



Aplikasyon Para sa Segurong Pagkalusugan at Tulong sa Pagbabayad ng Gastos

Form Approved
OMB No. 0938-1213

➔ **Mag-aplay nang mas mabilis online sa HealthCare.gov**



Gamitin ang aplikasyong ito para makita kung saang pagsakop ka karapat-dapat

- Ang mga abot-kayang pribadong plano sa segurong pangkalusugan ay nag-aalok ng komprehensibong seguro upang matulungan kang manatiling malusog.
- Ang isang bagong kredito sa buwis ay maaaring agad na makakatulong sa iyong bayaran ang iyong mga premium para sa segurong pangkalusugan.
- May libre o mababang halagang pagsakop mula sa Medicaid o sa Children's Health Insurance Program (CHIP).
Maaari kang maging kwalipikado para sa isang programang libre o mababa ang bayad, kahit na kumikita ka ng higit sa \$98,400 para sa isang taon (para sa isang pamilyang may 4 na miyembro).



Sino ang maaaring gumamit ng aplikasyong ito?

- Gamitin ang aplikasyong ito para mag-aplay para sa sinuman sa iyong pamilya.
- **Mag-aplay kahit na kayo o ang iyong anak ay mayroon nang segurong pangkalusugan. Maaari kang maging karapat-dapat para sa mas mababang gastos o libreng pagsakop.**
- Kung ikaw ay walang asawa o partner, maaari kang gumamit ng maikling form. Bisitahin ang HealthCare.gov.
- Maaaring mag-apply ang mga pamilyang may mga imigrante. Maaari kang mag-aplay para sa iyong mga anak kahit na ikaw ay hindi karapat-dapat para sa seguro. Ang paga-aplay ay hindi makakaapekto sa iyong katayuan sa imigrasyon o mga pagkakataon na maging isang permanenteng residente o citizen.
- Kung may isang taong tumutulong sa iyo na punan ang aplikasyong ito, maaaring kailangan mong kumpletuhin ang Appendix C.



Ano ang maaaring kailanganin mo para mag-aplay

- Mga Social Security Number (o mga numero ng dokumento para sa sinumang karapat-dapat na mga imigrante na kailangan ng pagsakop).
- Impormasyon ng taga-empleyo at kita para sa lahat sa iyong pamilya (halimbawa, impormasyon mula sa mga pay stub, W-2 form, o mga pahayag ng pasahod at buwis).
- Numero ng polisiya para sa anumang mga kasalukuyang segurong pangkalusugan.
- Impormasyon tungkol sa anumang may kaugnayan sa trabahong segurong pangkalusugan maaaring salihan ng iyong pamilya.



Bakit namin hinihingi ang mga impormasyong ito?

Aming tinatanong ang tungkol sa kita at iba pang impormasyon upang ipaalam sa iyo kung ano ang pagsakop na karapat-dapat para sa iyo at kung maaari kang makakuha ng kahit na anong tulong sa pagbabayad para dito. **Pananatilihin naming pribado at ligtas ang lahat ng mga impormasyon na iyong ibibigay, tulad ng inaatas ng batas.** Upang tingnan ang Pahayag sa Batas ng Pagkapribado, bisitahin ang HealthCare.gov o tingnan ang mga tagubilin.



Ano ang susunod na mangyayari?

Ipadala ang iyong kumpleto, pinirmahang aplikasyon sa address sa pahina 7. **Kahit wala ka ng lahat na impormasyon na hinihiling namin, lagdaan at isumite pa rin ang iyong aplikasyon.** Makikipag-ugnay kami sa iyo sa loob ng 1-2 linggo, at **maaari kang makatanggap ng tawag mula sa Marketplace kung kailangan namin ng higit pang impormasyon.** Makakakuha ka ng isang sulat ng pagpapasiya kung ikaw ay karapat-dapat sa koreo pagkatapos maproseso ang iyong aplikasyon. Kung wala kang marinig mula sa amin, makipag-ugnay sa Marketplace Call Center. Ang pagpuno sa aplikasyong ito ay hindi nangangahulugan na kailangan kang bumili ng segurong pangkalusugan.



Kumuha ng tulong sa aplikasyong it

- **Online:** HealthCare.gov.
 - **Telepono:** Tumawag sa Marketplace Call Center sa **1-800-318-2596**. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa **1-855-889-4325**.
 - **Nang harapan:** Maaaring may mga tagapayo sa iyong lugar na maaaring makatulong. Bisitahin ang HealthCare.gov, o tumawag sa Marketplace Call Center sa **1-800-318-2596** para sa karagdagang impormasyon.
 - **Iba pang mga wika:** Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre.
- May karapatan ka na makakuha ng impormasyon sa produktong ito sa isang alternatibong pormat. May karapatan ka rin na maghain ng reklamo kung nararamdaman mo na ikaw ay nagtamo ng diskriminasyon. Bumisita sa www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, o tumawag sa Marketplace Call Center sa **1-800-318-2596** para sa karagdagang impormasyon. Ang mga gumagamit ng TTY ay kailangang tumawag sa **1-855-889-4325**.



I-print sa malalaking titik gamit ang itim o asul na pen lamang
Punan ang mga bilog (○) tulad nito → ●.

HAKBANG 1: Sabihan kami tungkol sa iyong sarili.

(Kailangan namin ng isang adulto sa pamilya para maging kontak sa iyong aplikasyon.)

1. Unang pangalan	Gitnang	Apelyido	Suffix
<input type="text"/>			
2. Tirahan (Iwanang blanko kung wala kang tirahan.)			3. Apartment o suite
<input type="text"/>			<input type="text"/>
4. Lungsod	5. Estado	6. ZIP code	7. County, parokya, o bayan
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Address para sa koreo (kung naiiba sa address ng tirahan)			9. Apartment o suite
<input type="text"/>			<input type="text"/>
10. Lungsod	11. State	12. ZIP code	13. County, parokya, o bayan
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Pang-araw na numero ng telepono		15. Panggabing numero ng telepono	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
16. Gusto mo bang makakuha ng impormasyon tungkol sa aplikasyong ito sa email? <input type="radio"/> Oo <input type="radio"/> Hindi			
Email address: <input type="text"/>			
17. Ano ang iyong gustong wika pag nagsasalita? Ano ang iyong gustong wika pag nagsusulat o nagbabasa?			
<input type="text"/>			

HAKBANG 2: Sabihan kami tungkol sa iyong pamilya.

Sino ang kailangan mong isama sa aplikasyong ito?

Kumpletuhin ang Hakbang 2 na mga pahina para sa bawat tao sa iyong pamilya at tahanan, kahit na kung ang taong iyon ay mayroon nang segurong pangkalusugan. Ang impormasyon sa aplikasyong ito ay tumutulong sa aming tiyakin na lahat ng tao ay nakakakuha ng pinakamahusay na segurong maaari nilang makuha. Ang halaga ng tulong o uri ng programa kung saan ka pwede maging kwalipikado ay batay sa bilang ng mga tao sa iyong pamilya at sa kanilang mga kita. Kung hindi mo isama ang isang tao, kahit na siya ay mayroon ng segurong pangkalusugan, ang mga resulta ng iyong pagiging karapat-dapat ay maaaring maapektuhan.

