इसे भरें नहीं। यह एक आवेदन नहीं है।

09/2014

Health Insurance Marketplace

हेल्थ कवरेज और व्यय के भुगतान में सहायता हेतु आवेदन

फ़ॉर्म स्वीकृत
ओएमबी नंबर 0938-1191

ऑनलाइन शीघ्रता से आवेदन करें

यहां HealthCare.gov ऑनलाइन शीघ्रता से आवेदन करें।

इस आवेदन का उपयोग यह देखने के लिए करें कि आप

- सस्ते निजी स्वास्थ्य बीमा प्लान की कौन-सी कवरेज पाने के पात्र हैं जिससे आपको स्वस्थ रहने के लिए समग्र कवरेज मिलती है।
- एक नया टैक्स क्रेडिट जिससे आपको
- हेल्थ कवरेज का प्रीमियम देने में तत्काल मदद मिल सकती है।
- मेडिकेड या चिल्ड्रन हेल्थ इंश्योरेंस प्रोग्राम (चिप) से निशुल्क या कम कीमत का कवरेज।

  आप निशुल्क या कम कीमत का कवरेज पाने के लिए पात्र हो सकते हैं यदि आप वर्ष में 95,400 अमेरिकी डॉलर कमाते हैं (4 लोगों के परिवार के लिए)।

इस आवेदन का उपयोग कौन कर सकता है?

- अपने परिवार में किसी भी व्यक्ति के लिए आवेदन करने हेतु इस आवेदन का उपयोग करें।
- **यदि आप या आपके बच्चे के पास पहले से हेल्थ कवरेज है तो भी आवेदन करें। आप कम कीमत या निशुल्क कवरेज पाने के पात्र हो सकते हैं।**
- यदि आप अविवाहित हैं तो आप छोटे स्वरूप का उपयोग कर सकते हैं। यहां HealthCare.gov पर जाएं।
- प्रवासी सदस्यों वाले परिवार आवेदन कर सकते हैं। आप अपने बच्चे के लिए आवेदन कर सकते हैं यदि आप कवरेज पाने के पात्र नहीं हैं। आवेदन करने से आपकी प्रवासी स्थिति या स्थायी निवासी या नागरिक बनने की संभावना पर असर नहीं पड़ेगा
- यदि कोई व्यक्ति यह आवेदन भरने में आपकी मदद कर रहा है तो आपको परिशिष्ट सी पूरा करने की जरूरत पड़ सकती है।

आपको आवेदन के लिए क्या जरूरी हो सकता है

- सोशल सिक्योरिटी नंबर (या दस्तावेज संख्या किसी भी मान्य प्रवासी के लिए जिसे कवरेज चाहिए)।
- आपके परिवार के हर व्यक्ति का नियोक्ता और आय सूचना (उदाहरण के लिए, वेतन पर्ची, डब्ल्यू-2 फॉर्म, या वेतन व टैक्स स्टेटमेंट से)।
- किसी वर्तमान स्वास्थ्य बीमा के लिए पॉलिसी नंबर।
- आपके परिवार को उपलब्ध नौकरी संबंधी स्वास्थ्य बीमा की जानकारी

हम यह सूचना क्यों मांगते हैं?

हम आपको यह बताने के लिए आय व अन्य सूचना मांगते हैं कि आप कौन-सी कवरेज पाने के पात्र हैं और क्या आपको इसके भुगतान में कोई सहायता मिल सकती है। **हम आपके द्वारा दी गई समस्त सूचना को कानून के अनुसार गोपनीय व सुरक्षित रखेंगे।** निजता अधिनियम वक्तव्य देखने के लिए, यहां HealthCare.gov जाएं या निर्देश देखें।

इसके बाद क्या होता है?

अपना पूरा, हस्ताक्षरित आवेदन पृष्ठ 7 पर दिये पते पर भेजें। **यदि आपके पास हमारे द्वारा मांगी गई समस्त सूचना नहीं है तो अपने आवेदन पर हस्ताक्षर करें और प्रस्तुत करें।** हम 1-2 सप्ताह में आपसे फॉलो-अप करेंगे और **यदि हमें अधिक सूचना चाहिए तो आपको Marketplace से फोन** आएगा। आपके आवेदन पर कार्रवाई होने के बाद आपको डाक से पात्रता निर्धारण पत्र मिलेगा। यदि हमारी ओर से कोई सूचना नहीं मिलती है तो Marketplace कॉल सेंटर से संपर्क करें। इस आवेदन को भरने का यह मतलब नहीं है कि आपको हेल्थ कवरेज खरीदना होता है।

इस आवेदन को भरने में

- **ऑनलाइन सहायता पाएं:** HealthCare.gov.
- **फोन:** Marketplace कॉल सेंटर को **1-800-318-2596** पर फोन करें। टीटीवाई प्रयोक्ताओं को **1-855-889-4325** पर फोन करना चाहिए।
- **व्यक्तिगत रूप से:** आपके क्षेत्र में वकील आपकी मदद कर सकते हैं। यहां HealthCare.gov जाएं या अधिक सूचना के लिए Marketplace कॉल सेंटर को **1-800-318-2596** को फोन करें।
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596**
- **अन्य भाषा:** यदि आपको अंग्रेजी के अतिरिक्त अन्य भाषा में सहायता चाहिए तो **1-800-318-2596** पर फोन करें और ग्राहक सेवा प्रतिनिधि को वह भाषा बताएं जिसकी आपको जरूरत है। हम आपको बिना किसी शुल्क के सहायता उपलब्ध कराएंगे।

पीआरए प्रकटीकरण वक्तव्य: 1995 के पेपरवर्क रिडक्शन एक्ट के अनुसार, किसी व्यक्ति को सूचना के संग्रह पर उत्तर देने की आवश्यकता नहीं है जब तक कि इसमें मान्य ओएमबी कंट्रोल नंबर मौजूद है। इस सूचना संग्रह के लिए मान्य ओएमबी कंट्रोल नंबर 0938-1191 है। इस सूचना संग्रह को पूरा करने में लगने वाला आवश्यक समय औसत 45 मिनट प्रति उत्तर होने का अनुमान है जिसमें निर्देश पढ़ने, वर्तमान डेटा स्रोत खोजने, आवश्यक डेटा एकत्र करने और सूचना संग्रह को पूरा करने और पढ़ने का समय शामिल है। यदि अनुमानित समय की सटीकता के बारे में आपकी टिप्पणी या इस फ़ॉर्म को बेहतर करने के सुझाव हैं तो कृपया लिखें: CMS, 7500 Security Boulevard, ध्यानार्थ: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

इसे भरें नहीं। यह एक आवेदन नहीं है।

कृपया केवल काले या गहरे नीले रंग की स्याही का उपयोग करते हुए बड़े अक्षरों में स्पष्ट लिखें।
घेरों को भरें (○) इस प्रकार → ●.

चरण 1: हमें अपने बारे में बताएं।

(हमें आपके आवेदन के लिए संपर्क व्यक्ति के तौर पर परिवार के एक वयस्क व्यक्ति की आवश्यकता है।)

1. पहला नाम | मध्य नाम | अंतिम नाम | कुलनाम

2. घर का पता (खाली छोड़ें यदि आपका घर नहीं है।) | 3. अपार्टमेंट या फ्लैट नंबर

4. शहर | 5. राज्य | 6. जिप कोड | 7. देश, इलाका या टाउनशिप

8. डाक का पता (यदि घर के पते से अलग है) | 9. अपार्टमेंट या फ्लैट नंबर

10. शहर | 11. राज्य | 12. जिप कोड | 13. देश, इलाका या टाउनशिप

14. दिन के समय का फोन नंबर ( ) –

15. शाम के समय का फोन नंबर ( ) –

16. क्या आप इस आवेदन के बारे में ईमेल से सूचना पाना चाहते हैं? ..... ○ हां ○ नहीं

ईमेल पता:

17. आपकी बोली जाने वाली पसंदीदा भाषा क्या है? आपकी पसंदीदा लिखित भाषा क्या है?

