Health Insurance Marketplace

पुरा नगर्नुहोस् । यो आवेदन होइन।

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

हेल्थ कभरेज र खर्चमा सहयोगको लागि निवेदन

HealthCare.gov अनलाईनमा छिटोको लागि निवेदन दिनु होस् ।

कुन कभरेजको लागि तपाईं योग्य हुनुहुन्छ र आफूले भ्याउने अफोर्डेबल प्राईभेट स्वास्थ्य बिमा योजनाहरु जसले स्वस्थ रहनको लागि बृहतरुपमा मद्दत गर्न सक्छ

- बिमा-बजारका योजनाहरूले तपाईंको परिवारलाई कुशलमंगल राख्न बृहत् सेवाहरू प्रदान गर्छन् ।
- करले दिने सहुलियत (ट्याक्स क्रेडिट) ले तपाईंलाई स्वास्थ्य-बिमाबाट बेहोरिने खर्चमा तुरून्त बिमा-शुल्कहरू घटाउन सहायता गर्न सक्छ ।
- मेडिकेड (Medicaid) र बालबालिकाको स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम (Children's Health Insurance Program; CHIP) मार्फत नि:शुल्क वा कम लागतको स्वास्थ्य-बिमाबाट बेहोरिने खर्च ।
- **निश्चित आय स्तरहरू नि:शुल्क वा कम लागतका कार्यक्रमका लागि योग्य हुनसक्छन् ।**

यो निवेदन कसले प्रयोग गर्न सक्छ ?

- आफ्नो घर-परिवारका कसैका लागि पनि बिमा-सुविधा माग्नका लागि यो निवेदन प्रयोग गर्नुहोस् ।
- **तपाईं वा तपाईको बच्चाको लागि कभरेज भैसकेको भए पनि निबेदन दिनुस्, के थाहा तपाई निशुल्क वा सस्तो कभरेजको लागि योग्य ठहरिनु हुन्छ कि ।**
- सिंगल वा एक्लो हुनुहुन्छ भने, तपाई छोटो फर्म प्रयोग गर्न सक्नु हुन्छ,HealthCare.gov मा भिजिट गर्नु होस्
- योग्य आप्रवासीहरूसहितको घर-परिवारहरूले निवेदन दिन सक्छन् । यदि तपाईं स्वास्थ्य-बिमाका लागि अयोग्य भए पनि तपाईंले नानीका लागि निवेदन दिन सक्नुहुन्छ । निवेदन दिनाले तपाईंको आप्रवास अवस्थालाई वा स्थायी बासिन्दा वा नागरिक बन्ने अवसरलाई असर गर्ने छैन ।
- यो निवेदन भर्न तपाईलाई कसैले सहयोग गरेको भए तपाईले अपेन्डिक्स सी परीशिष्ट सि पनि भर्नु पर्छ ।

निवेदन दिन तपाईलाई के के चाहिन्छ ?

- सोसल सेक्युरिटी नम्बरहरू (Social Security Numbers; SSNs) (वा कुनै योग्य आप्रवासीहरू, जसलाई स्वास्थ्य-बिमा खाँचो हुन्छ, को कागजात नम्बरहरू) ।
- जागिर दिने संस्था र परिवारको सबैको लागि आम्दानिको जानकारी (जस्तो: पे स्टबहरू, डब्ल्यु – २ फारमहरू, वा ज्याला र करसम्बन्धी विवरणहरू)
- हालको स्वास्थ्य बिमाको पलिसि नंबरहरु
- तपाईंको घर-परिवारमा उपलब्ध कामबाट मिलेको कुनै स्वास्थ्य-बिमाको जानकारी ।

हामी किन यो बिबरण चाहन्छौं ?

हामी तपाईको आम्दानि बारे र अन्य बिबरण बारे सोध्छौं ताकि हामी तपाईलाइ तपाई कुन कभरेजको लागि योग्य हुनु हुन्छ र यसको रकम तिर्न तपाईलाई कुनै सहयोग पु-याउन सक्छौं कि भन्ने कुरा भन्न सकौं । **कानुनतः हामी तपाईले दिनु भएको सबै बिबरण गोप्य र सुरक्षित राख्छौं** । प्राइभेसी एक्ट स्टेट्मेन्ट हेर्नको लागि HealthCare.gov मा भिजिट गर्नुस् वा निर्देशनहरु हेर्नु होस् ।

यसपछि के हुन्छ ?