Para sa mga adultong nangangailangan ng pagsakop:

Isama ang mga taong ito kahit na sila ay hindi nag-aaplay para sa kanilang sariling segurong pangkalusugan:

- Asawa
- Mga anak na lalaki o babae na mas bata sa edad 21 na nakatira kasama nila, kabilang ang mga anak-anakan
- Iba pang mga tao sa parehong pahayag ng pederal na buwis ng kita (kabilang ang mga anak na lagpas na sa edad 21 na binilang bilang dependent sa tax return ng magulang). Hindi mo na kailangang mag-file ng mga buwis para makakuha ng segurong pangkalusugan.

Para sa mga batang mas bata sa 21 taon na nangangailangan ng pagsakop:

Isama ang mga taong ito kahit na sila ay hindi nag-aaplay para sa kanilang sariling segurong pangkalusugan:

- Sinumang magulang (o stepparent) na kasama nila sa bahay
- Mga kapatid na nakatira kasama nila
- Mga anak na lalaki o babae na nakatira kasama nila, kabilang ang mga anak-anakan
- Iba pang tao na nasa parehong pahayag ng pederal na buwis ng kita. Hindi mo na kailangang mag-file ng mga buwis para makakuha ng segurong pangkalusugan.

Kumpletuhin ang Hakbang 2 para sa bawat tao sa inyong pamilya.

Idagdag muna ang iyong sarili, pagkatapos ay idagdag ang iba pang mga adulto at bata. Kung mayroong higit sa 2 tao sa iyong pamilya, kakailanganin mong gumawa ng kopya ng mga pahina at ilakip ang mga ito.

Hindi mo kailangang magbigay ng katayuan ng imigrasyon o Social Security Number (SSN) para sa mga miyembro ng pamilya na hindi na kailangan ng segurong pangkalusugan. Pananatilihin naming pribado at ligtas ang lahat ng mga impormasyon na iyong ibibigay, tulad ng inaatas ng batas. Gagamitin lamang namin ang personal na impormasyon upang suriin kung karapat-dapat ka para sa segurong pangkalusugan.

? **KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON?** Bisitahin ang HealthCare.gov, o tumawag sa amin sa **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa **1-855-889-4325**.



HAKBANG 2: TAO 1 (Magsimula sa iyong sarili.)

Kumpletuhin ang Hakbang 2 para sa iyong sarili, sa iyong asawa/partner at para sa mga bata na nakatira kasama ninyo, at/o sinuman sa inyong pahayag ng pederal na buwis ng kita kung nag-file kayo nito. Tingnan ang pahina 1 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa isasama. Kung hindi ka mag-file ng tax return, tandaan na idagdag pa rin ang mga miyembro ng pamilyang nakatira sa inyo.

1. Unang pangalan	Gitnang pangalan	Apelyido	Suffix
-------------------	------------------	----------	--------

2. Relasyon sa TAO 1? SARILI	3. May-asawa ka ba? <input type="radio"/> Oo <input type="radio"/> Hindi	4. Petsa ng kapanganakan (mm/dd/yyyy)	5. Kasarian <input type="radio"/> Lalaki <input type="radio"/> Babae
--	---	---------------------------------------	---

6. Numero ng Social Security (SSN) - -

★ Kailangan namin ang isang numero ng Social Security (SSN) kung gusto mo ng sakop na pangkalusugan at may SSN o makakakuha ng isa. Kahit Gagamitin namin ang mga SSN upang suriin ang kita at iba pang impormasyon upang malaman kung sino ang nararapat sa tulong sa pagbabayad ng sakop na pangkalusugan. Kung kailangan mo ng tulong para makakuha ng SSN, bumisita sa socialsecurity.gov, o tumawag sa Social Security sa 1-800-772-1213. Ang mga gumagamit ng TTY ay kailangang tumawag sa 1-800-325-0778.

7. **May plano ka bang mag-file ng pahayag ng pederal na buwis ng kita SA SUSUNOD NA TAON?** *Maaari ka pa ring mag-aplay para sa seguro kahit na hindi ka mag-file ng isang pahayag ng pederal na buwis ng kita.*

- OO. Kung oo**, mangyaring sagutin ang mga katanungang a-c. **HINDI. Kung hindi**, lumaktaw sa tanong c.
- a. Magfa-file ka ba na kasama ang asawa? Oo Hindi
Kung oo, isulat ang pangalan ng asawa: _____
- b. Maglalagay ka ba ng anumang mga dependent sa iyong tax return? Oo Hindi
Kung oo, ilaran ang mga pangalan ng mga dependent: _____
- c. Ikaw ba ay magiging dependent sa tax return ng ibang tao? Oo Hindi
Kung oo, mangyaring ilaran ang pangalan ng magfa-file ng tax: _____ Ano ang kaugnayan mo sa magfa-file ng buwis? _____

8. Buntis ka ba? Oo Hindi a. **Kung oo**, gaano karaming mga sanggol ang inaasahan sa pagbubuntis na ito?

9. **Kailangan mo ba ng segurong pangkalusugan?** *Kahit na mayroon ka ng seguro, maaaring mayroon pa ring programa na may mas mahusay na pagsakop o mas mababang gastos.*

- OO. Kung oo**, sagutin ang lahat ng mga tanong sa ibaba. **HINDI. Kung hindi**, LUMAKTAW sa mga tanong tungkol sa kita sa pahina 3. Iwanang blangko ang mga natira sa pahinang ito. ➡

10. Mayroon ka bang isang pisikal, mental, o emosyonal na katayuan sa kalusugan na nagiging sanhi ng mga limitasyon sa mga aktibidad (tulad ng palilig, pagbibihis, mga araw-araw na gawain, atbp) o nakatira ka ba sa isang medikal na pasilidad o nursing home? Oo Hindi

11. Ikaw ba ay **U.S. citizen** o **U.S. national**? Oo Hindi

12. Ikaw ba ay **naturalized** o **derived citizen**? *(Karaniwang ibig sabihin nito na ipinanganak ka sa labas ng U.S.)*

- OO. Kung oo**, kumpletuhin ang a at b. **HINDI. Kung hindi**, magpatuloy sa tanong 13.
- a. Numero ng alien card: b. Numero ng sertipiko: Pagkatapos mong makumpleto ang a at b, LUMAKTAW sa tanong 14.

13. **Kung ikaw ay hindi isang U.S. citizen o U.S. national**, mayroon ka bang karapat-dapat na katayuan sa imigrasyon?

- OO.** Ipasok ang uri ng dokumento at numero ng ID. *Tingnan ang mga tagubilin.*

Uri ng dokumento sa imigrasyon Uri ng katayuan (opsyonal) Isulat ang iyong pangalan nang pareho sa iyong dokumento sa imigrasyon.