चरण 2: हमें अपने परिवार के बारे में बताएं।

इस आवेदन में आप किसे शामिल करना आवश्यक मानते हैं?
यदि किसी व्यक्ति के पास पहले से कवरेज है तब भी आपके परिवार और घर के प्रत्येक व्यक्ति के लिए चरण 2 के पृष्ठ पूरा करें। इस आवेदन की सूचना से हमें यह सुनिश्चित करने में मदद मिलती है कि प्रत्येक व्यक्ति को उसके लिए अधिकतम संभावित रूप से श्रेष्ठ कवरेज प्राप्त हो। आपके परिवार के लोगों की संख्या और उनकी आय के आधार पर, आप सहायता की राशि या उपयुक्त प्रकार का कार्यक्रम पाने की योग्यता प्राप्त करते हैं। यदि आपने किसी व्यक्ति को शामिल नहीं करते हैं चाहे उसके पास पहले से हेल्थ कवरेज है, तो आपकी पात्रता के परिणाम प्रभावित हो सकते हैं।

ऐसे वयस्क लोगों के लिए जिन्हें कवरेज की आवश्यकता है:
इन लोगों को शामिल करें ***चाहे वे स्वयं हेल्थ कवरेज के लिए आवेदन न कर रहे हों***

- कोई जीवनसाथी
- सौतेले बच्चों सहित, 21 वर्ष से कम आयु के साथ रहने वाले बेटे या बेटी
- एक ही संघीय इनकम टैक्स रिटर्न में उल्लेखित कोई अन्य व्यक्ति (21 वर्ष से अधिक आयु की किसी संतान सहित जिसके लिए माता-पिता के टैक्स रिटर्न में छूट पाने का दावा किया जाता है)।
- हेल्थ कवरेज पाने के लिए आपके द्वारा टैक्स रिटर्न भरना आवश्यक नहीं है।

21 वर्ष से कम आयु के बच्चे जिन्हें कवरेज चाहिए:
इन लोगों को शामिल करें ***चाहे वे स्वयं हेल्थ कवरेज के लिए आवेदन न कर रहे हों***

- कोई माता-पिता (या सौतेले माता-पिता) जिनके साथ वे रहते हैं
- कोई भाई-बहन जिनके साथ वे रहते हैं
- सौतेले बच्चों सहित, कोई बेटा या बेटी जिनके साथ वे रहते हैं
- एक ही संघीय इनकम टैक्स रिटर्न में उल्लेखित कोई अन्य व्यक्ति। हेल्थ कवरेज पाने के लिए आपके द्वारा टैक्स रिटर्न भरना आवश्यक नहीं है।

आपके परिवार में प्रत्येक व्यक्ति के लिए चरण 2 पूरा करें।
स्वयं से शुरू करें, फिर अन्य वयस्क लोगों व बच्चों को शामिल करें। यदि आपके परिवार में 2 से अधिक व्यक्ति हैं तो आपको पृष्ठों की प्रतियाँ बनानी होंगी और उन्हें जोड़ना होगा।

आपको परिवार के उन सदस्यों की प्रवासी स्थिति या सोशल सिक्यारिटी नंबर (एसएसएन) नहीं बताना होता है जिन्हें हेल्थ कवरेज नहीं चाहिए। हम आपके द्वारा दी गई समस्त सूचना को कानून के अनुसार गोपनीय व सुरक्षित रखेंगे। हम व्यक्तिगत सूचना का उपयोग केवल यह देखने के लिए करेंगे कि क्या आप हेल्थ कवरेज पाने के पात्र हैं।

इसे भरें नहीं। यह एक आवेदन नहीं है।

चरण 2: व्यक्ति 1 (स्वयं अपने से शुरू करें।)

अपने, अपने जीवनसाथी/साथी और साथ रहने वाले बच्चों और/या ऐसे किसी भी व्यक्ति के लिए चरण 2 पूरा करें जिसका उल्लेख एक ही संघीय इनकम टैक्स रिटर्न पर दिया जाता है यदि आप यह रिटर्न भरते हैं। किसे शामिल किया जाए, इस बारे में अधिक सूचना के लिए पृष्ठ 1 देखें। यदि आप टैक्स रिटर्न नहीं भरते हैं तो भी परिवार के ऐसे सदस्यों को शामिल करना याद रखें जो आपके साथ रहते हैं।

1. पहला नाम | मध्य नाम | अंतिम नाम | कुलनाम

2. व्यक्ति 1 से संबंध: स्वयं

3. क्या आप विवाहित हैं? ◯ हां ◯ नहीं

4. जन्मतिथि ((दिदि/ममम/वववव)) ___ / ___ / ___

5. लिंग ◯ पुरुष ◯ महिला

6. सोशल सिक्योरिटी नंबर (एसएसएन) ___ – ___ – ___

यदि आप हेल्थ कवरेज (स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा) चाहते हैं और आपके पास एसएसएन है तो हमें इसकी जरूरत होती है। चाहे आप अपने लिए हेल्थ कवरेज न चाहते हैं तो भी एसएसएन देना सहायक हो सकता है क्योंकि इससे आवेदन पर तेज़ गति से कार्रवाई की सकती है। हम Marketplace से कवरेज पाने की पात्रता देखने के लिए और यदि आप आवेदन करते हैं तो कवरेज के व्यय में मदद के लिए, एसएसएन का उपयोग करते हैं। एसएसएन पाने में मदद के लिए, इस नंबर पर सोशल सिक्योरिटी को फोन करें 1-800-772-1213, या यहां **socialsecurity.gov** जाएँ। टीटीवाई प्रयोक्ताओं को 1-800-325-0778 पर फोन करना चाहिए।

7. **क्या आपकी अगले वर्ष संघीय इनकम टैक्स रिटर्न भरने की योजना है?** *यदि आपने संघीय इनकम टैक्स रिटर्न नहीं भरा है तो भी आप कवरेज पाने के लिए आवेदन कर सकते हैं।*
◯ **हां. यदि हां** कृपया प्रश्न ए-सी का उत्तर दें। ◯ **नहीं. यदि नहीं** प्रश्न सी पर जाएं।

ए. क्या आप जीवनसाथी के साथ संयुक्त रूप से रिटर्न भरेंगे? ◯ हां ◯ नहीं
यदि हां जीवनसाथी का नाम लिखें:

बी. क्या आप अपने टैक्स रिटर्न में किसी आश्रित व्यक्ति संबंधी छूट पाने के लिए दावा करेंगे? ◯ हां ◯ नहीं
यदि हां आश्रितों के नाम बताएँ:

सी. क्या किसी व्यक्ति के टैक्स रिटर्न में आपके लिए आश्रित व्यक्ति संबंधी छूट पाने का दावा किया जाएगा? ◯ हां ◯ नहीं
यदि हां कृपया टैक्स भरने वाले का नाम बताएँ: | आप टैक्स भरने वाले व्यक्ति से किस प्रकार संबंधित हैं?

8. क्या आप गर्भवती हैं? ◯ हां ◯ नहीं ए. **यदि हां** इस गर्भावस्था के दौरान कितने बच्चे होने की संभावनाहै?

9. **क्या आपको हेल्थ कवरेज की आवश्यकता है?** *आपके पास कवरेज मौजूद होने के बावजूद ऐसे कार्यक्रम हो सकते हैं जिनमें बेहतर कवरेज या कम कीमत हो।*
◯ **हां. यदि हां** नीचे सभी प्रश्नों के उत्तर दें। ◯ **नहीं. यदि नहीं** पृष्ठ 3 पर आय संबंधी प्रश्नों पर जाएं। इस पृष्ठ का शेष हिस्सा खाली छोड़ दें।

10. क्या आपको शारीरिक, मानसिक या भावनात्मक स्वास्थ्य की ऐसी समस्या है जिसके कारण गतिविधि करने पर रोक लगती है (जैसे नहाना, कपड़े पहनना, रोजाना के काम आदि) या आप चिकित्सा केंद्र या नर्सिंग होम में रहते हैं? ◯ हां ◯ नहीं

11. क्या आप **अमेरिकी नागरिक(सिटीज़न)** या **अमेरिकी देशवासी(नेशनल)हैं**? ◯ हां ◯ नहीं

12. क्या आप **नागरिकीकृत (नैचुरलाइज़्ड)** या **व्युत्पन्न (डिराइव्ड) नागरिकहै**? *(इसका आम तौर पर मतलब है कि आप अमेरिका से बाहर पैदा हुए थे)*
◯ **हां. यदि हां** ए और बी को पूरा करें। ◯ **नहीं. यदि नहीं** प्रश्न 13 पर जारी रखें।
ए. एलियन (अन्य देशीय) नंबर: | बी. प्रमाणपत्र संख्या:
जब आप ए और बी पूरा कर लें तो प्रश्न 14 पर जाएँ।

13. **यदि आप अमेरिकी नागरिक या अमेरिकी देशवासी नहीं हैं तो** क्या आपके पास मान्य प्रवासी (इमीग्रेशन) स्थिति है? ◯ **हां।** दस्तावेज़ का प्रकार और आईडी संख्या डालें। *निर्देश देखें।*

प्रवासी दस्तावेज़ का प्रकार | स्थिति का प्रकार (वैकल्पिक) | अपना नाम उस प्रकार लिखें जैसा कि यह आपके प्रवासी दस्तावेज़ पर मौजूद है।

एलियन या आई-94 नंबर | कार्ड नंबर या पासपोर्ट नंबर

सेविस आईडी या समय-समाप्ति तिथि (वैकल्पिक) | अन्य (श्रेणी कोड या जारी करने वाला देश)

ए. क्या आप अमेरिका में 1996 से रहे हैं? ◯ हां ◯ नहीं
बी. क्या आप, या आपके जीवनसाथी या माता-पिता, अमेरिकी सेना के भूतपूर्व सैनिक या सक्रिय सेवा के सदस्य हैं? ◯ हां ◯ नहीं

