



เอกสารด้านการประกันสุขภาพ คำขอรับการประกันสุขภาพ และการช่วยชำระค่าใช้จ่าย

Form Approved
OMB No. 0938-1213

▶ ไปรอตสมัครออนไลน์ที่ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) เพื่อการสมัครที่รวดเร็วขึ้น



ใช้ใบสมัครนี้เพื่อดูว่าคุณมีคุณสมบัติที่จะได้รับการคุ้มครองแบบใด

- แผนประกันสุขภาพส่วนบุคคลที่เสนอการคุ้มครองที่ครอบคลุมที่ช่วยให้คุณมีคุณภาพชีวิตที่ดี
 - เครดิตภาษีอัตราใหม่ที่จะช่วยท่านชำระเบี้ยประกันที่สำหรับประกันคุ้มครองสุขภาพ.
 - ให้ความคุ้มครองในการ ชำระเบี้ยประกันระดับต่ำหรืออาจไม่ต้องชำระจากเมดิแคท(Medicaid) หรือจากโครงการประกันสุขภาพสำหรับเด็ก(CHIP)
- ท่านอาจสามารถร่วมโครงการเบี้ยประกันระดับต่ำหรืออาจไม่ต้องชำระถึงแม้ท่านอาจมีรายได้ถึง 98,400 ดอลลาร์ต่อปี (สำหรับครอบครัวที่มีสมาชิก 4 คน)**



ใครสามารถใช้แบบคำขอนี้ได้

- ใช้ใบสมัครนี้ในการสมัครให้กับสมาชิกคนใดในครอบครัวก็ได้
- ถึงแม้ท่านจะมีประกันสุขภาพแล้วก็สามารถสมัครร่วมโครงการได้ โดยที่ท่านอาจมีสิทธิ์ชำระเบี้ยประกันระดับต่ำหรืออาจไม่ต้องชำระเลยก็ได้
- หากเป็นโสด ท่านสามารถใช้แบบฟอร์มอย่างย่อ ไปรอตศึกษาในเวปไซต์ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- สมาชิกในครอบครัวที่มีสถานะผู้อพยพ สามารถสมัครร่วมโครงการได้ ท่านสามารถสมัครให้บุตรได้ แม้ว่าตัวท่านเองไม่มีสิทธิ์ร่วมโครงการ การสมัครร่วมโครงการนี้ไม่มีผลต่อสถานะผู้อพยพ หรือโอกาสที่จะได้รับสถานะพลเมืองถาวรของท่าน
- หากบุคคลอื่นกรอกแบบคำขอนี้แทนท่าน ท่านต้องกรอกภาคผนวก C



ข้อมูลจำเป็นในการสมัคร

- หมายเลขโซเชี่ยลเซคิวริตี้ (หรือรหัสเอกสารสถานะผู้อพยพที่ถูกต้องตามกฎหมายของผู้สมัครทำประกัน)
- ข้อมูลรายได้และข้อมูลนายจ้างของสมาชิกครอบครัวทุกคน (เช่นต้นฉบับใบเสร็จ แบบฟอร์ม W-2 หรือใบเอกสารกำกับภาษี หรือค่าจ้าง และ ใบแสดงภาษี)
- หมายเลขกรมธรรม์ประกันสุขภาพปัจจุบัน
- ข้อมูลประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานที่ใช้ได้กับครอบครัวของท่าน.



ทำไมเราจึงต้องข้อมูลเหล่านี้?

เราขอข้อมูลรายได้และข้อมูลอื่นเพื่อให้ท่านทราบว่าท่าน สามารถได้รับความคุ้มครองแบบใด รวมทั้งจะได้อธิบายว่าท่านจะได้สิทธิ์ในการช่วยชำระมากน้อยเพียงใด **ข้อมูลที่ี้จะถูกเก็บเป็นความลับตามที่กฎหมายกำหนด** หากต้องการศึกษาข้อกำหนดนี้ให้เข้าดูที่เวป [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)



ขั้นตอนต่อไปคืออะไร?

จัดส่งแบบคำขอที่สมบูรณ์ ลงนามครบถ้วนส่งไปยังที่อยู่ปรากฏในหน้า 7 หากไม่สามารถกรอกข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่กำหนด ขอให้ลงนามและส่งแบบคำขอได้เช่นกัน เราจะตอบกลับภายใน 1-2 สัปดาห์ ท่านอาจจะได้รับโทรศัพท์จากฝ่ายการตลาดประกัน ในกรณีที่เราต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หลังจากแบบคำขอผ่านกระบวนการต่าง ๆ แล้ว ท่านจะได้รับจดหมายตอบรับอย่างเป็นทางการอีกครั้ง หากขาดการติดต่อจากเรา โปรดติดต่อศูนย์การตลาด การกรอกแบบคำขอนี้ไม่ใช่การผูกมัดให้ชื่อประกันสุขภาพแต่อย่างใด.



ขอคำแนะนำในการกรอกแบบคำขอนี้อย่างไร

- ศึกษาในเวป [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- โทรศัพท์สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ศูนย์ ที่หมายเลข 1-800-318-2596 สำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านการได้ยิน โปรดโทรเข้าที่หมายเลข 1-855-899-4325
- ติดต่อด้วยตนเอง: อาจมีผู้ที่สามารถให้คำแนะนำได้ในพื้นที่ใกล้เคียง ให้ศึกษาในเวป [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) หรือโทรศัพท์สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ ศูนย์ ที่หมายเลข 1-800-318-2596
- ภาษ่อื่นๆ หากท่านต้องการความช่วยเหลืออื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ กรุณาติดต่อ 1-800-318-2596 และแจ้งภาษาที่ใช้กับเจ้าหน้าที่บริการลูกค้า เราจะดูแลท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับข้อมูลผลิตภัณฑ์ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง นอกจากนั้นท่านยังมีสิทธิ์ร้องเรียนในกรณีที่ท่านได้รับการกีดกันขัดขวางอย่างไม่หากท่านใช้ภาษาอื่นๆ-โดยเข้าไปศึกษาใน www.cms.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, หรือโทรแจ้งศูนย์การชาย ที่หมายเลข 1-800-318-2596 ส่วนผู้ใช้ TTY ควรโทร. 1-855-899-4325

ห้ามกรอกข้อมูลใดๆ เอกสารนี้ไม่ใช่ใบสมัคร



กรุณาพิมพ์ด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่ โดยใช้หมึกสีดำหรือน้ำเงินเท่านั้น
ให้แรงดำในวงกลม (○) → ● ตามแบบนี้.

ตอนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

(เราต้องการข้อมูลผู้ใหญ่นักหนึ่งคนในครอบครัวเพื่อเป็นการติดต่อในการสมัครของท่าน)

1. ชื่อต้น	ชื่อกลาง	นามสกุล	คำลงท้าย
<input type="text"/>			
2. ที่อยู่ (เว้นว่างหากไม่มี)			3. อพาร์ทเมนต์หรือหมายเลขห้อง
<input type="text"/>			<input type="text"/>
4. นคร/มหานคร	5. รัฐ	6. รหัสไปรษณีย์	7. เขต/เขตศาสนาหรือเขตการปกครอง
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. ที่อยู่เพื่อรับพัสดุไปรษณีย์ (หากแตกต่างจากที่อยู่อาศัย)			9. อพาร์ทเมนต์หรือหมายเลขห้อง
<input type="text"/>			<input type="text"/>
10. นคร/มหานคร	11. รัฐ	12. รหัสไปรษณีย์	13. เขต/เขตศาสนาหรือเขตการปกครอง
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. หมายเลขโทรศัพท์ (กลางวัน)		15. หมายเลขโทรศัพท์ (กลางคืน)	
(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	
16. ท่านประสงค์จะรับข้อมูลเกี่ยวกับการสมัครทางอีเมลหรือไม่..... <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่			
ที่อยู่อีเมล : <input type="text"/>			
17. ภาษาพูดที่ท่านประสงค์จะใช้คือภาษาอะไร? ท่านสื่อสารการเขียนด้วยภาษาอะไร?			
<input type="text"/>			

ตอนที่ 2: ข้อมูลครอบครัวของท่าน

ท่านประสงค์จะใส่ชื่อใครในแบบคำขอนี้

กรอกข้อมูลตอน 2 สำหรับสมาชิกครอบครัวทุกคนและทรัพย์สิน แม้บุคคลนั้นจะมีประกันสุขภาพอยู่แล้วก็ตาม ข้อมูลในแบบคำขอนี้จะช่วยให้เรามั่นใจว่าทุกคนได้รับวงเงินประกันที่ดีที่สุด ขนาดความช่วยเหลือหรือรูปแบบโครงการที่เหมาะสมกับท่าน ย่อมขึ้นอยู่กับจำนวนบุคคลในครอบครัวและรายได้ของพวกเขา หากท่านไม่สบายใจ แม้เขาจะมีประกันสุขภาพแล้ว อาจส่งผลกระทบต่อผลการพิจารณาคำขอของท่าน

สำหรับผู้ใหญ่ที่ประสงค์จะรับสิทธิวงเงินประกัน

ให้กรอกชื่อทุกคน แม้ว่า ทุกคนไม่ได้กรอกค่าขอประกันสุขภาพด้วยตนเองก็ตาม

- คู่สมรส
- บุตรชาย หญิงที่อายุต่ำกว่า 21 ปีที่อาศัยอยู่ด้วย รวมทั้งบุตรบุญธรรม
- บุคคลอื่นใดที่อยู่ในบัญชีครอบครัวแบบเดียวกัน (รวมทั้งบุตรคนโตก็ตามที่อายุเกิน 21 ปีไปที่บิดามารดาใช้ชื่อในการเรียกเก็บภาษีเงิน) ท่านไม่จำเป็นต้องแจ้งข้อมูลภาษีเพื่อขอวงเงินประกันสุขภาพ

สำหรับบุตรอายุต่ำกว่า 21 ปีที่ต้องการประกันสุขภาพ

ให้กรอกชื่อทุกคน แม้ว่า ทุกคนไม่ได้กรอกค่าขอประกันสุขภาพด้วยตนเองก็ตาม

- พ่อแม่ (หรือพ่อแม่บุญธรรม) ที่อาศัยอยู่ด้วย
- บุตรชายหญิงของคู่สมรสที่อาศัยอยู่ด้วย
- บุตรชายหญิงที่อาศัยอยู่ด้วยรวมทั้งบุตรบุญธรรม
- บุคคลอื่นใดที่อยู่ในบัญชีครอบครัวแบบเดียวกัน ท่านไม่จำเป็นต้องแจ้งข้อมูลภาษีเพื่อขอวงเงินประกันสุขภาพ

กรอกตอนที่สองสำหรับบุคคลทุกคนในครอบครัวของท่าน

เริ่มจากตนเอง ตามด้วยผู้ใหญ่ และเด็ก หากมีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 2 คน ให้สำเนาแบบทุกหน้า

ท่านไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลสถานะผู้ขอพบหรือ รหัสความมั่นคงภายใน (SSN) ของสมาชิกครอบครัว ผู้ต้องการประกันสุขภาพ เราจะเก็บข้อมูลทุกอย่างให้ปลอดภัยเป็นความลับตามที่กฎหมายกำหนด เราจะใช้ข้อมูลส่วนตัวเพียงเพื่อตรวจสอบว่าท่านมีสิทธิตามกฎหมายเพื่อขอรับประกันสุขภาพ

? ท่านต้องการความช่วยเหลือในการสมัครใช่หรือไม่? เยี่ยมชม HealthCare.gov หรือ โทร 1-800-318-2596 หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษโทร 1-800-318-2596 และบอกตัวแทนฝ่ายบริการลูกค้าภาษาที่คุณต้องการ เราจะดำเนินการช่วยเหลือคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ผู้ใช้ TTY ควรโทร 1-855-889-4325



ตอนที่ 2: คนที่ 1 (กรอกข้อมูลตัวท่านเองต่อ)

อาชีพปัจจุบันและข้อมูลรายได้

- หากปัจจุบันเป็นลูกจ้าง
โปรดระบุรายได้ เริ่มตอบคำถามข้อ 21
- หากตกงานให้ข้ามไปตอบข้อ 31
- อาชีพอิสระ
ข้ามไปตอบข้อ 30

อาชีพปัจจุบัน 1:

21. ชื่อนายจ้าง

a. ที่อยู่นายจ้าง

b. เมือง

c. รัฐ

d. รหัสไปรษณีย์

22. หมายเลขโทรศัพท์นายจ้าง

() -

23. ค่าจ้าง/ทิป (ก่อนหักภาษี)

 รายชั่วโมง รายสัปดาห์ ทุกสองสัปดาห์

24. จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อสัปดาห์

\$

 เดือนละ 2 ครั้ง รายเดือน รายปี

อาชีพปัจจุบัน 2: (หากท่านมีงานเสริมและต้องการที่ว่างเพิ่ม ให้ แแนบกระดาษอีกแผ่นหนึ่ง)

25. ชื่อนายจ้าง

a. ที่อยู่นายจ้าง

b. เมือง

c. รัฐ

d. รหัสไปรษณีย์

26. หมายเลขโทรศัพท์นายจ้าง

() -

27. ค่าจ้าง/ทิป (ก่อนหักภาษี)