Alien o I-94 na numero

Numero ng card o numero ng passport

SEVIS ID o expiration date (opsyonal)

Iba pa (code ng kategorya o bansa na nagbigay nito)

- a. Naninirahan ka ba sa Estados Unidos simula pa noong 1996? Oo Hindi
b. Ikaw ba, o ang iyong asawa o magulang, ay isang beterano o isang miyembro ng aktibong-pagsisilbi sa militar ng US? Oo Hindi

14. Gusto mo ba ng tulong sa pagbabayad para sa mga medikal na gastos mula sa nakaraang 3 buwan? Oo Hindi

15. Kasama mo bang nakatira ang isang batang kulang sa edad na 19, at ikaw ba ang pangunahing tao na nag-aalaga sa batang ito? *(Piliin ang "oo" kung ikaw o ang iyong asawa ang nag-aalaga sa batang ito.)* Oo Hindi

16. Sabihin sa amin ang mga pangalan at relasyon ng sinumang mga bata kulang sa edad na 19 na kasama mong nakatira sa iyong tahanan:

17. Ikaw ba ay full-time na mag-aaral? ... Oo Hindi

18. Ikaw ba ay nasa foster care sa edad na 18 o mas matanda? Oo Hindi

Opsyonal: *(Punan ang lahat ng naangkop.)*

19. **Lahi:** White Black o African American American Indian o Alaska Native Filipino Japanese Korean Asian Indian Chinese Vietnamese Iba pang Asian Native Hawaiian Guamanian o Chamorro Samoan Iba pang Pacific Islander Iba Pa _____

? **KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON?** Bisitahin ang HealthCare.gov, o tumawag sa amin sa **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa **1-855-889-4325**.



HAKBANG 2: PERSON 1 (Magpatuloy sa iyong sarili.)

Kasalukuyang trabaho at impormasyon sa kita

- Nagtatrabaho:** Kung kasalukuyan kang nagtatrabaho, sabihin sa amin ang tungkol sa iyong kita. Magsimula sa tanong 21.
 Hindi nagtatrabaho: Lumaktaw sa tanong 31.
 Nagtatrabaho para sa sarili: Lumaktaw sa tanong 30.

Kasalukuyang trabaho 1:

21. Pangalan ng taga-empleyo

a. Address ng taga-empleyo

b. Lungsod

c. Estado

d. ZIP code

22. Numero sa telepono ng taga-empleyo

23. Sahod/tips (bago alisan ng buwis)

Oras-oras

Lingguhan

Bawat 2 linggo

24. Ilan ang karaniwang oras ng pagtatrabaho bawat LINGGO

\$

Dalawang beses sa isang buwan

Buwanan

Taunan

Kasalukuyang trabaho 2: (Kung mayroon kang karagdagang mga trabaho at kailangan ng dagdag na sulatan, ilakip ang isa pang papel.)

25. Pangalan ng taga-empleyo

a. Address ng taga-empleyo

b. Lungsod

c. Estado

d. ZIP code

26. Numero sa telepono ng taga-empleyo

27. Sahod/tips (bago alisan ng buwis)

Oras-oras

Lingguhan

Bawat 2 linggo

28. Ilan ang karaniwang oras ng pagtatrabaho bawat LINGGO

\$

Dalawang beses sa isang buwan

Buwanan

Taunan

29. **Sa nakalipas na taon, ikaw ba ay:** Nagbago ng trabaho Tumigil magtrabaho Nagsisimulang magtrabaho ng mas kaunting oras Wala sa mga ito

30. **Kung nagtatrabaho ka para sa sarili mo, sagutin ang a at b:**

a. Uri ng trabaho:

b. Magkano ang netong kita (kita pag ang mga gastos ng negosyo ay nabayaran na) na makukuha mo mula sa pagtatrabaho mo para sa iyong sarili sa buwang ito? *Tingnan ang mga tagubilin.*

\$

31. **Iba pang kitang makukuha sa buwang ito:** Punan ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas mo nakukuha ito. Punan dito kung wala. **TANDAAN:** Hindi mo kailangang sabihin sa amin ang kita mo mula sa child support, mga pagbabayad sa beterano, o Supplemental Security Income (SSI).

Kita mula sa unemployment

\$

Gaano kadalas?

Natatanggap na alimony

\$

Gaano kadalas?

Pensyon

\$

Gaano kadalas?

Neto mula sa pagsasaka/pangingisda

\$

Gaano kadalas?

Social Security

\$

Gaano kadalas?

Neto mula sa paupahan/royalty

\$

Gaano kadalas?

Mga account sa pagreretiro

\$

Gaano kadalas?

Iba pang kita Uri:

\$

Gaano kadalas?

32. **Pagbabawas:** Punan ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas mo binabayaran ito. Kung nagbabayad ka para sa ilang mga bagay na maaaring ibawas sa isang pahayag ng pederal na buwis ng kita, pag sinabi mo ito sa amin maaaring maging mas mababa ang mga gastos mo sa seguro sa kalusugan. **TANDAAN:** Hindi mo dapat isama ang child support na binabayaran mo, o ang gastos na isinasaalang-alang na sa iyong sagot sa neto sa pagtatrabaho mo para sa sarili mo (tanong 30b).

Alimony na binabayaran

\$

Gaano kadalas?

Iba pang kita Uri:

\$

Gaano kadalas?

Interes sa student loan

\$

Gaano kadalas?

33. **Kumpletuhin ang tanong na ito kung nagbago ang iyong kinikita sa taon,** halimbawa kung ikaw ay nagtrabaho nang ilang buwan lang sa taon o tumanggap ng isang benepisyo para sa ilang mga buwan. Kung hindi mo inasahang magbabago ang iyong buwanang kita, lumaktaw sa susunod na tao. ➔

Ang iyong kabuuang kita **sa taong ito**

\$

Ang iyong kabuuang kita **sa susunod na taon** (kung sa tingin mo ito ay mag-iiba)

\$

Salamat! Ito ang lahat na kailangan naming malaman tungkol sa iyo.

? **KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON?** Bisitahin ang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o tumawag sa amin sa **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa **1-855-889-4325**.

HUWAG ITONG TAPUSIN. HINDI ITO ISANG APLIKASYON.



HAKBANG 2: TAO 2

Tandaan: Kung ang taong ito ay hindi kailangan ng segurong pangkalusugan, sagutin lamang ang mga tanong 1-10 sa pahinang ito. Gumawa ng kopya ng mga pahina 4-5 kung mayroong higit sa 2 tao sa iyong sambahayan.

Kumpletuhin ang pahinang ito para sa iyong asawa/partner at mga bata na nakatira kasama ninyo, at/o sinuman sa inyong pahayag ng pederal na buwis ng kita kung nag-file kayo nito. Kung hindi ka mag-file ng buwis, tandaan na idagdag pa rin ang mga miyembro ng pamilyang nakatira sa inyo. Tingnan ang pahina 1 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga taong dapat isama.