14. क्या आपको पिछले 3 महीने के चिकित्सकीय बिल चुकाने में मदद चाहिए? ◯ हां ◯ नहीं

15. क्या आप 19 वर्ष से कम आयु के कम से कम एक बच्चे के साथ रहते हैं और क्या आप इस बच्चे की देखभाल करने वाले मुख्य व्यक्ति हैं? *("हां" चुने यदि आप या आपका जीवनसाथी इस बच्चे की देखभाल करता है।)* ◯ हां ◯ नहीं

16. आपके घर में आपके साथ रहने वाले 19 वर्ष से कम आयु के किसी भी बच्चे के नाम और संबंध हमें बताएँ:

17. क्या आप पूर्णकालिक छात्र हो? ◯ हां ◯ नहीं

18. क्या आप 18 वर्ष या अधिक आयु में फोस्टर केयर (प्रतिपालक गृह) में रहे थे? ◯ हां ◯ नहीं

वैकल्पिक: *(लागू होने वाले सारे विकल्प भरें।)*

19. यदि मूल जातीयता हिस्पैनिक/लातिन अमेरिकी है: ◯ मैक्सिकन ◯ मैक्सिकन अमेरिकी ◯ चिकानो ◯ प्यूर्टो रिकीआई ◯ क्युबाई ◯ अन्य _____

20. नस्ल: ◯ श्वेत ◯ अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी ◯ अमेरिकी इंडियन या मूल अलास्काई ◯ फिलिपिनो ◯ जापानी ◯ कोरियाई ◯ एशियाई भारतीय ◯ चीनी ◯ वियतनामी ◯ अन्य एशियाई ◯ मूल हवाई द्वीप वासी ◯ ग्वामेनियाई या कैमोरो ◯ समोआ द्वीप वासी ◯ अन्य प्रशांत द्वीप वासी ◯ अन्य _____

क्या आपको आवेदन के लिए सहायता चाहिए? यहां HealthCare.gov जाएं या हमें **1-800-318-2596** Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596** यदि आपको अंग्रेजी के अतिरिक्त अन्य भाषा में सहायता चाहिए तो **1-800-318-2596** पर फोन करें और ग्राहक सेवा प्रतिनिधि को वह भाषा बताएं जिसकी आपको जरूरत है। हम आपको बिना किसी शुल्क के सहायता उपलब्ध कराएंगे। टीटीवाई प्रयोक्ताओं को **1-855-889-4325** पर फोन करना चाहिए।

चरण 2: व्यक्ति 1 (अपने से जारी रखें।)

वर्तमान नौकरी व आय सूचना

○ **नौकरीशुदा:** यदि आप फिलहाल नौकरीशुदा हैं तो हमें बताएं अपनी आय के बारे में। प्रश्न 21 से शुरू करें।

○ **बेरोजगार:** प्रश्न 31 पर जाएं।

○ **स्वरोजगार:** प्रश्न 30 पर जाएं।

वर्तमान नौकरी 1:

21. नियोक्ता का नाम

ए. नियोक्ता का पता

बी. शहर | सी. राज्य | डी. जिप कोड | 22. नियोक्ता का फोन नंबर ( ) –

23. वेतन/टिप्स (कर पूर्व) $ ○ प्रति घंटा ○ प्रति सप्ताह ○ प्रत्येक 2 सप्ताह पर ○ महीने में दो बार ○ मासिक ○ वार्षिक

24. प्रत्येक सप्ताह काम के औसत घंटे

वर्तमान नौकरी 2: (यदि आपके पास अतिरिक्त नौकरी है व अधिक स्थान चाहिए तो अतिरिक्त कागज की शीट जोड़ें।)

25. नियोक्ता का नाम

ए. नियोक्ता का पता

बी. शहर | सी. राज्य | डी. जिप कोड | 26. नियोक्ता का फोन नंबर ( ) –

27. वेतन/टिप्स (कर पूर्व) $ ○ प्रति घंटा ○ प्रति सप्ताह ○ प्रत्येक 2 सप्ताह पर ○ महीने में दो बार ○ मासिक ○ वार्षिक

28. प्रत्येक सप्ताह काम के औसत घंटे

29. **पिछले वर्ष, क्या आप:** ○ नौकरी बदली ○ काम करना बंद किया ○ कम घंटे काम किया ○ इनमें से कोई नहीं

30. **यदि स्वरोजगारशुदा हैं तो ए व बी का उत्तर दें:**

ए. काम का प्रकार:

बी. आपको कितनी शुद्ध आय (व्यवसाय के व्यय देने के बाद मुनाफा) मिलेगी इस स्वरोजगार से इस महीने? *निर्देश देखें।* $

31. **आपको इस महीने मिलने वाली अन्य आय:** लागू होने वाले सभी विकल्पों को भरें और राशि और बताएं कि आपको यह कितनी बार मिलती है। यदि कोई नहीं है तो क्लिक करें। ☐

ध्यान दें: आपको बाल सहायता, पूर्व सैनिक वेतन या सप्लीमेंटल सिक्योरिटी इनकम (एसएसआई) से मिलने वाली आय के बारे में हमें बताने की आवश्यकता **नहीं** होती है।

○ बेरोजगार	$	कितनी बार?	○ निर्वाह-धन प्राप्त हुआ	$	कितनी बार?
○ पेंशन	$	कितनी बार?	○ शुद्ध कृषि/मछली पालन	$	कितनी बार?
○ सोशल सिक्योरिटी	$	कितनी बार?	○ शुद्ध किराया/रॉयल्टी	$	कितनी बार?
○ रिटायरमेंट खाते	$	कितनी बार?	○ अन्य आय प्रकार:	$	कितनी बार?

32. **कटौती:** लागू होने वाले सभी विकल्पों को भरें और राशि और बताएं कि आपको यह कितनी बार मिलती है। यदि आप कुछ चीज़ों का भुगतान करते हैं तो उन्हें संघीय इनकम टैक्स रिटर्न से घटाया जा सकता है, उनके बारे में हमें बताने से हेल्थ कवरेज की व्यय कुछ कम हो सकती है।

ध्यान दें: आपको वह बाल सहायता शामिल नहीं करनी चाहिए जो आप भुगतान करते हैं या वह लागत जिसे आप शुद्ध स्वरोजगार के अपने उत्तर में पहले ही विचार कर चुके हैं (प्रश्न 30बी)।

○ निर्वाह-धन का भुगतान	$	कितनी बार?	○ अन्य आय प्रकार:	$	कितनी बार?
○ छात्र ऋण ब्याज	$	कितनी बार?			

33. **यदि वर्ष के दौरान आपकी आय बदलती है तो यह प्रश्न पूरा करें** जैसे यदि आपने वर्ष के एक हिस्से में काम किया है या कुछ महीने लाभ प्राप्त किया है। यदि आपको मासिक आय में परिवर्तन की उम्मीद नहीं है तो अगले व्यक्ति पर जाएं।

इस वर्ष आपकी कुल आय $

आपकी कुल आय **अगले** वर्ष (यदि आपको लगता है कि यह अलग होगी) $

धन्यवाद! हमें आपके बारे में यही जानना है।

चरण 2: व्यक्ति 2

टिप्पणी: यदि इस व्यक्ति को हेल्थ कवरेज की आवश्यकता नहीं है तो केवल इस पृष्ठ पर प्रश्न 1-10 का उत्तर दें। यदि आपके घर में 2 से अधिक व्यक्ति हैं तो पृष्ठ 4-5 की प्रति बनाएँ।

अपने जीवनसाथी/साथी और आपके साथ रहने वाले बच्चों और एक ही संघीय इनकम टैक्स रिटर्न पर उल्लेखित किसी व्यक्ति के लिए यह पृष्ठ पूरा करें यदि आप रिटर्न भरते हैं। यदि आप टैक्स रिटर्न नहीं भरते हैं तो भी आपके साथ रहने वाले परिवार के सदस्यों को शामिल करना याद रखें। किसे शामिल करना है, इसकी अधिक सूचना के लिए पृष्ठ 1 देखें।

1. पहला नाम | मध्य नाम | अंतिम नाम | कुलनाम

2. व्यक्ति 1 से संबंध? *निर्देश देखें।*

3. क्या व्यक्ति 2 विवाहित है? ◯ हां ◯ नहीं

4. जन्मतिथि (दिदि/ममम/वववव) / /

5. लिंग ◯ पुरुष ◯ महिला

6. सोशल सिक्योरिटी नंबर (एसएसएन) – –

यदि आप व्यक्ति 2 के लिए हेल्थ कवरेज (स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा) चाहते हैं और व्यक्ति 2 के पास एसएसएन है तो हमें इसकी जरूरत होती है।

7. क्या व्यक्ति 2 उसी पते पर रहता है जिस पते पर व्यक्ति 1 रहता है? ◯ हां ◯ नहीं

यदि नहीं पता बताएं:

8. **क्या व्यक्ति 2 की अगले वर्ष संघीय इनकम टैक्स रिटर्न भरने की योजना है?** *(यदि व्यक्ति 2 ने संघीय इनकम टैक्स रिटर्न नहीं भरा है तो भी व्यक्ति 2 कवरेज पाने के लिए आवेदन कर सकता है।)*

◯ **हां यदि हां** कृपया प्रश्न ए-सी का उत्तर दें। ◯ **नही यदि नहीं** प्रश्न सी पर जाएं।

ए. क्या व्यक्ति 2 जीवनसाथी के साथ संयुक्त रूप से रिटर्न भरेगा? ◯ हां ◯ नहीं

यदि हां जीवनसाथी का नाम लिखें:

बी. क्या व्यक्ति 2 अपने टैक्स रिटर्न में किसी आश्रित व्यक्ति संबंधी छूट पाने के लिए दावा करेंगे? ◯ हां ◯ नहीं

यदि हां आश्रितों के नाम बताएँ:

सी. क्या किसी व्यक्ति के टैक्स रिटर्न में व्यक्ति 2 के लिए आश्रित व्यक्ति संबंधी छूट पाने का दावा किया जाएगा? ◯ हां ◯ नहीं

यदि हां कृपया टैक्स भरने वाले का नाम बताएँ:

व्यक्ति 2 टैक्स भरने वाले व्यक्ति से किस प्रकार संबंधित हैं?