 รายชั่วโมง รายสัปดาห์ ทุกสองสัปดาห์

28. จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อสัปดาห์

\$

 เดือนละ 2 ครั้ง รายเดือน รายปี29. ในรอบปีที่ผ่านมาน่าท่านได้ เปลี่ยนงาน หยุดงาน ชั่วโมงทำงานเริ่มลดลง ไม่มีทั้งสามข้อ

30. หากทำอาชีพอิสระ โปรดตอบ a กับ b:

a. ประเภทงาน:

b. รายได้สุทธิ(กำไรหลังหักค่าใช้จ่าย)เดือนนี้ (ดูคำชี้แจง)

\$

31. รายได้อื่นๆ ที่มีในเดือนนี้: โปรดกรอกทุกข้อที่เกี่ยวข้องพร้อมระบุจำนวนเงิน และความถี่ที่น้อยที่ได้รับ หากไม่มีให้กรอกตรงนี้

หมายเหตุ: คุณไม่ต้องระบุรายได้ของบุคคลที่ 2 ได้จากค่าเลี้ยงดูบุตร ค่าตอบแทนทหารผ่านศึก หรือ รายได้จากอาชีพเสริมด้านความมั่นคง (SSI)

<input type="radio"/> ว่างาน	\$	บ้อยแค่ไหน?	<input type="radio"/> ค่าเลี้ยงดู	\$	บ้อยแค่ไหน?
<input type="radio"/> บ้านญาติ	\$	บ้อยแค่ไหน?	<input type="radio"/> รายได้สุทธิจากการเกษตร/ การประมง	\$	บ้อยแค่ไหน?
<input type="radio"/> ประกันสังคม	\$	บ้อยแค่ไหน?	<input type="radio"/> รายได้สุทธิจากค่าเช่า/ลิขสิทธิ์	\$	บ้อยแค่ไหน?
<input type="radio"/> บัญชีบ้านญาติ	\$	บ้อยแค่ไหน?	<input type="radio"/> รายได้อื่นๆ ประเภท: _____	\$	บ้อยแค่ไหน?

32. ค่าลดหย่อน: กรอกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง โปรดระบุจำนวนเงินและความถี่ ถ้าท่านชำระค่าสินค้าที่สามารถขอคืนภาษี เพื่อให้เราสามารถลดเบี่ยประกันสุขภาพลง

หมายเหตุ: ไม่ควรระบุจำนวนเงินค่าเลี้ยงดูเด็กที่ท่านชำระ หรือค่าใช้จ่ายที่ท่านได้รับในข้อ 30b

<input type="radio"/> ค่าเลี้ยงดูคู่สมรส	\$	บ้อยแค่ไหน?	<input type="radio"/> รายได้อื่นๆ ประเภท: _____	\$	บ้อยแค่ไหน?
<input type="radio"/> ดอกเบี้ยเงินกู้เพื่อ การศึกษา	\$	บ้อยแค่ไหน?			

33. หากมีการเปลี่ยนแปลงรายได้ระหว่างปี โปรดกรอกข้อต่อไปนี้ เช่นกรณีรับเงินเฉพาะช่วงเวลา หากมั่นใจว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง กรุณาข้ามไปตอบรายการของบุคคลต่อไป ➔

รายได้สุทธิทั้งปี	\$	รายได้สุทธิปีหน้า (หากคาดว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง)	\$
-------------------	----	---	----

ขอบคุณ! นี่คือทั้งหมดที่อยากทราบเกี่ยวกับคุณ

? ท่านต้องการความช่วยเหลือในการสมัครใช่หรือไม่? เชิญชม HealthCare.gov หรือ โทร 1-800-318-2596 หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ โทร 1-800-318-2596 และบอกตัวแทนฝ่ายบริการลูกค้าภาษาที่คุณต้องการ เราจะดำเนินการช่วยเหลือคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ผู้ใช้ TTY ควรโทร 1-855-889-4325

ห้ามกรอกข้อมูลใดๆ เอกสารนี้ไม่ใช่ใบสมัคร



ตอนที่ 2: คนที่ 2

กรอกข้อมูลรายได้บุคคลที่ 2
โปรดกรอกข้อมูลเหล่านี้ แม้บุคคลที่ 2 ไม่ต้องการประกันสุขภาพก็ตาม

อาชีพปัจจุบันและข้อมูลรายได้

- หากปัจจุบันเป็นลูกจ้าง
โปรดระบุรายได้ เริ่มตอบคำถามข้อ 23
- หากตกงานให้ข้ามไปตอบข้อ
- อาชีพอิสระ
ข้ามไปตอบข้อ 32

อาชีพปัจจุบัน 1:

23. ชื่อนายจ้าง

a. ที่อยู่นายจ้าง

b. เมือง

c. รัฐ

d. รหัสไปรษณีย์

24. หมายเลขโทรศัพท์นายจ้าง

25. ค่าจ้าง/ทิป (ก่อนหักภาษี)

รายชั่วโมง

รายสัปดาห์

ทุกสองสัปดาห์

26. จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อสัปดาห์

\$

เดือนละ 2 ครั้ง

รายเดือน

รายปี

อาชีพปัจจุบัน 2: (หากบุคคลที่ 2 มีงานเสริมและต้องการที่ว่างเพิ่มให้แนบกระดาษอีกแผ่นหนึ่ง)

27. ชื่อนายจ้าง

a. ที่อยู่นายจ้าง

b. เมือง

c. รัฐ

d. รหัสไปรษณีย์

28. หมายเลขโทรศัพท์นายจ้าง

29. ค่าจ้าง/ทิป (ก่อนหักภาษี)

รายชั่วโมง

รายสัปดาห์

ทุกสองสัปดาห์

30. จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อสัปดาห์

\$

เดือนละ 2 ครั้ง

รายเดือน

รายปี

31. ในรอบปีที่ผ่านมามีบุคคลที่ 2 ได้: เปลี่ยนงาน หายงาน ชั่วโมงทำงานเริ่มลดลง ไม่มีทั้งสามข้อ

32. หากทำอาชีพอิสระ โปรดตอบ a กับ b:

a. ประเภทงาน:

b. รายได้สุทธิ(กำไรหลังหักค่าใช้จ่าย)เดือนนี้ (ดูคำชี้แจง)

\$

33. หากบุคคลที่ 2 มีรายได้อื่นๆ ที่มีในเดือนนี้: โปรดกรอกทุกข้อที่เกี่ยวข้องพร้อมระบุจำนวนเงิน และความถี่ที่ได้รับ หากไม่มีให้กรอกตรงนี้
หมายเหตุ: คุณไม่ต้องระบุรายได้ที่บุคคลที่ 2 ได้จากค่าเลี้ยงดูบุตร ค่าตอบแทนทหารผ่านศึก หรือ รายได้จากอาชีพเสริมด้านความมั่นคง (SSI)

ว่างาน

\$

บ่อยแค่ไหน?