1. Unang pangalan	Gitnang pangalan	Apelyido	Suffix
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Relasyon sa TAO 1? <i>Tingnan ang mga tagubilin.</i>	3. May-asawa ba si TAO 2? <input type="radio"/> Oo <input type="radio"/> Hindi	4. Petsa ng kapanganakan (mm/dd/yyyy)) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	5. Kasarian <input type="radio"/> Lalaki <input type="radio"/> Babae
---	---	---	---

6. Numero ng Social Security (SSN) - - ★ **Kailangan namin ito kung gusto mo ng segurong pangkalusugan para kay TAO 2, at si TAO 2 ay may SSN.**

7. Si TAO 2 ba ay nakatira sa parehong address ni TAO 1? Oo Hindi
Kung hindi, ilaran ang address:

8. **May plano bang mag-file ng pahayag ng pederal na buwis sa kita si TAO 2 SA SUSUNOD NA TAON?** *Maaari ka pa ring mag-aplay para sa seguro kahit na hindi mag-file si TAO 2 ng isang pahayag ng pederal na buwis sa kita.*

OO. Kung oo, mangyaring sagutin ang mga katanungang a-c. **HINDI. Kung hindi**, lumaktaw sa tanong c.

a. Magfa-file ba si TAO 2 kasama ng asawa? Oo Hindi
Kung oo, isulat ang pangalan ng asawa:

b. Maglalagay ba ng sinumang dependents si TAO 2 sa kanyang pahayag ng buwis? Oo Hindi
Kung oo, ilaran ang mga pangalan ng mga dependents:

c. Magiging dependent ba si TAO 2 sa pahayag ng buwis ng ibang tao? Oo Hindi
Kung oo, mangyaring ilaran ang pangalan ng magfa-file ng buwis: Ano ang kaugnayan ni TAO 2 sa magfa-file ng buwis?

9. Buntis ba si TAO 2? Oo Hindi a. **Kung oo**, gaano karaming mga sanggol ang inaasahan sa pagbubuntis na ito?

10. **Kailangan ba ni TAO 2 ng segurong pangkalusugan?** *Kahit na mayroon ng seguro si TAO 2, maaaring mayroon pa ring programa na may mas mahusay na pagsakop o mas mababang gastos.*

OO. Kung oo, sagutin ang lahat ng mga tanong sa ibaba. ↓ **HINDI. Kung hindi**, LUMAKTAW sa mga tanong tungkol sa kita sa pahina 5. Iwanang blanko ang mga natira sa pahinang ito. →

11. Mayroon bang isang pisikal, mental, o emosyonal na katayuan sa kalusugan si TAO 2 na nagiging sanhi ng mga limitasyon sa mga aktibidad (tulad ng paliligo, pagbibihis, mga araw-araw na gawain, atbp) o nakatira ba siya sa isang medikal na pasilidad o nursing home? Oo Hindi

12. Si TAO 2 ba ay **U.S. citizen** o **U.S. national**? Oo Hindi

13. Si TAO 2 ba ay **naturalized** o **derived citizen**? (Karaniwang ibig sabihin nito na ipinanganak siya sa labas ng U.S.)

OO. Kung oo, kumpletuhin ang a at b. **HINDI. Kung hindi**, magpatuloy sa tanong 14.

a. Numero ng alien card

b. Numero ng sertipiko Pagkatapos mong makumpleto ang a at b, LUMAKTAW sa tanong 15.

14. **Kung hindi isang U.S. citizen o U.S. national si TAO 2**, mayroon ba siyang karapat-dapat na katayuan sa imigrasyon?

OO. Ipasok ang uri ng dokumento at numero ng ID. Tingnan ang mga tagubilin.

Uri ng dokumento sa imigrasyon: Uri ng katayuan (opsyonal): Isulat ang pangalan ni TAO 2 nang pareho sa kanyang dokumento sa imigrasyon.

Alien o I-94 na numero <input type="text"/>	Numero ng card o numero ng passport <input type="text"/>
SEVIS ID o expiration date (opsyonal) <input type="text"/>	Iba pa (code ng kategorya o bansa na nagbigay nito) <input type="text"/>

a. Naninirahan ba si TAO 2 sa Estados Unidos simula pa noong 1996? Oo Hindi

b. Si TAO 2 ba, o ang kanyang asawa o magulang, ay isang beterano o isang miyembro ng aktibong-pagsisilbi sa militar ng US? Oo Hindi

15. Gusto ba ni TAO 2 ng tulong sa pagbabayad para sa mga medikal na gastos mula sa nakaraang 3 buwan? Oo Hindi

16. Kasama bang nakatira ni TAO 2 ang isang bata na kulang sa edad na 19, at siya ba ang pangunahing tao na nag-aalaga sa batang ito? (Piliin ang "oo" kung si TAO 2 o ang kanyang asawa ang nag-aalaga sa batang ito.) Oo Hindi

17. Sabihin sa amin ang mga pangalan at relasyon ng sinumang mga batang kulang sa edad na 19 na kasamang nakatira ni TAO 2 sa kanyang tahanan: (Maaaring maging pareho ang mga batang ito sa nakalista sa pahina 2.)

18. Nasa foster care ba si TAO 2 sa edad na 18 o mas matanda? Oo Hindi

Mangyaring sagutin ang mga tanong na ito kung 22 o mas bata si TAO 2:

19. Nagkaroon ba ng seguro si TAO 2 mula sa trabaho at nawala ito noong nakalipas na 3 buwan? Oo Hindi

a. **Kung oo**, petsa ng pagtatapos: / / b. Dahilan na natapos ang seguro:

20. Full-time na mag-aaral ba si TAO 2? Oo Hindi

Opsyonal: (Punan ang **21. Lahi:** White Black o African American American Indian o Alaska Native Filipino Japanese Korean Asian Indian Chinese Vietnamese Iba pang Asian Native Hawaiian Guamanian o Chamorro Samoan Iba pang Pacific Islander Iba Pa)

? **KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON?** Bisitahin ang HealthCare.gov, o tumawag sa amin sa **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa **1-855-889-4325**.



HAKBANG 2: TAO 2

Sabihin sa amin ang tungkol sa anumang kitang nakukuha ni TAO 2. Kumpletuhin ang pahinang ito kahit hindi kailangan ni TAO 2 ng segurong pangkalusugan.

Kasalukuyang trabaho at impormasyon sa kita

- Nagtatrabaho:** Kung kasalukuyang nagtatrabaho si TAO 2, sabihin sa amin ang tungkol sa kanyang kita. Magsimula sa tanong 23.
 Hindi nagtatrabaho: Lumaktaw sa tanong 33.
 Nagtatrabaho para sa sarili: Lumaktaw sa tanong 32.