9. क्या व्यक्ति 2 गर्भवती हैं? ◯ हां ◯ नहीं ए. **यदि हां** इस गर्भावस्था के दौरान कितने बच्चे होने की संभावना है?

10. **क्या व्यक्ति 2 को हेल्थ कवरेज की आवश्यकता है?** *(व्यक्ति 2 के पास कवरेज मौजूद होने के बावजूद ऐसे कार्यक्रम हो सकते हैं जिनमें बेहतर कवरेज या कम कीमत हो।)*

◯ **हां यदि हां** नीचे सभी प्रश्नों के उत्तर दें। ◯ **नहीं यदि नहीं** पृष्ठ 5 पर आय संबंधी प्रश्नों पर जाएं। इस पृष्ठ का शेष हिस्सा खाली छोड़ दें।

11. क्या व्यक्ति 2 को शारीरिक, मानसिक या भावनात्मक स्वास्थ्य की ऐसी समस्या है जिसके कारण गतिविधि करने पर रोक लगती है *(जैसे नहाना, कपड़े पहनना, रोजाना के काम आदि)* या व्यक्ति 2 चिकित्सा केंद्र या नर्सिंग होम में रहता है? ◯ हां ◯ नहीं

12. क्या व्यक्ति 2 **अमेरिकी नागरिक(सिटीज़न)** या **अमेरिकी देशवासी(नेशनल)हैं?** ◯ हां ◯ नहीं

13. क्या व्यक्ति 2 **नागरिकीकृत (नैचुरलाइज़्ड)** या **व्युत्पन्न (डिराइव्ड) नागरिकहै?** *(इसका आम तौर पर मतलब है कि वह अमेरिका से बाहर पैदा हुए थे?)*

◯ **हां यदि हां** ए और बी को पूरा करें। ◯ **नहीं यदि नहीं** प्रश्न 13 पर जारी रखें।

ए. एलियन (अन्य देशीय) नंबर:

बी. प्रमाणपत्र संख्या:

जब आप ए और बी पूरा कर लें तो प्रश्न 15 पर जाएँ।

14. **यदि व्यक्ति 2 अमेरिकी नागरिक या अमेरिकी देशवासी नहीं हैं तो** क्या व्यक्ति 2 के पास मान्य प्रवासी (इमीग्रेशन) स्थिति है? ◯ **हां।** दस्तावेज़ का प्रकार और आईडी संख्या डालें। *निर्देश देखें।*

प्रवासी दस्तावेज़ का प्रकार | स्थिति का प्रकार (वैकल्पिक) | व्यक्ति 2 का नाम उस प्रकार लिखें जैसा कि यह व्यक्ति 2 के प्रवासी दस्तावेज़ पर मौजूद है।

एलियन या आई-94 नंबर | कार्ड नंबर या पासपोर्ट नंबर

सेविस आईडी या समय-समाप्ति तिथि 55 | अन्य (श्रेणी कोड या जारी करने वाला देश)

ए. क्या व्यक्ति 2 अमेरिका में 1996 से रहे हैं? ◯ हां ◯ नहीं

बी. क्या व्यक्ति 2, या व्यक्ति 2 के जीवनसाथी या माता-पिता, अमेरिकी सेना के भूतपूर्व सैनिक या सक्रिय सेवा केसदस्य हैं? ◯ हां ◯ नहीं

15. क्या व्यक्ति 2 को पिछले 3 महीने के चिकित्सकीय बिल चुकाने में मदद चाहिए? ◯ हां ◯ नहीं

16. क्या व्यक्ति 2, 19 वर्ष से कम आयु के कम से कम एक बच्चे के साथ रहता है और क्या व्यक्ति 2 इस बच्चे की देखभाल करने वाला मुख्य व्यक्ति है? *("हां" चुने यदि व्यक्ति 2 या व्यक्ति 2 का जीवनसाथी इस बच्चे की देखभाल करता है।)* ◯ हां ◯ नहीं

17. व्यक्ति 2 के घर में व्यक्ति 2 के साथ रहने वाले 19 वर्ष से कम आयु के किसी भी बच्चे के नाम और संबंध हमें बताएँ: *(यह पृष्ठ 2 पर सूचीबद्ध वही बच्चा हो सकता है।)*

18. क्या आप 18 वर्ष या अधिक आयु में फोस्टर केयर (प्रतिपालक गृह) में रहे थे? ◯ हां ◯ नहीं

यदि व्यक्ति 2 की आयु 22 वर्ष या कम है तो इन प्रश्नों के उत्तर दें:

19. क्या व्यक्ति 2 के पास नौकरी से मिला बीमा था और यह पिछले 3 महीने में खत्म हो गया? ◯ हां ◯ नहीं

a. **यदि हां** समाप्ति तिथि: / /

बी. बीमा समाप्त होने का कारण:

20. क्या व्यक्ति 2 पूर्णकालिक छात्र है? ◯ हां ◯ नहीं

वैकल्पिक: *(लागू होने वाले सारे विकल्प भरें।)*

21. **यदि मूल जातीयता हिस्पैनिक/लातिन अमेरिकी है:** ◯ मैक्सिकन ◯ मैक्सिकन अमेरिकी ◯ चिकानो ◯ प्यूर्टो रिकीआई ◯ क्युबाई ◯ अन्य _____

22. **नस्ल:** ◯ श्वेत ◯ अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी ◯ अमेरिकी इंडियन या मूल अलास्काई ◯ फिलिपिनो ◯ जापानी ◯ कोरियाई ◯ एशियाई भारतीय ◯ चीनी ◯ वियतनामी ◯ अन्य एशियाई ◯ मूल हवाई द्वीप वासी ◯ ग्वामेनियाई या कैमोरो ◯ समोआ द्वीप वासी ◯ अन्य प्रशांत द्वीप वासी ◯ अन्य _____

क्या आपको आवेदन के लिए सहायता चाहिए? यहां HealthCare.gov जाएं या हमें **1-800-318-2596** Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596** यदि आपको अंग्रेजी के अतिरिक्त अन्य भाषा में सहायता चाहिए तो **1-800-318-2596** पर फोन करें और ग्राहक सेवा प्रतिनिधि को वह भाषा बताएं जिसकी आपको जरूरत है। हम आपको बिना किसी शुल्क के सहायता उपलब्ध कराएंगे। टीटीवाई प्रयोक्ताओं को **1-855-889-4325** पर फोन करना चाहिए।

चरण 2: व्यक्ति 2

व्यक्ति 2 को मिलने वाली किसी भी आय के बारे में हमें बताएं। यदि व्यक्ति 2 को हेल्थ कवरेज नहीं चाहिए तो यह पृष्ठ भरें।

वर्तमान नौकरी व आय सूचना

○ **नौकरीशुदा:** यदि **व्यक्ति 2** फिलहाल रोजगारशुदा है तो हमें उसकी आय के बारे में बताएं।

○ **बेरोजगार:** प्रश्न 33 पर जाएं।

○ **स्वरोजगार:** प्रश्न 32 पर जाएं।

वर्तमान नौकरी 1:

23. नियोक्ता का नाम

ए. नियोक्ता का पता

बी. शहर | सी. राज्य | डी. जिप कोड | 24. नियोक्ता का फोन नंबर ( ) –

25. वेतन/टिप्स (कर पूर्व) $

○ प्रति घंटा ○ प्रति सप्ताह ○ प्रत्येक 2 सप्ताह पर ○ महीने में दो बार ○ मासिक ○ वार्षिक

26. प्रत्येक सप्ताह काम के औसत घंटे

वर्तमान नौकरी 2: (यदि व्यक्ति 2 के पास अतिरिक्त नौकरी है व अधिक स्थान चाहिए तो अतिरिक्त कागज की शीट जोड़ें।)