ค่าเลี้ยงดู

\$

บ่อยแค่ไหน?

บ้านญาติ

\$

บ่อยแค่ไหน?

รายได้สุทธิจากการเกษตร/
การประมง

\$

บ่อยแค่ไหน?

ประกันสังคม

\$

บ่อยแค่ไหน?

รายได้สุทธิจากค่าเช่า/ลิขสิทธิ์

\$

บ่อยแค่ไหน?

บัญชีบ้านญาติ

\$

บ่อยแค่ไหน?

รายได้อื่นๆ

\$

บ่อยแค่ไหน?

ประเภท:

34. ค่าลดหย่อน: กรอกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง โปรดระบุจำนวนเงินและความถี่ ถ้าบุคคลที่ 2 ชำระค่าสินค้าใดที่สามารถขอคืนภาษี เพื่อให้เราสามารถลดเบี่ยประกันสุขภาพลง
หมายเหตุ: ไม่ต้องระบุจำนวนเงินค่าเลี้ยงดูเด็กที่บุคคลที่ 2 ชำระ หรือค่าใช้จ่ายที่ท่านได้รับในข้อ 32b

ค่าเลี้ยงดูคู่สมรส

\$

บ่อยแค่ไหน?

รายได้อื่นๆ

\$

บ่อยแค่ไหน?

ดอกเบี้ยเงินกู้เพื่อ

\$

บ่อยแค่ไหน?

ประเภท:

35. หากบุคคลที่ 2 มีการเปลี่ยนแปลงรายได้ระหว่างปี โปรดกรอกข้อต่อไปนี้ เช่นหากบุคคลที่ 2 กรณได้รับเงินเฉพาะช่วงเวลา หากมั่นใจว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง กรุณาข้ามไปตอบรายการของบุคคลต่อไป

รายได้สุทธิปีใหม่ของบุคคลที่ 2

รายได้สุทธิปีหน้าของบุคคลที่ 2

\$

\$

ขอบคุณ! นี่คืองทั้งหมดที่ต้องการทราบเกี่ยวกับบุคคลที่ 2

ท่านต้องการความช่วยเหลือในการสมัครใช้หรือไม่? เยี่ยมชม HealthCare.gov หรือ โทร 1-800-318-2596 หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ โทร 1-800-318-2596 และบอกตัวแทนฝ่ายบริการลูกค้าภาษาที่คุณต้องการ เราจะดำเนินการช่วยเหลือคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ผู้ใช้ TTY ควรโทร 1-855-889-4325



ตอนที่ 3: สมาชิกครอบครัวที่เป็น อเมริกันอินเดีย หรือชนพื้นเมืองอลาสกา (AI/AN)

1. ในครอบครัวของท่านมีสมาชิกที่มีเชื้อชาติ อเมริกันอินเดีย หรือชนพื้นเมืองอลาสกา หรือไม่
- ถ้าไม่ ให้ต่อขั้นตอนที่ 4 ถ้าใช่ ให้ต่อตอนที่ 4 และภาคผนวก B พร้อมแบบคำขอ

ตอนที่ 4: ประกันสุขภาพของครอบครัวของคุณ

1. สำหรับทุกปีที่ท่านได้รับการลดหย่อนภาษีประกันนั้น ครอบครัวของคุณจ่ายภาษีย้อนหลังและได้คืนการลดหย่อนภาษีประกันที่คุณใช้แล้วหรือไม่
- ใช่, ได้ชำระคืนการลดหย่อนภาษีประกันนั้นแล้ว ให้คุณฝนลงในวงกลมเท่านั้นถ้าทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องกับคุณ
- คุณชำระการลดหย่อนภาษีประกันโดยการจ่ายล่วงหน้าไปก่อน (APTC) ในหนึ่งปีหรือมากกว่านั้นเพื่อช่วยให้ค่าคุ้มครองของประกันของคุณต่ำลง
 - สมาชิกผู้เสียภาษีของครอบครัวของคุณขอเรียกคืนรายได้จากการเสียภาษีในแต่ละปีของจำนวนหลายปี
 - ผู้เสียภาษีกรอกแบบฟอร์มของ IRS 8962 ([healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/](https://www.healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/)) พร้อมกับการเรียกคืนภาษีรายได้

2. มีใครก็ตามในใบสมัครนี้ที่ไม่มีคุณสมบัติที่จะได้รับประกันสุขภาพจากเมดิแคท หรือ ประกันสุขภาพสำหรับเด็ก (CHIP) ภายใน 90 วันหรือไม่? (เลือก ใช่ เฉพาะในกรณีที่มีผู้ที่ไม่มีคุณสมบัติที่จะได้รับการคุ้มครองโดยรัฐบาล แต่ไม่ใช่จากตลาดประกันสุขภาพ) ใช่ ไม่ใช่
- ใคร? วันที่:
- หรือ หากพบว่าใครในใบสมัครนี้ไม่มีสิทธิได้รับ Medicaid หรือ CHIP เนื่องจากสถานะการเข้าเมืองในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? ใช่ ไม่ใช่
- ใคร?
- มีใครหรือไม่ในใบสมัครนี้ที่สมัครเอาประกันคุ้มครองในช่วงที่ตลาดประกันสุขภาพเปิดรับสมัคร? ใช่ ไม่ใช่
- ใคร?

3. ทุกปีที่ท่านได้รับสิทธิขอรื้อคืนภาษี ท่านได้ใช้สิทธิในการขอรื้อคืนภาษีดังกล่าวหรือไม่? (เลือกใช่ ถ้าหากความคุ้มครองนั้นมาจากงานของบุคคลใดบุคคลหนึ่งอีกด้วย เช่น พ่อแม่หรือคู่สมรส แม้ว่าพวกเขาจะไม่ยอมรับความคุ้มครอง)
- ใช่ ดำเนินการต่อและกรอกภาคผนวก A ให้เรียบร้อย นี่คือการผลประโยชน์ของลูกจ้างของรัฐใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
- ไม่

4. มีผู้ใดได้รับการลงทะเบียนในความคุ้มครองสุขภาพหรือไม่?
- ใช่ ถ้าใช่ ดำเนินการต่อไปที่คำถามที่ 6. ไม่ ถ้าไม่ ข้ามไปที่ตอนที่ 5.

5. ข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองด้านสุขภาพที่มีอยู่ (โปรดสำเนาหน้าหากมีมากกว่า 2 คนที่มีประกันสุขภาพ)
- เขียนประเภทของความคุ้มครอง เช่น ประกันแรงงาน โครงการประกันของนายจ้าง COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, โครงการประกันสุขภาพ VA, Peace Corps, หรืออื่น ๆ (ไม่ต้องระบุข้อมูล TRICARE หากท่านมี Direct Care หรือ Line of Duty.)