Kasalukuyang trabaho 1:

23. Pangalan ng taga-empelyo

a. Address ng taga-empelyo

b. Lungsod

c. Estado

d. ZIP code

24. Numero sa telepono ng taga-empelyo

25. Sahod/tips (bago alisan ng buwis)

\$

Oras-oras

Lingguhan

Bawat 2 linggo

Dalawang beses sa isang buwan

Buwanan

Taunan

26. Ilan ang karaniwang oras ng pagtatrabaho bawat LINGGO

Kasalukuyang trabaho 2: (Kung mayroon kang karagdagang mga trabaho at kailangan ng dagdag na sulatan, ilakip ang isa pang papel.)

27. Pangalan ng taga-empelyo

a. Address ng taga-empelyo

b. Lungsod

c. Estado

d. ZIP code

28. Numero sa telepono ng taga-empelyo

29. Sahod/tips (bago alisan ng buwis)

\$

Oras-oras

Lingguhan

Bawat 2 linggo

Dalawang beses sa isang buwan

Buwanan

Taunan

30. Ilan ang karaniwang oras ng pagtatrabaho bawat LINGGO

31. **Sa nakalipas na taon, si TAO 2 ba ay:** Nagbago ng trabaho Tumigil magtatrabaho Nagsisimulang magtatrabaho ng mas kaunting oras Wala sa mga ito

32. **Kung nagtatrabaho para sa sarili si TAO 2, sagutin ang mga sumusunod na tanong:**

a. Uri ng trabaho:

b. Magkano ang netong kita (kita kapag ang mga gastos ng negosyo ay nabayaran na) na makukuha ni TAO 2 mula sa pagtatrabaho niya para sa sarili sa buwang ito? *Tingnan ang mga tagubilin.* \$

33. **Iba pang kita na makukuha ni TAO 2 sa buwang ito:** Punan ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas nakukuha ito ni TAO 2. Punan dito kung wala. **TANDAAN:** Hindi mo kailangang sabihin sa amin ang kita ni TAO 2 mula sa child support, mga pagbabayad sa beterano, o Supplemental Security Income (SSI).

<input type="radio"/> Kita mula sa unemployment	\$	<input type="text"/>	Gaano kadalas?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Natatanggap na alimony	\$	<input type="text"/>	Gaano kadalas?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensyon	\$	<input type="text"/>	Gaano kadalas?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Neto mula sa pagsasaka/pangingisda	\$	<input type="text"/>	Gaano kadalas?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Social Security	\$	<input type="text"/>	Gaano kadalas?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Neto mula sa paupahan/royalty	\$	<input type="text"/>	Gaano kadalas?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Mga account sa pagreretiro	\$	<input type="text"/>	Gaano kadalas?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Iba pang kita Uri:	\$	<input type="text"/>	Gaano kadalas?	<input type="text"/>

34. **Mga Pagbabawas:** Punan ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas nakukuha ito ni TAO 2. Kung nagbabayad si TAO 2 para sa ilang mga bagay na maaaring ibawas sa isang pahayag ng pederal na buwis ng kita, pag sinabi ito sa amin maaaring maging mas mababa ang mga gastos sa seguro sa kalusugan. **TANDAAN:** Hindi mo dapat isama ang child support na binabayaran ni TAO 2, o ang gastos na isinasalang-alang na sa sagot sa neto sa pagtatrabaho para sa sarili (tanong 30b)..

<input type="radio"/> Alimony na binabayaran	\$	<input type="text"/>	Gaano kadalas?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Iba pang kita Uri:	\$	<input type="text"/>	Gaano kadalas?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Interes sa student loan	\$	<input type="text"/>	Gaano kadalas?	<input type="text"/>					

35. **Kumpletuhin ang tanong na ito kung nagbago ang kinikita ni TAO 2 sa taon,** halimbawa kung nagtatrabaho nang ilang buwan lang si TAO 2 sa taon o tumanggap ng isang benepisyo para sa ilang mga buwan. Kung hindi mo inaasahang magbabago ang buwanang kita ni TAO 2, lumaktaw sa susunod na tao. →

Ang kabuuang kita ni TAO 2 sa taong ito	\$	<input type="text"/>	Ang kabuuang kita ni TAO 2 sa susunod na taon	\$	<input type="text"/>
---	----	----------------------	---	----	----------------------

Salamat! Ito ang lahat na kailangan naming malaman tungkol kay TAO 2.

KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Bisitahin ang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o tumawag sa amin sa **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa **1-855-889-4325**.



HAKBANG 3: Mga miyembro ng pamilya na American Indian o Alaska Native (AI/AN)

1. Ikaw ba o sinuman sa iyong pamilya ay American Indian o Alaska Native?

HINDI. Kung hindi, magpatuloy sa Hakbang 4. OO. Kung oo, magpatuloy sa Hakbang 4, at kumpletuhin din ang Appendix B at isama sa aplikasyon.

HAKBANG 4: Seguro sa kalusugan ng iyong pamilya

1. Sa baw't taon na makakuha ka ng kredito para sa hulog na buwis, naghain ba ang iyong sambahayan ng pagbabalik buwis at nagtugma ng nagamit na kredito sa hulog na buwis?

OO, naitugma ang mga kredito sa hulog na buwis. Punan lamang ang bilog kung LAHAT ng mga ito ay nauukma sa iyo:

- Gumamit ka ng paunang bayad sa kredito ng hulog na buwis (APTC) sa isa o higit pang mga nakaraang taon upang mapababa ang halaga ng iyong pagsakop sa Pamilihan.
- Ang tagahain ng buwis sa iyong sambahayan ay naghain ng pagbabalik ng pederal na buwis sa kita para sa baw't isa sa mga taong ito.
- Ang (mga) tax filer ay nagbigay ng IRS Form 8962 (healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/) kasama ng tax return.

2. Mayroon bang kahit sino na kasama sa aplikasyon na ito ang nalamang hindi karapat-dapat para sa Medicaid o sa Program sa Segurong Pangkalusugan sa mga Kabataan (CHIP) sa loob ng nakaraang 90 na araw? (Piliin lamang ang oo kung mayroong isa na nalamang hindi karapat-dapat sa pagsakop na ito ng iyong estado, hindi ng Pamilihan.) Oo Hindi

Sino?

Petsa:

O, may sinuman ba na nasa aplikasyong ito ang nalamang hindi karapatdapat para sa Medicaid o CHIP dahil sa katayuan ng kanilang imigrasyon sa nakaraang 4 na taon? Oo Hindi

Sino?

Mayroon bang nagpatala para sa sakop sa panahon ng bukas na pagpapatala sa sinumanng nasa aplikasyon na ito? Oo Hindi

Sino?

3. Ang sinuman ba sa aplikasyong ito ay inalok ng seguro sa kalusugan mula sa trabaho? Lagyan ng check ang oo kahit na ang seguro ay mula sa trabaho ng ibang tao, halimbawa kung mula sa magulang o asawa, kahit na hindi sila tumanggap ng pagsakop.

OO. Magpatuloy at kumpletuhin ang Appendix A. Ito ba ay isang plano sa benepisyo para sa empleyado ng estado? Oo Hindi
 HINDI.