27. नियोक्ता का नाम

ए. नियोक्ता का पता

बी. शहर | सी. राज्य | डी. जिप कोड | 28. नियोक्ता का फोन नंबर ( ) –

29. वेतन/टिप्स (कर पूर्व) $

○ प्रति घंटा ○ प्रति सप्ताह ○ प्रत्येक 2 सप्ताह पर ○ महीने में दो बार ○ मासिक ○ वार्षिक

30. प्रत्येक सप्ताह काम के औसत घंटे

31. **पिछले वर्ष, क्या व्यक्ति 2:** ○ नौकरी बदली ○ काम करना बंद किया ○ कम घंटे काम किया ○ इनमें से कोई नहीं

32. **यदि व्यक्ति 2 स्वरोजगारशुदा हैं तो निम्न प्रश्नों का उत्तर दें:**

ए. काम का प्रकार:

बी. व्यक्ति 2 को कितनी शुद्ध आय (व्यवसाय के व्यय देने के बाद मुनाफा) मिलेगी इस स्वरोजगार से इस महीने? *निर्देश देखें।* $

33. **अन्य आय जो व्यक्ति 2 को इस महीने मिलती है:** लागू होने वाले सभी विकल्पों को भरें और राशि और बताएं कि व्यक्ति 2 को यह कितनी बार मिलती है। ☐

ध्यान दें: आपको व्यक्ति 2 को बाल सहायता, पूर्व सैनिक वेतन या सप्लीमेंटल सिक्योरिटी इनकम (एसएसआई) से मिलने वाली आय के बारे में हमें बताने की आवश्यकता **नहीं** होती है।

○ बेरोजगार	$	कितनी बार?	○ निर्वाह-धन प्राप्त हुआ	$	कितनी बार?
○ पेंशन	$	कितनी बार?	○ शुद्ध कृषि/मछली पालन	$	कितनी बार?
○ सोशल सिक्योरिटी	$	कितनी बार?	○ शुद्ध किराया/रॉयल्टी	$	कितनी बार?
○ रिटायरमेंट खाते	$	कितनी बार?	○ अन्य आय प्रकार:	$	कितनी बार?

34. **कटौती:** लागू होने वाले सभी विकल्पों को भरें और राशि और बताएं कि व्यक्ति 2 को यह कितनी बार मिलती है। यदि व्यक्ति 2 कुछ चीज़ों का भुगतान करता है तो उन्हें संघीय इनकम टैक्स रिटर्न से घटाया जा सकता है, उनके बारे में हमें बताने से हेल्थ कवरेज की व्यय कुछ कम हो सकती है।

ध्यान दें: Yआपको वह बाल सहायता शामिल नहीं करनी चाहिए जो व्यक्ति 2 भुगतान करता है या वह लागत जिस पर शुद्ध स्वरोजगार के उत्तर में पहले ही विचार कर चुके हैं (प्रश्न 32बी)

○ निर्वाह-धन का भुगतान	$	कितनी बार?	○ अन्य कटौती प्रकार:	$	कितनी बार?
○ छात्र ऋण ब्याज	$	कितनी बार?			

35. **यदि वर्ष के दौरान व्यक्ति 2 की आय बदलती है तो यह प्रश्न पूरा करें** जैसे यदि व्यक्ति 2 ने वर्ष के केवल एक हिस्से में काम किया है या कुछ महीने लाभ प्राप्त किया है। यदि आपको व्यक्ति 2 की मासिक आय में परिवर्तन की उम्मीद नहीं है तो अगले व्यक्ति पर जाएं।

व्यक्ति 2 की कुल आय **इस वर्ष** $

व्यक्ति 2 की कुल आय **अगले वर्ष** $

धन्यवाद! हमें व्यक्ति 2 के बारे में यही जानना है।

क्या आपको आवेदन के लिए सहायता चाहिए? यहां HealthCare.gov जाएं या हमें **1-800-318-2596** Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596** यदि आपको अंग्रेजी के अतिरिक्त अन्य भाषा में सहायता चाहिए तो **1-800-318-2596** पर फोन करें और ग्राहक सेवा प्रतिनिधि को वह भाषा बताएं जिसकी आपको जरूरत है। हम आपको बिना किसी शुल्क के सहायता उपलब्ध कराएंगे। टीटीवाई प्रयोक्ताओं को **1-855-889-4325** पर फोन करना चाहिए।

चरण 3: अमेरिकी इंडियन या मूल अलास्काई (एआई/एएन) परिवार के सदस्य

1. **क्या आप या आपके परिवार में कोई व्यक्ति अमेरिकी इंडियन या मूल अलास्काई है?**

○ **नहीं यदि नहीं** तो चरण 4 पर जारी रखें। ○ **हां। यदि हां** तो चरण 4 पर जारी रखें, साथ में परिशिष्ट बी पूरा करें और आवेदन के साथ जोड़ें।

चरण 4: आपका समझौता व हस्ताक्षर

1. **क्या इस आवेदन में सूचीबद्ध किसी व्यक्ति को नौकरी से हेल्थ कवरेज प्रस्तावित हुआ है?**
यदि किसी अन्य व्यक्ति जैसे माता-पिता या जीवनसाथी को कवरेज मिला है तो भी हां पर निशान लगाएँ चाहे वे कवरेज स्वीकार न करते हों।

○ **हां।** जारी रखें और फिर परिशिष्ट ए पूरा करें। **क्या यह राज्य कर्मचारी लाभ योजना है?** ..... ○ हां ○ नहीं
○ **नहीं।**

2. **क्या कोई व्यक्ति अभी हेल्थ कवरेज में नामांकित है?**
○ **हां। यदि हां** प्रश्न 3 पर जारी रखें।
○ **नहीं। यदि नहीं** चरण 5 पर जाएँ।

3. **वर्तमान हेल्थ कवरेज के बारे में सूचना।** *(यदि फिलहाल 2 से अधिक लोगों के पास हेल्थ कवरेज है तो इस पृष्ठ की प्रति बनाएँ।)*
कवरेज का प्रकार लिखें जैसे नियोक्ता बीमा, कोबरा, मेडिकेड, चिप, मेडिकेयर, ट्राईकेयर, वीए हेल्थ केयर प्रोग्राम, पीस कोर या अन्य। *(यदि आपके पास डायरेक्ट केयर या लाइन ऑफ़ ड्यूटी है तो हमें ट्राईकेयर के बारे में न बताएँ।)*

व्यक्ति 1:

हेल्थ कवरेज में नामांकित व्यक्ति का नाम

कवरेज का प्रकार

○ नियोक्ता का बीमा ○ कोबरा ○ मेडिकेड ○ चिप ○ मेडिकेयर ○ ट्राईकेयर ○ वीए हेल्थ केयर प्रोग्राम ○ पीस कोर ○ अन्य

यदि यह नियोक्ता का बीमा है: *(आपके लिए परिशिष्ट ए भरना भी जरूरी है।)*

स्वास्थ्य बीमा कंपनी का नाम | पॉलिसी/आईडी संख्या

यदि अन्य प्रकार की कवरेज है:

स्वास्थ्य बीमा कंपनी का नाम | पॉलिसी/आईडी संख्या

क्या यह सीमित लाभ प्लान है जैसे कि स्कूल दुर्घटना पॉलिसी? ..... ○ हां ○ नहीं

व्यक्ति 2:

हेल्थ कवरेज में नामांकित व्यक्ति का नाम

कवरेज का प्रकार

○ नियोक्ता का बीमा ○ कोबरा ○ मेडिकेड ○ चिप ○ मेडिकेयर ○ ट्राईकेयर ○ वीए हेल्थ केयर प्रोग्राम ○ पीस कोर ○ अन्य

यदि यह नियोक्ता का बीमा है: *(आपके लिए परिशिष्ट ए भरना भी जरूरी है।)*

स्वास्थ्य बीमा कंपनी का नाम | पॉलिसी/आईडी संख्या

यदि अन्य प्रकार की कवरेज है:

स्वास्थ्य बीमा कंपनी का नाम | पॉलिसी/आईडी संख्या

क्या यह सीमित लाभ प्लान है जैसे कि स्कूल दुर्घटना पॉलिसी? ..... ○ हां ○ नहीं

चरण 5: आपका समझौता व हस्ताक्षर

1. **क्या आप आय डेटा उपयोग करने की अनुमति Marketplace को देने के लिए सहमत हैंटैक्स रिटर्न की सूचना सहित, अगले 5 वर्षों के लिए?**..... ◯ हां ◯ नहीं

भविष्य के वर्षों में कवरेज भुगतान में सहायता पाने की आपकी पात्रता आसान बनाने के लिए, आप टैक्स रिटर्न सूचना सहित, नवीनतम आय डेटा उपयोग करने की अनुमति Marketplace को देने के लिए सहमत हो सकते हैं। Marketplace आपको एक सूचना भेजेगी और आपको परिवर्तन करने का अवसर देगी। यह पक्का करने के लिए Marketplace जांच करेगी कि क्या आप अभी भी पात्र हैं और आपको यह प्रमाणित करने के लिए कह सकती है कि आपकी आय अभी भी पात्रता के दायरे में आती है। आप किसी भी इससे बाहर निकल सकते हैं।