ชื่อของผู้ที่ได้รับการลงทะเบียนในความคุ้มครองประกันสุขภาพ

ประเภทความคุ้มครอง

ประกันนายจ้าง COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE โครงการประกันสุขภาพ VA Peace Corps อื่นๆ

ถ้าคุณมีประกันของนายจ้าง (คุณยังต้องกรอกภาคผนวก A)

ชื่อของบริษัทประกันสุขภาพ กรมธรรม์/หมายเลขประจำตัว

ถ้าเป็นความคุ้มครองชนิดอื่น กรอกลงไปถ้าเป็นการคุ้มครองจากตลาดประกันสุขภาพ

ชื่อของบริษัทประกันสุขภาพ กรมธรรม์/หมายเลขประจำตัว

นี่เป็นแผนผลประโยชน์ที่จำกัดใช่หรือไม่? เช่น กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุของโรงเรียน..... ใช่ ไม่ใช่

ชื่อของผู้ที่ได้รับการลงทะเบียนในความคุ้มครองประกันสุขภาพ

ประเภทความคุ้มครอง

ประกันนายจ้าง COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE โครงการประกันสุขภาพ VA Peace Corps อื่นๆ

ถ้าคุณมีประกันของนายจ้าง (คุณยังต้องกรอกภาคผนวก A)

ชื่อของบริษัทประกันสุขภาพ กรมธรรม์/หมายเลขประจำตัว

ถ้าเป็นความคุ้มครองชนิดอื่น กรอกลงไปถ้าเป็นการคุ้มครองจากตลาดประกันสุขภาพ

ชื่อของบริษัทประกันสุขภาพ กรมธรรม์/หมายเลขประจำตัว

นี่เป็นแผนผลประโยชน์ที่จำกัดใช่หรือไม่? เช่น กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุของโรงเรียน..... ใช่ ไม่ใช่

? ท่านต้องการความช่วยเหลือในการสมัครใช่หรือไม่? เยี่ยมชม [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) หรือ โทร 1-800-318-2596 หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษโทร 1-800-318-2596 และบอกตัวแทนฝ่ายบริการลูกค้าภาษาที่คุณต้องการ เราจะดำเนินการช่วยเหลือคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ผู้ใช้ TTY ควรโทร 1-855-889-4325



ตอนที่ 5: สัญญาของคุณและ ลายมือชื่อ

1. คุณอนุญาตให้ฝ่ายการตลาดประกันภัยใช้ข้อมูลรายได้ รวมไปถึง ข้อมูลจากการคืนภาษีภายใน 5 ปีข้างหน้า ใช่ ไม่ใช่

เพื่อให้ง่ายต่อการตรวจสอบสิทธิ์ของคุณสำหรับความช่วยเหลือในการจ่ายสำหรับความคุ้มครองในอนาคต คุณสามารถอนุญาตให้ฝ่ายการตลาดประกันภัยใช้ข้อมูลรายได้ รวมไปถึง ข้อมูลจากการคืนภาษี ฝ่ายการตลาดประกันภัยจะส่งหนังสือและให้คุณทำการเปลี่ยนแปลงใดๆ ฝ่ายการตลาดประกันภัยจะตรวจสอบว่าคุณมีสิทธิ์ และอาจร้องขอให้คุณพิสูจน์ว่าคุณยังคงมีคุณสมบัติอยู่ คุณสามารถเลือกได้ตลอดเวลา

ถ้าไม่ อัปเดตข้อมูลของคุณสำหรับถัดไปโดยอัตโนมัติ:

4 ปี 2 ปี อย่าใช้ข้อมูลภาษีของฉันเพื่อต่อสิทธิ์ช่วยจ่ายสำหรับประกันสุขภาพ

3 ปี 1 ปี (ตัวเลือกนี้อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับความช่วยเหลือในการจ่ายสำหรับความคุ้มครองที่ต่ออายุ)

2. ผู้ที่ยื่นสมัครประกันสุขภาพนี้ถูกจองจำ (ถูกคุมขังหรือจำคุก)อยู่หรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

ถ้าใช่ ระบุชื่อ ชื่อของผู้ที่ถูกจองจำคือ

กรอกข้อมูลตรงนี้ หากบุคคลผู้ยื่นแนวดนนั้นจะถูกรับกุม

ถ้าบุคคลใดในใบสมัครนี้มีสิทธิ์ใน Medicaid

- ฉันกำลังให้ ตัวแทน Medicaid ใช้สิทธิ์ในการติดตามเงินจากประกันสุขภาพอื่น การชำระหนี้ตามกฎหมาย หรือบุคคลที่สาม ฉันกำลังให้ตัวแทน Medicaid ใช้สิทธิ์ในการติดตามเอกสารสนับสนุนด้านการแพทย์จากคู่สมรสหรือพ่อแม่
- มีเด็กคนใดในใบสมัครนี้มีผู้ปกครองอยู่กันบ้านหรือไม่? ใช่ ไม่ใช่
- ถ้าใช่ ฉันจะรับได้หรือขอความร่วมมือจากตัวแทนที่รวบรวมการสนับสนุนทางการแพทย์ จาก absent parent ถ้าฉันคิดว่าทำให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมความช่วยเหลือทางการแพทย์จะเป็นอันตรายต่อฉันหรือลูก ๆ ของฉัน ฉันสามารถแจ้ง Medicaid และฉันอาจจะไม่ได้ให้ความร่วมมือ
- ฉันลงชื่อเข้าใช้โปรแกรมนี้ภายใต้บทลงโทษของการเบี่ยงเบน ซึ่งหมายความว่าฉันได้ให้คำตอบที่แท้จริงให้กับทุกคำถามในแบบฟอร์มนี้ที่ดีที่สุดของความรู้อันฉัน ฉันรู้ว่าฉันอาจจะต้องได้รับโทษตามกฎหมายของรัฐบาลกลางถ้าผมจงใจให้ข้อมูลเท็จหรือจริง
- ฉันรู้ว่าฉันต้องแจ้งฝ่ายการตลาดประกันสุขภาพภายใน 30 วันถ้ามีอะไรเปลี่ยนแปลง (และมีความแตกต่าง) สิ่งที่ไม่เขียนในใบสมัครนี้ ฉันสามารถเยี่ยมชม HealthCare.gov หรือโทร 1-800-318-2596 เพื่อรายงานการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ฉันเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของฉันอาจมีผลต่อสิทธิ์ของฉันเช่นเดียวกับคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับสมาชิกในครอบครัวของฉัน
- ฉันรู้ว่าภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลาง การเลือกปฏิบัติไม่ได้ได้รับอนุญาตบนพื้นฐานของเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด เพศ อายุ รสนิยมทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศหรือความพิการ ฉันสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนของการเลือกปฏิบัติโดยไป www.hhs.gov/ocr/office/file.
- ฉันรู้ว่าข้อมูลในแบบฟอร์มนี้จะถูกใช้เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับความคุ้มครองสุขภาพช่วยจ่ายสำหรับตามความคุ้มครอง (ถ้ามีการร้องขอ) และเพื่อวัตถุประสงค์ที่ขอบด้วยกฎหมายของฝ่ายการตลาดและโปรแกรมที่ช่วยการจ่ายเงินสำหรับการรายงานข่าว

