уполномоченного представителя.
Вы можете разрешить своему доверенному лицу обсуждать с нами данное заявление, просматривать вашу информацию и действовать от вашего имени в отношении данного заявления, а также получать информацию о вашем заявлении и подписывать заявление от вашего имени. Такой человек называется «уполномоченным представителем». Если вам когда-нибудь понадобится сменить или аннулировать назначение уполномоченного представителя, свяжитесь с Marketplace. Если вы являетесь официальным уполномоченным представителем какого-либо лица, указанного в данном заявлении, представьте доказательство вместе с заявлением.

1. Полное имя уполномоченного представителя (имя, отчество/второе имя, фамилия)

2. Адрес

3. Номер квартиры или комнаты

4. Город

5. Штат

6. Почтовый индекс

7. Номер телефона
( ) –

8. Название организации

9. Идентификационный номер (если применимо)

Ставя свою подпись, вы даете разрешение данному лицу подписывать ваше заявление, получать официальные сведения о данном заявлении и действовать от вашего имени по всем дальнейшим вопросам, связанным с данным заявлением.

10. Подпись ЛИЦА 1, указанного в данном заявлении

11. Дата подписания (мм/дд/гггг)
/ /

Приложение D

НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

Утверждено
Контрольный номер
OMB 0938-1191

Вопросы о переменах в жизни

(Заполните оставшуюся часть заявления вместе с данной страницей. Не отправляйте эту страницу отдельно.)

Если у кого-либо из лиц, указанных в данном заявлении, в течение последних 60 дней произошли определенные перемены в жизни, ответьте на следующие вопросы. Наличие определенных перемен в жизни позволяет вам немедленно воспользоваться страховым покрытием через Marketplace. Мы также рекомендуем вам ответить на эти вопросы, если вы подаете заявление не в период ежегодной открытой регистрации документов, а позже (то есть после 15 февраля 2015 г.) и до начала следующего периода ежегодной открытой регистрации документов в этом году.

Отвечать на эти вопросы необязательно. Если ваши жизненные обстоятельства не изменились, вы можете оставить эту часть документа незаполненной. Вы можете зарегистрироваться в программе Medicaid или программе медицинского страхования детей (CHIP) в любое время года, даже если у вас не произошло никаких перемен в жизни. Представители племен, признанных на федеральном уровне, а также коренные жители Аляски могут регистрироваться в программе страхового покрытия через Marketplace в любое время года.

Сообщите нам о переменах в вашей семье.

1. За последние 60 дней член вашей семьи остался без медицинской страховки, либо предполагается, что в течение следующих 60 дней он может ее потерять.

Имена	Дата окончания страхового покрытия или предполагаемая дата его окончания (мм/дд/гггг)
☐ Отметьте галочкой здесь, если страховое покрытие было прекращено по причине неуплаты взносов.	/ /

2. За последние 60 дней член вашей семьи вступил в брак.

Имена	Дата (мм/дд/гггг)
	/ /

3. За последние 60 дней член вашей семьи родился, был усыновлен или передан на патронатное воспитание.

Имена	Дата (мм/дд/гггг)
	/ /

4. За последние 60 дней член вашей семьи получил требуемый иммиграционный статус.

Имена	Дата (мм/дд/гггг)
	/ /

5. За последние 60 дней член вашей семьи переехал.

Имена	Дата переезда (мм/дд/гггг)
	/ /

6. За последние 60 дней член вашей семьи вышел из заключения, был освобожден из-под стражи или из тюрьмы.

Имена	Дата (мм/дд/гггг)
	/ /