यदि नहीं मेरी सूचना को स्वचालित तरीके से नवीनतम करें, इतने वर्षों के लिए:

◯ 4 वर्ष ◯ 2 वर्ष ◯ हेल्थ कवरेज के भुगतान में सहायता पाने की मेरी पात्रता के नवीकरण के लिए मेरे टैक्स डेटा का उपयोग न करें (इस विकल्प को चुनने से नवीकरण के समय, कवरेज भुगतान में सहायता पाने की आपकी क्षमता पर असर पड़ सकता है।)

◯ 3 वर्ष ◯ 1 वर्ष

2. **क्या इस आवेदन में स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन करने वाला कोई व्यक्ति बंदी अवस्था (कैद या जेल) में रहा है?**..... ◯ हां ◯ नहीं

यदि हां हमें उस व्यक्ति का नाम बताएं। बंदी अवस्था में रहने वाले व्यक्ति का नाम है:

◯ यदि वह व्यक्ति आरोप सिद्ध होने की प्रक्रिया का सामना कर रहा है तो यहां भरें।

यदि आवेदन का कोई व्यक्ति मेडिकेड पाने का पात्र है:

- अन्य स्वास्थ्य बीमा, कानूनी निपटारों या अन्य तीसरे पक्षों के साथ प्रक्रिया जारी रखने और धन प्राप्त करने का अपना अधिकार, मैं मेडिकेड एजेंसी को दे रहा हूं। मैं जीवनसाथी या माता-पिता के साथ प्रक्रिया जारी रखने और चिकित्सकीय सहायता पाने के अधिकार भी मेडिकेड एजेंसी को दे रहा हूं।
- क्या इस आवेदन में उल्लेखित किसी बच्चे के माता-पिता इस घर से बाहर रहते हैं?..... ◯ हां ◯ नहीं
- यदि हां तो मैं जानता हूं कि मुझे एजेंसी से सहयोग करने के लिए कहा जाएगा जो अनुपस्थित माता-पिता से चिकित्सकीय सहायता एकत्र करती है। यदि मुझे लगता है कि चिकित्सकीय सहायता लेने में सहयोग करने से मुझे या मेरे बच्चे को नुकसान होगा तो मैं यह मेडिकेड को बता सकता हूं और मुझे सहयोग नहीं करना पड़ेगा।

- मैं शपथ-भंग करने पर दंड के प्रावधान के अंतर्गत इस आवेदन पर हस्ताक्षर कर रहा हूं जिसका मतलब है कि मैंने इस फ़ॉर्म पर मौजूद सभी प्रश्नों के अपनी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार वास्तविक उत्तर दिये हैं। मैं जानता हूं कि यदि मैं जानबूझकर झूठी या अवास्तविक सूचना देता हूं तो संघीय कानून के अनुसार मुझे दंड दिया जा सकता है।
- मैं जानता हूं कि यदि इस आवेदन पर मेरे द्वारा लिखित सूचना में कोई भी परिवर्तन होता है (और यह उससे अलग है) तो मुझे Health Insurance Marketplace को 30 दिनों के भीतर सूचित करना चाहिए। किसी भी परिवर्तन की सूचना देने के लिए मैं HealthCare.gov पर जा सकता हूं या **1-800-318-2596** पर फोन कर सकता हूं। मैं समझता हूं कि मेरी सूचना में परिवर्तन से मेरी पात्रता के साथ-साथ मेरे घर के सदस्यों की पात्रता भी प्रभावित हो सकती है।
- मैं जानता हूं कि संघीय कानून के अनुसार, नस्ल, रंग, मूल राष्ट्रीयता, लिंग, आयु, यौन रुझान, लिंग पहचान या विकलांगता के आधार पर भेदभाव करने की अनुमति नहीं है। मैं www.hhs.gov/ocr/office/file पर जाकर भेदभाव की शिकायत कर सकता हूं।
- मैं जानता हूं कि इस फ़ॉर्म की सूचना का उपयोग केवल हेल्थ कवरेज की पात्रता तय करने, कवरेज भुगतान में सहायता करने (यदि अनुरोध किया गया है) और Marketplace और कार्यक्रमों के कानूनी उद्देश्यों के लिए किया जाएगा जो कवरेज का भुगतान करने में सहायता करते हैं।

हमें हेल्थ कवरेज के भुगतान में सहायता पाने की आपकी पात्रता देखने के लिए इस सूचना की आवश्यकता होती है यदि आपने इसे पाने का आवेदन किया है। हम अपने इलेक्ट्रॉनिक डेटाबेस और इंटर्नल रेवेन्यू सर्विस (आईआरएस), सोशल सिक्योरिटी, होमलैंड सिक्योरिटी डिपार्टमेंट और/या उपभोक्ता रिपोर्टिंग एजेंसी के डेटाबेस की सूचना का उपयोग करके आपके उत्तरों की जांच करेंगे। यदि सूचना का मिलान नहीं होता है हम आपसे प्रमाण भेजने के लिए कह सकते हैं।

मुझे क्या करना चाहिए यदि मुझे लगता है कि मेरे पात्रता परिणाम गलत हैं?

यदि आप उससे सहमत नहीं है जिसके लिए आप पात्र पाए गए हैं, कई मामलों में, तो आप अपील कर सकते हैं। आपके पास अपील का अनुरोध करने के लिए कितने दिन हैं, इसके सहित कवरेज हेतु आवेदन करने वाले आपके घर के प्रत्येक व्यक्ति के विशिष्ट अपील निर्देश जानने के लिए कृपया अपना पात्रता नोटिस देखें। अपील का अनुरोध करते समय विचार करने के लिए यहां महत्वपूर्ण सूचना दी गई है:

- यदि आप चाहते हैं तो आप किसी व्यक्ति द्वारा अनुरोध या भागीदारी करा सकते हैं। वह व्यक्ति दोस्त, संबंधी, वकील या अन्य व्यक्ति हो सकता है। या आप स्वयं अपनी अपील में भाग लेने का अनुरोध कर सकते हैं।
- यदि आप अपील करते हैं तो आपकी अपील लंबित होने के दौरान आप कवरेज की अपनी पात्रता बनाए रख सकते हैं।
- अपील के परिणाम से आपके घर के अन्य सदस्यों की पात्रता बदल सकती है।

आपके Marketplace पात्रता परिणामों पर अपील करने के लिए https://www.healthcare.gov/can-i-appeal-a-marketplace-decision/ पर जाएं या Marketplace कॉल सेंटर को **1-800-318-2596** नंबर पर फोन करें। टीटीवाई प्रयोक्ताओं को **1-855-889-4325** पर फोन करना चाहिए। आप अपील अनुरोध फ़ॉर्म या अपील का अनुरोध करते हुए स्वयं अपना पत्र **Health Insurance Marketplace** Dept. of Health and Human Services (स्वास्थ्य व समाज कल्याण विभाग) 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 को भेज सकते हैं। आप Marketplace के माध्यम से हेल्थ कवरेज खरीदने, पात्रता अवधि, टैक्स क्रेडिट, व्यय साझा करने की कटौती, मेडिकेड और चिप की पात्रता के लिए आवेदन कर सकते हैं यदि आपको यह पात्रता देने से मना किया गया था। यदि आप टैक्स क्रेडिट या व्यय साझा करने की कटौती की पात्रता प्राप्त करते हैं तो आप उस राशि के लिए अपील कर सकते हैं जिस राशि के लिए हमने आपकी पात्रता तय की है। आपके राज्य के आधार पर, आप Marketplace के माध्यम से अपील कर सकते हैं या आपको राज्य मेडिकेड या चिप एजेंसी के पास अपील करनी पड़ सकती है।

व्यक्ति 1 को इस आवेदन पर हस्ताक्षर करने चाहिए। यदि आप अधिकृत प्रतिनिधि हैं तो आप व्यक्ति 1 द्वारा परिशिष्ट सी पर हस्ताक्षर करने पर यहां हस्ताक्षर कर सकते हैं।

हस्ताक्षर	हस्ताक्षर की तिथि (ददि/मिमम/वववव)
	/ /

यदि आप खुले नामांकन (15 नवंबर और 15 फरवरी के बीच) के बाहर इस आवेदन पर हस्ताक्षर कर रहे हैं तो सुनिश्चित करें कि आप परिशिष्ट डी ("जीवन परिवर्तनों के बारे में प्रश्न") पढ़ें।

चरण 6: भरे हुए आवेदन को डाक से भेजें

आपके हस्ताक्षरित आवेदन को यहां डाक से भेजें:

Health Insurance Marketplace Dept. of Health and Human Services (स्वास्थ्य व समाज कल्याण विभाग)
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001

यदि आप मत देने के लिए पंजीकरण करना चाहते हैं तो आप www.eac.gov.