เราต้องใช้ข้อมูลนี้ในการตรวจสอบสิทธิ์ของคุณสำหรับความช่วยเหลือจ่ายสำหรับการคุ้มครองสุขภาพถ้าคุณเลือกที่จะใช้เราตรวจสอบคำตอบของคุณโดยใช้ข้อมูลในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของเราและฐานข้อมูลจากการให้บริการสรรพากร (IRS), ประกันสังคม, กรมความมั่นคงแห่งมาตุภูมิและ / หรือหน่วยงานการรายงานของผู้บริโภค หากข้อมูลไม่ตรงกันเราอาจขอให้คุณโปรดส่งหลักฐาน

ฉันควรทำอะไรถ้าฉันคิดว่าผลของการมีสิทธิ์ของฉันจะผิดหรือเปล่า?

- ถ้าคุณไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่คุณมีสิทธิ์ได้รับ ในหลายกรณี คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดตรวจสอบหนังสือแจ้งสิทธิ์ของคุณเพื่อค้นหาคำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงเพื่อติดตามความสนใจของแต่ละคนในครัวเรือนของคุณที่ได้รับความคุ้มครองรวมถึงจำนวนวันที่คุณจะต้องยื่นคำอุทธรณ์ นี่เป็นข้อมูลที่สำคัญที่จะต้องพิจารณาเมื่ออุทธรณ์:
- คุณสามารถมีคำขอหรือมีส่วนร่วมในโครงการในการอุทธรณ์ของคุณถ้าคุณต้องการ บุคคลนั้นสามารถเป็นเพื่อน ญาติทนายความหรือบุคคลอื่น ๆ หรือคุณสามารถร้องขอและมีส่วนร่วมในการอุทธรณ์ของคุณเองได้
 - หากคุณได้รับข้ออุทธรณ์คุณอาจจะสามารถที่จะรักษาสีทธิ์ของคุณสำหรับความคุ้มครองในขณะที่การอุทธรณ์ของคุณอยู่ระหว่างการพิจารณา
 - ผลของการอุทธรณ์สามารถมีผลเปลี่ยนสิทธิ์ของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวของคุณ

ยื่นอุทธรณ์ต่อฝ่ายการตลาดในผลของการมีสิทธิ์ เยี่ยมชม HealthCare.gov/marketplace-appeals/ หรือสอบถามฝ่ายการตลาด Call Center 1-800-318-2596 ผู้ใช้ TTY ควรโทร 1-855-889-4325 นอกจากนี้คุณยังสามารถส่งแบบฟอร์มคำขออุทธรณ์หรือหนังสือของตัวเองขออุทธรณ์ไปยังฝ่ายการตลาดประกันสุขภาพ Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 คุณสามารถอุทธรณ์การมีสิทธิ์สำหรับการซื้อความคุ้มครองสุขภาพผ่านฝ่ายการตลาด ระยะเวลาการลงทะเบียนการเครดิตภาษีลดค่าใช้จ่ายร่วมกัน Medicaid และ CHIP ถ้าคุณถูกปฏิเสธจากสิ่งเหล่านี้ หากคุณมีสิทธิ์ได้รับเครดิตภาษีหรือลดค่าใช้จ่ายร่วมกันคุณสามารถอุทธรณ์จำนวนเงินที่เรากำหนดว่าคุณมีสิทธิ์ได้ ขึ้นอยู่กับสถานะของคุณ คุณอาจจะสามารถที่จะอุทธรณ์ผ่านฝ่ายการตลาดหรือคุณอาจจะต้องร้องขออุทธรณ์กับ Medicaid ของรัฐ หรือ หน่วยงาน CHIP

บุคคลที่ 1 ควรลงชื่อในใบสมัครนี้ หากคุณเป็นตัวแทนที่ได้รับอนุญาต คุณอาจลงชื่อที่นั่นกว่าบุคคลที่ 1 ลงชื่อในภาคผนวก C

ลงมือชื่อ	ลงชื่อวันที่ (เดือน/วัน/ปี)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

หากคุณกำลังลงชื่อในใบสมัครนี้นอกการเปิดการลงทะเบียน (ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายนถึง 15 ธันวาคม) ให้แน่ใจว่าคุณตรวจสอบภาคผนวก D ("คำถามที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงกับชีวิต")

ตอนที่ 6: ส่งใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้ว

ส่งใบสมัครที่ลงชื่อแล้วมาที่:

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

หากคุณต้องการที่จะลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนคุณสามารถกรอกแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ์เลือกตั้งที่ www.eac.gov.

? ท่านต้องการความช่วยเหลือในการสมัครใช่หรือไม่? เยี่ยมชม HealthCare.gov หรือ โทร 1-800-318-2596 หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษโทร 1-800-318-2596 และบอกตัวแทนฝ่ายบริการลูกค้าภาษาที่ต้องการ เราจะสามารถช่วยเหลือคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ผู้ใช้ TTY ควรโทร 1-855-889-4325

ห้ามกรอกข้อมูลใดๆ เอกสารนี้ไม่ใช่ใบสมัคร

การขอความช่วยเหลือด้านภาษาอื่น ๆ นอกจากภาษาอังกฤษ

หากคุณหรือใครก็ตามที่คุณช่วยเหลือ มีคำถามเกี่ยวกับตลาดประกันสุขภาพ คุณมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลนั้นในภาษาของคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากต้องการพูดกับล่าม โทรเข้าที่หมายเลข 1-800-318-2596

นี่คือรายการของภาษาที่เราให้บริการและมีข้อความเดียวกันกับข้างต้น:

Español (Spanish)

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

中文 (Chinese)

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

tiếng Việt (Vietnamese)

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

한국어 (Korean)

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

العربية (Arabic)

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

Kreyòl (French Creole)

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

Tagalog (Tagalog)

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

Polski (Polish)

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

ห้ามกรอกข้อมูลใดๆ เอกสารนี้ไม่ใช่ใบสมัคร

การขอความช่วยเหลือด้านภาษาอื่นนอกจากภาษาอังกฤษ (มีต่อ)