पूरा भरिएको र सही गरिएको निबेदन पेज ७ मा दिइएको ठेगानामा पठाउनु होस् । **हामीले खोजेको सबै जानकारी तपाईंसंग छैन भने पनि तपाईको निबेदनमा सही गर्नुस् र पठाई दिनुस् ।** हामी १-२ हप्ताभित्र तपाईंसँग यसबारे सोधखोज गर्नेछौं, **र यदि हामीलाई जानकारी चाहियो भने तपाईंलाई बिमा-बजारबाट फोन आउन सक्छ** । तपाईंको निवेदनको प्रक्रिया पूरा भएपछि तपाईंले हुलाकमार्फत योग्यताको सूचनाको पत्र पाउनुहुनेछ । यदि तपाईंले हामीबाट केही खबर पाउनुभएन भने बिमा-बजारको कल सेन्टर (Marketplace Call Center) मा सम्पर्क गर्नुहोस् । यो निवेदन दिनु भनेको तपाईले स्वास्थ्य-बिमा किन्नु नै पर्छ भन्ने होइन ।

यो निबेदनबाट सहयोग पाउनु होस् ।

- अनलाईन **Online:** HealthCare.gov.
- **फोन:** बिमा-बजारको कल सेन्टरको नम्बर **१-८००-३१८-२५९६** मा फोन गर्नुहोस् । टिटिवाई (TTY) प्रयोगकर्ताले **१-८५५-८८९-४३२५** मा फोन गर्नुहोस् ।
- **भेटेर:** तपाईको इलाकामा सुझाव दिने काउन्सेलरस् हुन सक्दछन् । HealthCare.gov, मा भिजिट गर्नुस् वा मार्केटप्लेस कल सेन्टरमा थप जानकारीको लागि फोन गर्नुस् **१-८००-३१८-२५९६**
- **अरु भाषाहरुः** अंग्रेजी भाषा बाहेक अन्य भाषामा सहयोग चाहिएमा **१-८००-३१८-२५९६** मा फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूले चाहेको भाषा भन्नुस् । हामी तपाईलाई निशुल्क सहयोग गर्ने छौं ।

तपाईंलाई वैकल्पिक ढाँचामा यो उत्पादन सम्बन्धति जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। यदि तपाइलाई आफू बिरुद्ध भेदभाव भएको महसुस हुन्छ भने, तपाईंलाई उजुरी दर्ता गर्ने पनि अधिकार छ। भ्रमण गर्नुहोस् CMS.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, अथवा, बजारको टेलफिोन केन्द्रको न. **१-८००-३१८-२५९६** मा थप जानकारीको लागि फोन गर्नुहोस। टटिविाई (TTY) प्रयोगकर्ताले **१-८५५-८८९-४३२५** मा फोन गर्नुहोस् ।

पिआरए डिस्क्लोजर स्टेटमेन्ट: १९९५ को कागजको काम घटाउने कानुन अनुसार, कुनै पनि मानिसले संग्रहित सबै जानकारीको जवाफ दिनु आवश्यक छैन जब सम्म त्यसले कानुनसम्मत वा प्रमाणित ओएमबि नियन्त्रण नंबर देखाउँदैन । यो जानकारी संग्रहको लागिको प्रमाणित नियन्त्रण नंबर ०९३८-११९१ हो । यो जानकारीको संग्रह प्रत्येकको जवाफ दिन निर्देशन हेर्न, डाटाको स्रोत हेर्न, आवश्यक डाटा जम्मा गर्न, यो जानकारी भर्न र दोह-याउन औसतमा ४५ मिनेट लाग्छ । यदि यो समय बारे तपाईंको कुनै टिप्पणी भए वा यो फर्मलाई अझ राम्रो बनाउन कुनै सुझाव भए कृपया निम्न ठेगानामा लेख्न होस्: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

पुरा नगर्नुहोस् । यो आवेदन होइन।

कृपया कालो वा कडा निलो मसि मात्र प्रयोग गरी क्यापिटल अक्षरमा लेख्न होस् ।
यस्तो सर्कल वा गोलोलाइ यसरी भर्नु होस् (○) **यसरी भर्ने** → ●.

प्रथम चरण : तपाईं आफ्नो बारे हामीलाई भन्नुस् ।

(हामीलाई तपाईंको निवेदन बारे कुरा गर्न घरको एकजना वयस्क व्यक्तिको नाम चाहिन्छ ।)

1. पहिलो नाम	बिचको नाम	थर	सफिक्स

2. घरको ठेगाना (ठेगाना छैन भने खाली छोड्नुस्)	3. घरको ठेगाना २

4. सिटि	5. स्टेट	6. काउण्टि	7. काउण्टि

8. पत्राचार ठेगाना (घरको ठेगाना भन्दा फरक भए)	9. पत्राचारको ठेगाना २

10. सिटि	11. स्टेट	12. काउण्टि	13. काउण्टि

14. फोन नम्बर	15. दोस्रो फोन नम्बर
( ) -	( ) -

16. यो निवेदन बारेको जानकारी के तपाईं ई-मेल बाट चाहनु हुन्छ ? ..... ○ हो ○ होइन

ई-मेल ठेगाना:

17. बढी रूचिकर भाषा	लेखन	वाचन

स्टेप २: तपाईंको घर-परिवारबारे हामीलाई भन्नुहोस् ।

यो निवेदनमा तपाईं कसकसलाइ समावेश गर्न आवश्यक ठान्नु हुन्छ ?