क्या आपको आवेदन के लिए सहायता चाहिए? यहां HealthCare.gov जाएं या हमें **1-800-318-2596** Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596** यदि आपको अंग्रेजी के अतिरिक्त अन्य भाषा में सहायता चाहिए तो **1-800-318-2596** पर फोन करें और ग्राहक सेवा प्रतिनिधि को वह भाषा बताएं जिसकी आपको जरूरत है। हम आपको बिना किसी शुल्क के सहायता उपलब्ध कराएंगे। टीटीवाई प्रयोक्ताओं को **1-855-889-4325** पर फोन करना चाहिए।

इसे भरें नहीं। यह एक आवेदन नहीं है।

परिशिष्ट ए

फ़ॉर्म स्वीकृत
ओएमबी नंबर 0938-1191

नौकरियों से हेल्थ कवरेज

आपको इन प्रश्नों के उत्तर देने की आवश्यकता **नहीं है** जब तक कि घर का कोई व्यक्ति नौकरी से हेल्थ कवरेज पाने का पात्र है चाहे वह कवरेज स्वीकार नहीं करता हो। ऐसी प्रत्येक नौकरी के लिए इस पृष्ठ की एक प्रति संलग्न करें जिसमें कवरेज दिया जाता है।

कवरेज देने वाली नौकरी के बारे में हमें बताएं।
इस पृष्ठ की प्रति बनाएं और इन प्रश्नों के उत्तर देने के लिए इसे कवरेज देने वाले नियोक्ता के पास ले जाएं।

कर्मचारी सूचना

1. कर्मचारी का नाम (पहला, मध्य, अंतिम)

2. कर्मचारी का सोशल सिक्योरिटी नंबर
___ - ___ - ___

नियोक्ता की सूचना

3. नियोक्ता का नाम

4. नियोक्ता पहचान संख्या (ईआईएन)
___ - ___

5. नियोक्ता का पता

6. नियोक्ता का फोन नंबर
(___) ___ - ___

7. शहर

8. राज्य

9. जिप कोड

10. इस नौकरी में कर्मचारी की हेल्थ कवरेज के बारे में हम किससे संपर्क कर सकते हैं?

11. फोन नंबर (यदि उपरोक्त से अलग है)
(___) ___ - ___

12. ईमेल पता

13. क्या इस नियोक्ता द्वारा प्रस्तावित कवरेज पाने के लिए यह कर्मचारी फिलहाल पात्र है या कर्मचारी अगले 3 महीने में पात्र बन जाएगा?

○ **हां (जारी रखें)**

○ **नहीं (यहां रुकें और आवेदन के चरण 5 पर वापिस जाएं।)**

ए. **क्या आप प्रतीक्षारत या प्रोबेशनरी (परिवीक्षा) अवधि में हैं आप कवरेज के लिए कब नामांकित हो सकते हैं?** (दिदि/ममम/वववव)
___ / ___ / ___

ऐसे किसी भी अन्य व्यक्ति का नाम बताएं जो नौकरी पर कवरेज पाने का पात्र है।

नाम

नाम

नाम

इस नियोक्ता द्वारा प्रस्तावित सबसे कम कीमत के हेल्थ प्लान के बारे में हमें बताएं।

14. क्या नियोक्ता ऐसा हेल्थ प्लान देता है जो न्यूनतम मूल्य के मानक पूरा करता है*?..... ○ हां ○ नहीं

15. सबसे कम कीमत के हेल्थ प्लान जो न्यूनतम मूल्य के मानक पूरे करता है* **केवल कर्मचारी को** को दिया जाता है (फैमिली प्लान शामिल न करें): यदि नियोक्ता के पास वैलनेस कार्यक्रम है तो वह प्रीमियम बताएं जो नियोक्ता भुगतान करेगा यदि उसे तंबाकू रोकने के किसी कार्यक्रम के लिए अधिकतम छूट मिलती है और वैलनेस कार्यक्रम के आधार पर कोई अन्य छूट प्राप्त नहीं हुई।

ए. इस प्लान के लिए नियोक्ता को प्रीमियम में कितना भुगतान करना होगा? **$**

बी. कितनी बार? ○ साप्ताहिक ○ हर 2 सप्ताह पर ○ महिने में दो बार ○ महीने में एक बार ○ तिमाही ○ वार्षिक (अगले प्रश्न पर जाएं।)

16. नये प्लान वर्ष में नियोक्ता क्या परिवर्तन यदि कोई हैं, करेगा?

○ नियोक्ता हेल्थ कवरेज प्रस्तावित नहीं करेगा।

○ नियोक्ता कर्मचारियों को हेल्थ कवरेज देना शुरू करेगा या सबसे कम कीमत के प्लान का प्रीमियम बदलेगा जो न्यूनतम मूल्य के मानक पूरे करता है और केवल कर्मचारी को उपलब्ध होगा। (प्रीमियम में वैलनेस कार्यक्रम की छूट दिखनी चाहिए। प्रश्न 15 देखें।)

ए. इस योजना के लिए नियोक्ता को प्रीमियम में कितना भुगतान करना है? **$**

बी. कितनी बार? ○ साप्ताहिक ○ हर 2 सप्ताह पर ○ महिने में दो बार ○ महीने में एक बार ○ तिमाही ○ वार्षिक

सी. परिवर्तन की तिथि: ___ / ___ / ___

*नियोक्ता द्वारा प्रायोजित प्लान उस स्थिति में "न्यूनतम मूल्य मानक" पूरे करता है जब प्लान के अंतर्गत आने वाले कुल अनुमति प्राप्त लाभों के व्यय में प्लान की हिस्सेदारी उस व्यय के 60% से कम नहीं होती है (1986 के इंटर्नल रेवेन्यू कोड की धारा 36B(c)(2)(C)(ii))। नियोक्ताओं द्वारा दिये जाने वाले अधिकांश हेल्थ प्लान न्यूनतम मूल्य मानक को पूरा करते हैं।

क्या आपको आवेदन के लिए सहायता चाहिए? यहां HealthCare.gov जाएं या हमें **1-800-318-2596** नंबर पर फोन करें। Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. यदि आपको अंग्रेजी के अतिरिक्त अन्य भाषा में सहायता चाहिए तो **1-800-318-2596** पर फोन करें और ग्राहक सेवा प्रतिनिधि को वह भाषा बताएं जिसकी आपको जरूरत है। हम आपको बिना किसी शुल्क के सहायता देंगे। टीटीवाई प्रयोक्ताओं को **1-855-889-4325** पर फोन करना चाहिए।

इसे भरें नहीं। यह एक आवेदन नहीं है।

परिशिष्ट बी

फ़ॉर्म स्वीकृत
ओएमबी नंबर 0938-1191

अमेरिकी इंडियन या मूल अलास्काई (एआई/एएन) परिवार के सदस्य

यदि आप या आपके परिवार का सदस्य अमेरिकी इंडियन या मूल अलास्काई (एआई/एएन) हैं तो इस परिशिष्ट को पूरा करें। इसे "हेल्थ कवरेज और व्यय देने में सहायता के लिए आवेदन" के साथ प्रस्तुत करें।

हमें अपने अमेरिकी इंडियन या मूल अलास्काई (एआई/एएन) परिवार के सदस्यों के बारे में बताएं।

अमेरिकी इंडियन या मूल अलास्काई लोगों को इंडियन हेल्थ सर्विस, ट्राइबल हेल्थ प्रोग्राम या शहरी इंडियन हेल्थ प्रोग्राम से सेवाएं मिल सकती हैं। उन्हें लागत साझा करने का भुगतान नहीं करना पड़ सकता है और विशेष मासिक नामांकन अवधि मिल सकती है। यह पक्का करने के लिए नीचे प्रश्नों के उत्तर दें कि आपके परिवार को अधिकतम संभव सहायता मिलें।

ध्यान दें: यदि आपके पास शामिल करने के लिए अधिक व्यक्ति हैं तो इस पृष्ठ की प्रति बनाएं और संलग्न करें।

एआई/एएन व्यक्ति 1:

1. नाम (पहला नाम, मध्य नाम, अंतिम नाम)

2. क्या आप संघीय रूप से मान्यता प्राप्त जनजाति के सदस्य हैं? ○ हां ○ नहीं

यदि हां जनजाति का नाम:

राज्य जनजाति यहां रहती है:

3. क्या इस व्यक्ति को कभी इंडियन हेल्थ सर्विस, ट्राइबल हेल्थ प्रोग्राम या शहरी इंडियन हेल्थ प्रोग्राम की सेवाएं या इनमें से किसी प्रोग्राम से रेफरल सेवाएं मिली हैं? ○ हां ○ नहीं

यदि नहीं क्या यह व्यक्ति इंडियन हेल्थ सर्विस, ट्राइबल हेल्थ प्रोग्राम या शहरी इंडियन हेल्थ प्रोग्राम की सेवाएं या इनमें से किसी प्रोग्राम से रेफरल सेवाएं पाने का पात्र है? ○ हां ○ नहीं

4. मेडिकेड या चिल्ड्रन हेल्थ इंश्योरेंस प्रोग्राम (चिप) से मिले कुछ धन को इनसे मिला लाभ नहीं माना जा सकता है। आपके आवेदन में बताई गई आय (राशि और कितनी बार) बताएं जिसमें इन स्रोतों का धन शामिल है:
   - किसी जनजाति से प्रति व्यक्ति भुगतान जो प्राकृतिक संसाधनों, उपयोग के अधिकार, किराया या रॉयल्टी से आता है।
   - प्राकृतिक स्रोतों, कृषि, रैंचिंग, मछली पालन, किराया या गृह मंत्रालय द्वारा इंडियन ट्रस्ट लैंड के तौर पर निर्धारित भूमि से रॉयल्टी का भुगतान (आरक्षण व पूर्व आरक्षण सहित)
   - ऐसी चीजें बेचने से धन जिसमें सांस्कृतिक महत्व है

$

कितनी बार?