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。



ภาคผนวก A

คุ้มครองสุขภาพจากงาน

คุณไม่จำเป็นต้องตอบคำถามเหล่านี้ยกเว้นคุณในครัวเรือนมีสิทธิได้รับความคุ้มครองสุขภาพจากการทำงานถึงแม้ว่าพวกเขาไม่ยอมรับความคุ้มครอง แยกสำเนาหน้านี้สำหรับแต่ละงานที่ให้ความคุ้มครอง

แจ้งพวกเราเกี่ยวกับงานที่ให้ความคุ้มครอง

ทำสำเนาของหน้านี้และนำไปให้นายจ้างที่ให้ความคุ้มครองเพื่อช่วยให้คุณตอบคำถามเหล่านี้

ข้อมูลพนักงาน

1. ชื่อพนักงาน (ชื่อต้นชื่อกลางนามสกุล)	2. หมายเลขประกันสังคมลูกจ้าง (SSN)
	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

ข้อมูลพนักงาน

3. นายจ้าง/ชื่อบริษัท	
4. หมายเลขประจำตัวนายจ้าง (EIN)	5. หมายเลขโทรศัพท์นายจ้าง
<input type="text"/> - <input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>

ณ ตอนนี, ให้คุณกรอกข้อมูลของคุณหรือหน่วยงานที่จัดการเกี่ยวกับผลประโยชน์ต่างๆของลูกจ้าง เราอาจจะติดต่อคุณผู้นี้หากเราต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

6. บุคคลหรือหน่วยงานที่เราสามารถติดต่อได้เกี่ยวกับประกันคุ้มครองสุขภาพของพนักงาน		
7. ที่อยู่ของนายจ้าง (ตลาดประกันสุขภาพอาจส่งหมายแจ้งเตือนไปยังที่อยู่นี้)		
8. เมือง	9. รัฐ	10. รหัสไปรษณีย์
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้าแตกต่างจากข้างต้น)	12. อีเมล	
(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		

13. พนักงานปัจจุบันมีสิทธิได้รับความคุ้มครองที่นำเสนอโดยนายจ้างนี้หรือลูกจ้างจะกลายเป็นมีสิทธิใน 3 เดือนต่อไปหรือไม่?

ใช่ (ต่อ) ไม่ (นายจ้าง: หยุด และ ส่งแบบฟอร์มนี้กลับมายังพนักงาน นายจ้าง: ส่งใบสมัครของคุณกลับมาที่ตลาดประกันสุขภาพ)

a. ถ้าหากพนักงานไม่มีคุณสมบัติที่จะได้รับประกัน ณ วันนี้, รวมทั้งในระหว่างที่รอหรืออยู่ในช่วงเวลาที่ถูกรตรวจสอบ เมื่อไหร่ที่พนักงานผู้นั้นจะมีคุณสมบัติที่จะได้รับการคุ้มครอง? (เดือน/วัน/ปี)

/ /

b. นายจ้างรายนี้เสนอประกันสุขภาพที่คุ้มครองคู่สมรสหรือผู้ที่ถูกที่อยู่ในการอุปถัมภ์หรือไม่?

ใช่ ถ้าใช่, คนไหน? คู่สมรส ผู้ที่อยู่ในการอุปถัมภ์ ไม่ (กลับไปยังคำถามข้อที่ 14)

ทำรายการรายชื่อบุคคลอื่นได้อีกก็ตามในครอบครัวของพนักงานซึ่งมีคุณสมบัติที่จะได้รับการคุ้มครองจากงานนี้

ชื่อ

ชื่อ

ชื่อ

มีต่อในหน้าถัดไป

ห้ามกรอกข้อมูลใดๆ เอกสารนี้ไม่ใช่ใบสมัคร



ให้บอกเราเกี่ยวกับประกันคุ้มครองสุขภาพที่ได้จากนายจ้างรายนี้

14. นายจ้างนำเสนอแผนสุขภาพที่เป็นไปตามมาตรฐานขั้นต่ำสุด*?

ใช่ (ไปที่คำถามที่ 15) ไม่ (หยุด และ คินแบบฟอร์มนี้ให้แก่ลูกจ้าง)

15. พนักงานจะต้องจ่าย เท่าไหร่สำหรับการวางแผนค่าใช้จ่ายต่ำสุดที่นำเสนอให้กับพนักงานเท่านั้นที่ตรงตามมาตรฐานขั้นต่ำสุด*? ไม่รวมถึงแผนครอบครัว **หมายเหตุ:** ในกรณีที่นายจ้างเสนอโปรแกรมสุขภาพให้ป้อนค่าเบี้ยประกันภัยที่พนักงานจะจ่ายถ้าพนักงานมีส่วนลดสูงสุดสำหรับโปรแกรมการเลือกยาสูบใด ๆ และไม่ได้รับส่วนลดอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับโปรแกรมสุขภาพ

a. พนักงานควรจ่ายเบี้ยประกันภัยนี้: ดอลลาร์ \$

หมายเหตุ: ใส่จำนวนต่ำสุดที่พนักงานควรจ่ายสำหรับความคุ้มครองสุขภาพ

b. พนักงานควรจ่ายเงินจำนวนนี้ รายสัปดาห์ ทุก 2 สัปดาห์ เดือนละ 2 ครั้ง เดือนละครั้ง รายไตรมาส รายปี

(ไปคำถามถัดไป)

16. การเปลี่ยนแปลงอะไรที่นายจ้างจะทำการสำหรับแผนใหม่ประจำปี?

นายจ้างจะไม่ให้ความคุ้มครองสุขภาพ ณ วินาที (เดือน/วัน/ปี)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

จำนวนเบี้ยประกันที่จะเปลี่ยนไปสำหรับแผนราคาต่ำสุดที่เป็นไปตามมาตรฐานค่าต่ำสุด* และที่ใช้ให้กับพนักงานเท่านั้น (เบี้ยประกันควรสะท้อนถึงส่วนลดสำหรับโปรแกรมเลือกยาสูบ ดูคำถามที่ 15)

a. พนักงานควรจ่ายเบี้ยประกันนี้ \$

b. บ่อยแค่ไหน รายสัปดาห์ ทุก 2 สัปดาห์ เดือนละ 2 ครั้ง เดือนละครั้ง รายไตรมาส รายปี

c. วันที่เปลี่ยน : (เดือน/วัน/ปี)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ฉันไม่รู้ ถ้านายจ้างดำเนินการเปลี่ยนแปลง

นายจ้างจะไม่ทำการเปลี่ยนแปลงข้อมูลเหล่านี้

* แผนสุขภาพมีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานขั้นต่ำสุดถ้าจ่ายอย่างน้อย 60% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการบริการทางการแพทย์สำหรับจำนวนประชากรมาตรฐานและเสนอควา