4. Ang sinuman ba ay nakatala na sa segurong pangkalusugan sa ngayon?

OO. Kung oo, magpatuloy sa tanong 6. HINDI. Kung hindi, LUMAKTAW sa Hakbang 5.

5. Impormasyon tungkol sa kasalukuyang segurong pangkalusugan. (Gumawa ng kopya ng pahinang ito kung may higit sa 2 tao na mayroon nang segurong pangkalusugan.) Isulat ang uri ng seguro, tulad ng seguro mula sa trabaho, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, programa sa pangangalaga ng kalusugan ng VA, Peace Corps, o iba pa. (Huwag sabihin sa amin ang tungkol sa TRICARE kung mayroon kang Direct Care o Line of Duty.)

Pangalan ng taong nakatala sa segurong pangkalusugan

Uri ng seguro:

Seguro mula sa trabaho COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE Programa sa pangangalaga ng kalusugan ng VA
 Peace Corps Iba Pa

TAO 1:

Kung ito ay seguro mula sa trabaho: (Kailangan mo ring kumpletuhin ang Appendix A.)

Pangalan ng kumpanya ng segurong pangkalusugan

Policy/Numero ng ID

Kung ito ay iba pang uri ng seguro: Punan ito kung ito ay sakop pangkalusugan sa Marketplace.

Pangalan ng kumpanya ng segurong pangkalusugan

Policy/Numero ng ID

Ito ba ay isang limitadong-benepisyo na plano, tulad ng isang plano para sa aksidente sa paaralan? Oo Hindi

Pangalan ng taong nakatala sa segurong pangkalusugan

Uri ng seguro:

Seguro mula sa trabaho COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE Programa sa pangangalaga ng kalusugan ng VA
 Peace Corps Iba Pa

TAO 2:

Kung ito ay seguro mula sa trabaho: (Kailangan mo ring kumpletuhin ang Appendix A.)

Pangalan ng kumpanya ng segurong pangkalusugan

Policy/Numero ng ID

Kung ito ay iba pang uri ng seguro: Punan ito kung ito ay sakop pangkalusugan sa Marketplace.

Pangalan ng kumpanya ng segurong pangkalusugan

Policy/Numero ng ID

Ito ba ay isang limitadong-benepisyo na plano, tulad ng isang plano para sa aksidente sa paaralan? Oo Hindi

? KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Bisitahin ang HealthCare.gov, o tumawag sa amin sa **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa **1-855-889-4325**.



HAKBANG 5: Ang iyong kasunduan at lagda

1. Sumasang-ayon ka ba na payagan ang Marketplace na gamitin ang impormasyon sa iyong kita, kabilang ang impormasyon mula sa mga pahayag ng buwis, para sa susunod na 5 taon? Oo Hindi

Upang gawing mas madaling malaman kung karapat-dapat ka para sa tulong sa pagbabayad para sa seguro sa mga taon sa hinaharap, maaari mong payagan ang Marketplace na gamitin ang na-update na impormasyon sa kita, kabilang ang impormasyon mula sa mga pahayag ng buwis. Ang Marketplace ay magpapadala ng isang abiso at pinahihintulutan kang gumawa ng anumang pagbabago. Ang Marketplace ay sisiguraduhing karapat-dapat ka pa rin, at maaaring hilingin sa iyong patunayan na ang iyong mga kita ay kuwalipikado pa rin. Maaari kang umalis sa opsyong ito anumang oras.

Kung hindi, awtomatikong kunin ang aking impormasyon para sa susunod na:

- 4 taon 2 taon Huwag gamitin ang aking impormasyon sa buwis upang muling tingnan ang aking pagiging karapat-dapat para sa tulong sa pagbabayad sa segurong pangkalusugan (ang pagpili sa opsyong ito ay maaaring maka-apekto sa iyong kakayahang makakuha ng tulong sa pagbabayad para sa seguro sa panahon ng muling pag-aaplay dito.)
- 3 taon 1 taon

2. May sinuman bang naga-aplay para sa segurong pagkalusugan sa aplikasyong ito na nasa kulungan (naka-presyo o bilanggo)? Oo Hindi

Kung oo, sabihin sa amin ang pangalan ng tao. Ang pangalan ng nakakulong na tao ay:

Punan dito kung ang taong ito ay nahaharap sa disposisyon ng mga naisampang kaso.

Kung sinuman sa aplikasyong ito ay karapat-dapat para sa Medicaid:

- Ako ay nagbibigay sa ahensiya ng Medicaid ng aming mga karapatan upang subukang makakuha at kumuha ng pera mula sa iba pang segurong pangkalusugan, mga legal na pakikipag-ayos, o iba pang mga third party. Ako ay nagbibigay sa ahensiya ng Medicaid ng mga karapatang subukang makakuha at kumuha ng medikal na suporta mula sa asawa o magulang..
- Ang sinumang bata ba sa aplikasyon na ito ay may isang magulang na nakatira sa labas ng tahanan? Oo Hindi
- Kung oo, alam kong hihilingin akong makipagtulungan sa ahensiya na nagkokolekta ng medikal na suporta mula sa isang absent na magulang. Kung sa tingin ko na ang pakikipagtulungan na kumolekta ng suportang medikal ay makakapinsala sa akin o sa aking mga anak, masasabi ko ito sa Medicaid at maaaring hindi ko kailangang makipagtulungan.
- Nilalagdaan ko ang aplikasyong ito sa ilalim ng multa ng perjury o ng pagsisinugaling habang nanunumpa, na nangangahulugang nagbigay ako ng tunay na mga sagot sa lahat ng tanong sa form na ito sa abot ng aking kaalaman. Alam ko na maaaring malapat sa akin ang mga parusa sa ilalim ng pederal na batas kung sinadya kong magbigay ng mali o hindi totoong impormasyon.
- Alam ko na dapat sabihin kong sabihan ang Health Insurance Marketplace sa loob ng 30 araw kung may anumang bagay na nagbago (at naging iba kaysa) sa aking sinulat sa aplikasyong ito. Maaari ko bang bisitahin ang HealthCare.gov o tumawag sa **1-800-318-2596** para mag-ulat ng anumang mga pagbabago. Nauunawaan ko na ang pagbabago sa aking impormasyon ay maaaring makaapekto sa aking pagiging karapat-dapat pati na rin sa pagiging karapat-dapat ng (mga) miyembro ng aking sambayanan.
- Alam ko na sa ilalim ng pederal na batas, ang diskriminasyon sa batayan ng lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, edad, sekswal na oryentasyon, kasarian, o kapansanan ay hindi pinahihintulutan. Maaari akong maghain ng reklamo ng diskriminasyon sa pamamagitan ng pagbisita sa www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Alam ko na ang impormasyon sa form na ito ay gagamitin lamang upang matukoy ang pagiging karapat-dapat para sa segurong pangkalusugan, tutulongang magbayad para sa pagsakop (kung hiniling), at para sa mga layuning ayon sa batas ng Marketplace at mga programa na tumutulong na magbayad ng seguro.