एआई/एएन व्यक्ति 2:

1. नाम (पहला नाम, मध्य नाम, अंतिम नाम)

2. क्या आप संघीय रूप से मान्यता प्राप्त जनजाति के सदस्य हैं? ○ हां ○ नहीं

यदि हां जनजाति का नाम:

राज्य जनजाति यहां रहती है:

3. क्या इस व्यक्ति को कभी इंडियन हेल्थ सर्विस, ट्राइबल हेल्थ प्रोग्राम या शहरी इंडियन हेल्थ प्रोग्राम की सेवाएं या इनमें से किसी प्रोग्राम से रेफरल सेवाएं मिली हैं? ○ हां ○ नहीं

यदि नहीं क्या यह व्यक्ति इंडियन हेल्थ सर्विस, ट्राइबल हेल्थ प्रोग्राम या शहरी इंडियन हेल्थ प्रोग्राम की सेवाएं या इनमें से किसी प्रोग्राम से रेफरल सेवाएं पाने का पात्र है? ○ हां ○ नहीं

4. मेडिकेड या चिल्ड्रन हेल्थ इंश्योरेंस प्रोग्राम (चिप) से मिले कुछ धन को इनसे मिला लाभ नहीं माना जा सकता है। आपके आवेदन में बताई गई आय (राशि और कितनी बार) बताएं जिसमें इन स्रोतों का धन शामिल है:
   - किसी जनजाति से प्रति व्यक्ति भुगतान जो प्राकृतिक संसाधनों, उपयोग के अधिकार, किराया या रॉयल्टी से आता है।
   - प्राकृतिक स्रोतों, कृषि, रैंचिंग, मछली पालन, किराया या गृह मंत्रालय द्वारा इंडियन ट्रस्ट लैंड के तौर पर निर्धारित भूमि से रॉयल्टी का भुगतान (आरक्षण व पूर्व आरक्षण सहित)
   - ऐसी चीजें बेचने से धन जिसमें सांस्कृतिक महत्व है

$

कितनी बार?

क्या आपको आवेदन के लिए सहायता चाहिए? यहां HealthCare.gov जाएं या हमें **1-800-318-2596** नंबर पर फोन करें। Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. यदि आपको अंग्रेजी के अतिरिक्त अन्य भाषा में सहायता चाहिए तो **1-800-318-2596** पर फोन करें और ग्राहक सेवा प्रतिनिधि को वह भाषा बताएं जिसकी आपको जरूरत है। हम आपको बिना किसी शुल्क के सहायता देंगे। टीटीवाई प्रयोक्ताओं को **1-855-889-4325** पर फोन करना चाहिए।

इसे भरें नहीं। यह एक आवेदन नहीं है।

परिशिष्ट सी

फ़ॉर्म स्वीकृत
ओएमबी नंबर 0938-1191

इस आवेदन को भरने में सहायता

केवल प्रमाणित आवेदन वकील, नेविगेटर, एजेंटर और ब्रोकर ही

यदि आप प्रमाणित आवेदन वकील, नेविगेटर, एजेंटर और ब्रोकर हैं या किसी अन्य व्यक्ति के लिए यह आवेदन भर रहे हैं।

1. आवेदन आरंभ तिथि (दिदि/ममम/वववव)

/ /

2. पहला नाम, मध्य नाम, अंतिम नाम व कुलनाम

3. संगठन का नाम

4. आईडी नंबर (यदि लागू है)

5. एजेंट/ब्रोकर केवल: एनपीएन नंबर

आप अधिकृत प्रतिनिधि को चुन सकते हैं।

आपके आवेदन के बारे में सूचना लेने और आपकी ओर से आवेदन पर हस्ताक्षर करने सहित, आप इस आवेदन के बारे में हमसे बात करने, आपकी सूचना देखने और आपके लिए या इस आवेदन से जुड़े मामले पर कार्रवाई करने के लिए किसी विश्वसनीय व्यक्ति को अनुमति दे सकते हैं। इस व्यक्ति को "अधिकृत प्रतिनिधि" कहा जाता है। यदि आप कभी अपना अधिकृत प्रतिनिधि बदलना या हटाना चाहते हैं तो Marketplace से संपर्क करें। यदि आप इस आवेदन के लिए किसी व्यक्ति के अधिकृत प्रतिनिधि हैं तो इस आवेदन के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें।

1. अधिकृत प्रतिनिधि का नाम (पहला, मध्य, अंतिम नाम)

2. पता

3. अपार्टमेंट या फ्लैट नंबर

4. शहर

5. राज्य

6. जिप कोड

7. फोन नंबर

( ) –

8. संगठन का नाम

9. आईडी नंबर (यदि लागू है)

इस पर हस्ताक्षर करके, आप इस व्यक्ति को आपके आवेदन पर हस्ताक्षर करने, इस आवेदन के बारे में आधिकारिक सूचना पाने और इस आवेदन के संबंध में भविष्य के सभी मामलों में आपकी ओर से काम करने की अनुमति देते हैं।

10. इस आवेदन में सूचीबद्ध व्यक्ति 1 के हस्ताक्षर

11. हस्ताक्षर की तिथि (दिदि/ममम/वववव)

/ /

परिशिष्ट डी

फ़ॉर्म स्वीकृत
ओएमबी नंबर 0938-1191

जीवन में परिवर्तन के बारे में प्रश्न

(आपको इस पृष्ठ के साथ इस आवेदन का शेष हिस्सा पूरा करना चाहिए। इस पृष्ठ को अलग से प्रस्तुत न करें।)

यदि इस आवेदन में उल्लेखित किसी व्यक्ति को पिछले 60 दिनों में जीवन परिवर्तन महसूस हुआ तो निम्नलिखित प्रश्न भरें। कुछ जीवन परिवर्तनों से आपका कवरेज Marketplace के माध्यम से अभी शुरू हो सकता है। हम आपको इन प्रश्नों के उत्तर देने का सुझाव देते हैं यदि 15 फरवरी, 2015 को समाप्त होने वाली वार्षिक खुली नामांकन अवधि के बाद और वर्ष में बाद में शुरू होने वाली वार्षिक खुली नामांकन अवधि से पहले आवेदन कर रहे हैं।

ये प्रश्न वैकल्पिक हैं। यदि आपकी जीवन स्थितियां नहीं बदली हैं तो आप उत्तरों को खाली छोड़ सकते हैं। आप वर्ष में किसी भी समय मेडिकेड और चिल्ड्रन हेल्थ हंश्योरेंस प्रोग्राम (चिप) में नामांकित हो सकते हैं चाहे आपको जीवन परिवर्तन महसूस न हुए हों। संघीय रूप से मान्यता प्राप्त जनजातियों और मूल अलास्का हितधारक के सदस्य वर्ष में किसी भी समय Marketplace के माध्यम से कवरेज के लिए नामांकित हो सकते हैं।

आपके घर में परिवर्तन के बारे में हमें बताएं।

1. किसी व्यक्ति का हेल्थ कवरेज पिछले 60 दिनों में खोया या अगले 60 दिनो में कवरेज खत्म होने की संभावना है।

नाम	कवरेज समाप्त होने की तिथि या इस तिथि को समाप्त हो जाएगा (दिदि/ममम/वववव)
☐ यहां देखें यदि कवरेज प्रीमियम ने देने के कारण समाप्त हो गया।	/ /

2. पिछले 60 दिनों में किसी का विवाह हुआ है।

नाम	तिथि (दिदि/ममम/वववव)
	/ /

3. पिछले 60 दिनों में, किसी का जन्म, गोद लेने का काम या फोस्टर केयर में रखा गया था।

नाम	तिथि (दिदि/ममम/वववव)
	/ /

4. पिछले 60 दिनों में, किसी को मान्य प्रवासी स्थिति मिली।

नाम	तिथि (दिदि/ममम/वववव)
	/ /

5. पिछले 60 दिनों में कोई गया।

नाम	जाने की तिथि (दिदि/ममम/वववव)
	/ /

6. पिछले 60 दिनों में, कोई बंदी अवस्था से रिहा हुआ, पकड़ा गया या जेल हुई।

नाम	तिथि (दिदि/ममम/वववव)
	/ /