ภาคผนวก B



ภาคผนวก C

ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการกรอกใบสมัครนี้

สำหรับผู้ให้คำปรึกษาในการสมัครที่ผ่านการรับรองแล้ว คนนำทาง ผู้แทน และโบรกเกอร์เท่านั้น

กรอกส่วนนี้ถ้าคุณเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการสมัครที่ผ่านการรับรองแล้ว คนนำทาง ผู้แทน และโบรกเกอร์ กรอกใบสมัครนี้สำหรับบางคนด้วย

1. ใบสมัครเริ่มต้นวันที่ (เดือน/วัน/ปี) <input type="text"/>	
2. ชื่อต้น ชื่อกลาง นามสกุลและส่วนท้าย <input type="text"/>	
3. ชื่อองค์กร <input type="text"/>	
4. หมายเลขประจำตัว (ถ้ามี) <input type="text"/>	5. เฉพาะตัวแทนโบรกเกอร์: หมายเลขNPN <input type="text"/>

คุณสามารถเลือกผู้รับมอบอำนาจ

คุณสามารถให้สิทธิบุคคลที่เชื่อถือได้ที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการสมัครนี้กับเราดูข้อมูลของคุณและทำหน้าที่ให้คุณในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสมัครนี้รวมทั้งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับใบสมัคร และลงนามในใบสมัครของคุณในนามของคุณ บุคคลนั้นจะเรียกว่าเป็น "ผู้รับมอบอำนาจ" หากคุณจำเป็นต้องเปลี่ยนหรือลบผู้รับมอบอำนาจของคุณติดต่อฝ่ายการตลาดหากคุณเป็นผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายสำหรับคนที่เกี่ยวกับการสมัครนี้ส่งหลักฐานพร้อมทั้งใบสมัคร

1. ชื่อของผู้รับมอบอำนาจ (ชื่อแรก ชื่อกลาง นามสกุล) <input type="text"/>		
2. ที่อยู่ <input type="text"/>	3. อพาร์ทเมนท์หรือหมายเลขห้อง <input type="text"/>	
4. เมือง <input type="text"/>	5. รัฐ <input type="text"/>	6. รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/>
7. หมายเลขโทรศัพท์ (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		
8. ชื่อองค์กร <input type="text"/>		
9. หมายเลขประจำตัว(ถ้ามี) <input type="text"/>		

โดยการลงนามคุณอนุญาตให้บุคคลนี้ลงนามในใบสมัครของคุณได้รับข้อมูลอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับการสมัครนี้และทำหน้าที่สำหรับคุณในเรื่องอนาคตทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับใบสมัครนี้

10. ลายมือชื่อของบุคคลที่ 1 บันทึกลงในใบสมัครนี้ <input type="text"/>	11. วันที่ลงชื่อ(เดือน/วัน/ปี) <input type="text"/>
--	--



ภาคผนวก D

คำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต

(คุณต้องกรอกส่วนที่เหลือของใบสมัครนี้ตลอดหน้านี้ อย่างสม่ำเสมอด้วยตัวมันเอง)

ถ้าทุกคนในใบสมัครนี้มีประสบการณ์ความเปลี่ยนแปลงในชีวิตบางอย่างใน 60 วันที่ผ่านมากรอกคำถามดังต่อไปนี้ การเปลี่ยนแปลงในชีวิตบางอย่างที่ย่อมให้ความคุ้มครองของคุณผ่านฝ่ายการตลาดที่จะเริ่มต้นได้ทันที เราขอแนะนำให้คุณตอบคำถามเหล่านี้ถ้าคุณกำลังสมัครหลังจากที่ช่วงการลงทะเบียนประจำปีสิ้นสุดลงและก่อนช่วงการลงทะเบียนประจำปีเริ่มต้น

คำถามเหล่านี้เป็นตัวเลือก ถ้าหากสถานการณ์ชีวิตของคุณยังไม่มีเปลี่ยนแปลงคุณสามารถปล่อยให้คำตอบว่างเปล่าได้ คุณสามารถลงทะเบียนในโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลและประกันสุขภาพเด็ก (CHIP) ในช่วงเวลาใดๆของปีก็ได้ แม้ว่าคุณจะได้พบกับเปลี่ยนแปลงในชีวิต สมาชิกของชนเผ่าที่ได้รับการยอมรับจากรัฐบาลกลางและผู้ถือหุ้นออสก้าพื้นที่เมืองสามารถลงทะเบียนในความคุ้มครองผ่านฝ่ายการตลาดช่วงเวลาใดๆของปี

แจ้งเราเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในครัวเรือนของคุณ

1. มีใครสูญเสียความคุ้มครองสุขภาพที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในช่วง 60 วันที่ผ่านมาหรือคาดว่าจะสูญเสียความคุ้มครองสุขภาพที่มีคุณสมบัติเหมาะสมใน 60 วันข้างหน้าต่อไปหรือไม่

ชื่อ	วันที่ความคุ้มครองสิ้นสุดหรือจะสิ้นสุด (เดือน/วัน/ปี)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> เลือกที่นี้หากความคุ้มครองสิ้นสุดลงเพราะไม่ได้จ่ายเบี้ยประกัน	

2. มีใครแต่งงานใน 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่?

ชื่อ	วันที่ (เดือน/วัน/ปี)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

a. ใครคนใดในคนเหล่านี้มีประกันสุขภาพที่เหมาะสมใน 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ กรุณาป้อนชื่อตรงนี้:

3. มีใครที่ถูกปล่อยจากการจองจำ (คุมขังหรือจำคุก) ใน 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่?

ชื่อ	วันที่ (เดือน/วัน/ปี)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. มีใครได้รับสิทธิการอพยพใน 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่?

ชื่อ	วันที่ (เดือน/วัน/ปี)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. มีผู้ได้รับบุตรบุญธรรม หรือ ได้รับการอุปการะ ใน 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่?

ชื่อ	วันที่ (เดือน/วัน/ปี)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. มีผู้ใดกลายเป็นขาดอิสระเนื่องจากการเลี้ยงดูบุตรหรือคำสั่งศาลอื่น ๆ ในช่วง 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่?

ชื่อ	วันที่ (เดือน/วัน/ปี)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. มีผู้ใดเปลี่ยนแปลงภูมิลำเนาในช่วง 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่?

ชื่อ	วันที่ย้าย (เดือน/วัน/ปี)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

รหัสไปรษณีย์ของที่อยู่เดิมก่อนหน้าของคุณคืออะไร? กรอกตรงนี้ถ้าคุณย้ายจากต่างประเทศหรืออาณาเขตของสหรัฐa. ใครคนใดในคนเหล่านี้มีประกันสุขภาพที่เหมาะสมใน 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

ถ้าใช่ ใส่ชื่อ ข้างล่าง:

ชื่อ