Kailangan namin ang impormasyong ito upang suriin ang iyong pagiging karapat-dapat para sa tulong sa pagbabayad para sa segurong pangkalusugan kung piliin mong mag-aplay. Susubukan naming suriin ang iyong mga sagot gamit ang impormasyon sa aming mga elektronikong database at mga database mula sa Internal Revenue Service (IRS), Social Security, ang Department of Homeland Security, at/o isang ahensiya ng pag-uulat ng consumer. Kung hindi tumutugma ang impormasyon, maaari naming hilingin sa iyong magpadala sa amin ng patunay.

Ano ang dapat kong gawin kung sa tingin ko na ang aking mga resulta sa pagiging karapat-dapat ay mali?

Kung hindi ka sumasang-ayon kung para saan ka karapat-dapat, sa ilang mga sitwasyon, maaari kang mag-apela. Mangyaring suriin ang iyong abiso sa pagiging karapat-dapat upang makahanap ng mga tagubilin sa pag-apela na tukoy sa bawat tao sa iyong tahanan na nag-aplay para sa seguro, kabilang ang dami ng mga araw na mayroon ka upang mag-apela. Narito ang mahalagang impormasyon na dapat isaalang-alang kapag humihiling ng apela:

- Maaaring mayroong ibang tao na humiling para sa o lumahok sa iyong apela kung nais mo. Ang taong iyon ay maaaring isang kaibigan, kamag-anak, abugado, o iba pang indibidwal. O kaya, maaari kang humiling lumahok sa iyong apela nang ikaw lang.
- Kung humiling ka ng isang apela, maaari mong mapanatili ang iyong pagiging karapat-dapat para sa pagsakop habang ang iyong apela ay nakabinbin.
- Ang kakalabasan ng isang apela ay maaaring baguhin ang pagiging karapat-dapat ng iba pang mga miyembro ng iyong pamilya.

Upang iapela ang iyong mga resulta sa pagiging karapat-dapat sa Marketplace, bisitahin ang HealthCare.gov/marketplace-appeals/. O tumawag sa Marketplace Call Center sa **1-800-318-2596**. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa **1-855-889-4325**. Maaari mo ring ipadala sa koreo ang isang form ng kahilingan sa pag-apela o ang iyong sariling sulat na humihiling ng isang apela sa **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Maaari mong iapela ang pagiging karapat-dapat para sa pagbili ng segurong pangkalusugan sa Marketplace, ang tagal ng pagpapatala, ang mga kredito sa buwis, ang mga pagbawas ng pagbabahagi ng bayad, ang Medicaid, at CHIP, kung tinanggihan kang bigyan ng mga ito. Kung kwalipikado ka para sa mga kredito sa buwis o sa mga pagbawas ng pagbabahagi ng bayad, maaari mong iapela ang halagang natukoy namin na karapat-dapat para sa iyo. Depende sa iyong estado, maaari kang mag-apela sa Marketplace o maaaring kailangan mong humiling ng apela sa Medicaid ng estado o sa ahensiya ng CHIP.

Dapat lagdaan ni TAO 1 ang aplikasyong ito. Kung ikaw ay isang awtorisadong kinatawan, maaari kang lumagda dito basta't nilagdaan ni TAO 1 ang Appendix C.

Lagda	Petsa ng paglagda (mm/dd/yyyy)
	/ /

Kung nilalagdaan mo ang aplikasyong ito sa labas ng Open Enrollment (sa pagitan ng Nobyembre 1 at Disyembre 15), siguraduhin na suriin ang Appendix D ("Mga tanong tungkol sa mga pagbabago sa buhay").

HAKBANG 6: Ipadala sa koreo ang nakumpletong aplikasyon

Ipadala ang iyong nilagdaang aplikasyon sa:
Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001

Kung nais mong magparehistro upang makaboto, maaari mong kumpletuhin ang isang form sa pagpaparehistro ng botante www.eac.gov.

KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Bisitahin ang HealthCare.gov, o tumawag sa amin sa **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa **1-855-889-4325**.

HUWAG ITONG TAPUSIN. HINDI ITO ISANG APLIKASYON.

Pagkuha ng Tulong sa isang Wika Maliban sa Ingles

Kung ikaw, o ang isang tao na tinutulungan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Health Insurance Marketplace, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagasalin ng wika, tumawag sa **1-800-318-2596**.

Narito ang isang listahan ng mga magagamit ng mga wika at ang kaparehong mensahe na ibinibigay sa itaas sa mga ganoong wika:

Español (Spanish)

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

中文 (Chinese)

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

tiếng Việt (Vietnamese)

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

한국어 (Korean)

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

العربية (Arabic)

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

Kreyòl (French Creole)

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

Tagalog (Tagalog)

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

Polski (Polish)

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

HUWAG ITONG TAPUSIN. HINDI ITO ISANG APLIKASYON.

Pagkuha ng Tulong sa isang Wika Maliban sa Ingles (Karugtong)

Русский (Russian)

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

Français (French)

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

Deutsch (German)

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

ગુજરાતી (Gujarati)

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

Português (Portuguese)

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

Italiano (Italian)

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

日本語 (Japanese)

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



Appendix A

Segurong Pangkalusugan mula sa Trabaho

HINDI MO kailangang sagutin ang mga tanong na ito maliban kung ang isang tao sa sambahayan ay karapat-dapat para sa segurong pangkalusugan mula sa isang trabaho, kahit na sila ay hindi tumatanggap ng pagsakop. Maglakip ng kopya ng pahinang ito para sa bawat trabaho na nag-aalok ng seguro.

Sabihin sa amin ang tungkol sa trabaho na nag-aalok ng pagsakop.

Gumawa ng kopya ng pahinang ito at dalhin ito sa mga tagapag-employo na nag-aalok ng seguro upang matulungan kang sagutin ang mga tanong na ito.

IMPORMASYON NG EMPLEYADO

1. Pangalan ng empleyado (Una, Gitna, Huling)	2. Social Security Number ng Empleyado
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

IMPORMASYON NG TAGA-EMPLEYO

3. Taga-Employo/pangalan ng kompanya	
<input type="text"/>	
4. Employer Identification Number (EIN)	5. Numero sa telepono ng employer
<input type="text"/> - <input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>

Ngayon, ipasok ang impormasyon ng isang tao o departamento na namamahala ng mga benepisyo ng empleyado. Maaaring makipag-alam kami sa taong ito kung kailangan namin ang karagdagang impormasyon:

6. Isang tao o departamento na maaari kaming makipag-alam tungkol sa sakop pangkalusugan ng empleyado		
<input type="text"/>		
7. Lugar ng Taga-Employo (ang Pamilihan ay maaring magpadala ng mga abiso sa lugar na ito)		
<input type="text"/>		
8. Lungsod	9. State	10. ZIP code
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Numero ng telepono (kung naiiba sa itaas)	12. Email address	
(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. Ang empleyado ba ay kasalukuyang karapat-dapat para sa seguro na inaalok ng tagapag-employong ito, o magiging karapat-dapat ba ang empleyado sa susunod na 3 buwan?

OO (Magpatuloy) **HINDI** (TAGA-EMPLEYO: HUMINTO at ibalik ang porm na ito sa empleyado. EMPLEYADO: ibalik ang iyong aplikasyon para sa sakop sa Marketplace.)

a. Kung ang empleyado ay hindi karapat-dapat ngayon, kasama na ang dahilan na resulta ng isang paghihintay o panahon ng pagsubok, kailan magiging karapat-dapat ang empleyado sa sakop?
(mm/dd/yyyy)

/ /

b. Nag-aalok ba ang taga-employo ng isang planong pangkalusugan na sumasakop sa asawa o (mga) sustentado ng empleyado?

OO. Kung oo, aling mga tao? Asawa (Mga) Sustentado **HINDI** (Pumunta sa tanong 14.)

Ilista ang mga pangalan ng sino pa man sa sambahayan ng empleyado na karapat-dapat sa sakop mula sa trabahong ito.

Pangalan

Pangalan

Pangalan

May karugtong sa susunod na pahina



Appendix B



Appendix C

Tulong sa pagkumpleto ng aplikasyong ito

Para sa mga sertipikadong tagapayo sa aplikasyon, navigator, mga ahente, at broker lamang

Kumpletuhin ang seksyong ito kung ikaw ay isang tagapayo sa aplikasyon, navigator, mga ahente, at broker na pinupunan ang aplikasyong ito para sa iba.

1. Petsa ng pagsisimula ng aplikasyon (mm/dd/yyyy)	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
2. Unang pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido, at Suffix	
<input type="text"/>	
3. Pangalan ng samahan	
<input type="text"/>	
4. ID number (kung naaangkop)	5. Para sa Agents/Brokers lang: NPN number
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Maaari kang pumili ng isang awtorisadong kinatawan.

Maaari mong bigyan ng pahintulot ang pinagkakatiwalaang tao na makipag-usap sa amin tungkol sa aplikasyong ito, makita ang iyong impormasyon, at kumilos para sa iyo sa mga bagay na nauugnay sa aplikasyong ito, kabilang ang pagkuha ng impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon at ang paglagda sa iyong aplikasyon sa iyong ngalan. Ang taong ito ay tinatawag na "awtorisadong kinatawan." Kung sakaling kailanganin mong baguhin o alisin ang iyong awtorisadong kinatawan, makipag-ugnay sa Marketplace. Kung ikaw ay isang legal na hinirang na kinatawan para sa isang tao sa aplikasyong ito, magsumite ng patunay sa aplikasyon.

1. Pangalan ng awtorisadong kinatawan (Unang pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido)		
2. Address		3. Apartment o suite
<input type="text"/>		<input type="text"/>
4. Lungsod	5. State	6. ZIP code
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Numero ng telepono		
<input type="text"/> (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		
8. Pangalan ng samahan		
<input type="text"/>		
9. ID number (kung naaangkop)		
<input type="text"/>		

Sa pamamagitan ng paglagda, pinapayagan mo ang taong ito na lagdaan ang iyong aplikasyon, kumuha ng mga opisyal na impormasyon tungkol sa aplikasyong ito, at kumilos para sa iyo sa lahat ng mga bagay sa hinaharap na may kaugnayan sa aplikasyong ito.

10. Lagda ni TAO 1 na nakalista sa aplikasyong ito	11. Petsa ng paglagda (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>





Appendix D

Mga tanong tungkol sa mga pagbabago sa buhay

(Dapat mong kumpletuhin ang natitirang bahagi ng aplikasyon kasama ang pahinang ito. Huwag isumite ang pahinang ito nang ito lang.)

Kung sinuman sa aplikasyong ito ay nakaranas ng ilang mga pagbabago sa buhay sa nakalipas na 60 na araw, sagutin ang mga sumusunod na tanong. Ang ilang mga pagbabago sa buhay ay magpapahintulot sa iyong seguro mula sa Marketplace na magsimula agad. Iminumungkahi namin na sagutin mo ang mga katanungang ito kung ikaw ay nagpapatala pagkatapos ng taunang Panahon ng Bukas na Pagpapatala at bago mag-umpisa ang susunod na Panahon ng Bukas na Pagpapatala.

Ang mga tanong na ito ay opsyonal. Kung ang iyong kalagayan sa buhay ay hindi nagbago, maaari mong iwanang blangko ang mga sagot. Maaari kang magpatala sa Medicaid at sa Children's Health Insurance Program (CHIP) anumang oras ng taon, kahit na hindi mo naranasan ang mga pagbabago sa buhay. Ang mga miyembro ng mga pederal na kinikilalang tribo at Alaska Native shareholders ay maaaring magpatala para sa seguro sa Marketplace anumang oras ng taon.

Sabihin sa amin ang mga pagbabago sa iyong tahanan.

1. Mayroon bang nawalan ng sakop na pangkalusugan sa nakaraang 60 na araw, o umaasang mawawalan ng kuwalipikadong sakop na pangkalusugan sa darating na 60 araw?

Mga Pangalan	Petsa na magtatapos ang seguro (mm/dd/yyyy)
<input type="checkbox"/> Lagyan ng check dito kung natapos na ang seguro dahil sa hindi pagbabayad ng premium.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

2. Mayroon bang nag-asawa sa nakaraang 60 na araw?

Mga Pangalan	Petsa (mm/dd/yyyy)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

a. Mayroon ba sa mga taong ito ang nagtataglay ng kuwalipikadong sakop na pangkalusugan kailanman sa nakaraang 60 na araw? Oo Hindi

Kung oo, itala ang kanilang (mga) pangalan sa ibaba:

3. Mayroon bang pinalabas sa pagkakakulong (piitan o bilangguan) sa nakaraang 60 na araw?

Mga Pangalan	Petsa (mm/dd/yyyy)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

4. Mayroon bang nakakuha ng eligible immigration status sa nakaraang 60 na araw?

Mga Pangalan	Petsa (mm/dd/yyyy)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

5. Mayroon bang inampon, inilagay para sa ampunan, o inilagay sa foster care sa nakaraang 60 na araw?

Mga Pangalan	Petsa (mm/dd/yyyy)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

6. Mayroon bang isang naging sustentado dahil sa isang suporta sa bata o iba pang utos ng korte sa nakaraang 60 na araw?

Mga Pangalan	Petsa (mm/dd/yyyy)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

7. Mayroon bang nagbago ng kanilang primerang lugar ng paninirahan sa nakaraang 60 na araw?

Mga Pangalan	Petsa ng paglipat (mm/dd/yyyy)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Ano ang zip code ng iyong dating tirahan? Punuin ito kung ikaw ay lumipat mula sa isang banyagang bayan o Teritoryo ng U.S.

a. Mayroon ba sa mga taong ito ang nagtataglay ng kuwalipikadong sakop na pangkalusugan kailanman sa nakaraang 60 na araw? Oo Hindi

Kung oo, itala ang kanilang (mga) pangalan sa ibaba:

Mga Pangalan