यदि तपाईंको घरमा कसैको यसअघि नै स्वास्थ्य-बिमा छ भने घर-परिवारका प्रत्येक व्यक्तिका लागि चरण २ पृष्ठहरू पूरा गर्नुहोस् । यो निवेदनमा भएका जानकारीले हामीलाई प्रत्येक व्यक्तिले सम्भव भएसम्मको राम्रो स्वास्थ्य-बिमा पाए/नपाएको सुनिश्चित गर्न सहयोग गर्छ । तपाईं योग्य भएर तपाईंले पाउने सहायता वा कार्यक्रमको प्रकार तपाईंको घर-परिवारको सदस्य-संख्या र तपाईंको घर-परिवारको आम्दानीमा भर पर्छ । यदि तपाईंले कसैसँग पहिलेदेखि नै स्वास्थ्य-बिमा छ भनेर उन/उसलाई समावेश गर्नुभएन भने तपाईंको सुविधा पाउने योग्यता प्रभावित हुनसक्छ ।

वयस्क व्यक्तिहरु जसलाई कभरेजको आवश्यकता हुन्छ :
उनिहरुले आफ्नो हेल्थ कभरेजको लागि निबेदन नदिएको भए पनि यि व्यक्तिहरु समावेश गर्नुस्:

- श्रीमान/श्रीमति
- कुनै झट्केलो सन्तानसहित २१ वर्ष उमेरभन्दा कमका छोरा वा छोरी जो साथमा बस्नुहुन्छ
- अन्य कुनै व्यक्ति जो एउटै फेडरल इन्कम ट्याक्स रिटर्नमा निर्भर छ, बाबु आमा को ट्याक्स रिटर्न मा आश्रित अन्य २१ बर्ष नाघि सकेका केटा केटि समेत। हेल्थ कभरेज पाउनको लागि तपाईले ट्याक्स फाइल गर्न जरुरी छैन ।

कभरेज आवश्यक भएका २१ बर्ष ननाघेका केटा केटिको लागि:
उनिहरुले आफैंले आफ्नो हेल्थ कभरेजको लागि निबेदन दिएको नभएतापनि यि व्यक्तिहरुलाई समावेश गर्नुस्:

- संगै बस्ने आमा बुबा (सौतेनि आमा बुबा)
- संगै बस्ने नावालिगहरु
- संगै बस्ने छोरा छोरी, झड्केलो छोरा छोरी समेत
- कुनै दम्पति जो साथमा बस्नुहुन्छ
- एउटै फेडरल इन्कम ट्याक्समा आश्रित कुनै अन्य व्यक्ति, हेल्थ कभरेज पाउनको लागि तपाईंले ट्याक्स फाइल गर्नु आवश्यक छैन ।

तपाईंको घर-परिवारका प्रत्येक व्यक्तिका लागि चरण २ पूरा गर्नुहोस् ।

आफ्नैबाट शुरू गर्नुहोस्, त्यसपछि अरू वयस्कहरू र नानीहरूको थप्नुहोस् । यदि तपाईंको घर-परिवारमा २ जनाभन्दा बढी व्यक्ति हुनुहुन्छ भने तपाईंले यी पृष्ठहरूको प्रतिलिपि बनाउनुपर्छ र यसैसाथ नत्थी गर्नुपर्छ ।

तपाईंको घर-परिवारका सदस्यहरूलाई जसलाई स्वास्थ्य-बिमा चाहिँदैन, उहाँहरूको आप्रवास स्थिति वा सोसल सेक्युरिटी नम्बर उपलब्ध गराउनु पर्दैन । कानुनले अनिवार्य गरेअनुसार हामी तपाईंले उपलब्ध गराएका सबै जानकारी गोप्य र सुरक्षित राख्छौं । हामी व्यक्तिगत जानकारी तपाईंको स्वास्थ्य-बिमाले दिने सुविधाहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भन्ने जाँच्नका लागि मात्र प्रयोग गर्छौं ।

निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा **१-८००-३१८-२५९६** मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा **१-८००-३१८-२५९६** फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाइ चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरुले **१-८५५-८८९-४३२५** मा फोन गर्नु पर्छ ।

स्टेप २: व्यक्ति १ (आफैं बाट शुरु गर्नुस्)

पहिले आफ्नो, आफ्नो दम्पति / सहवासी व्यक्ति र तपाईसँग बस्ने निर्भरहरू, र / वा यदि तपाईंले कर बुझाउनु भएको छ जसमा उहाँहरूको नाम समावेश छ भने उहाँहरूबारे चरण २ पूरा गर्नुहोस् । कस-कसलाई समावेश गर्ने भन्नेबारे धेरै जान्नका लागि पृष्ठ १ हेर्नुहोस् । यदि तपाईं कर-दाखिला गर्नुहुन्न भने पनि तपाईंको घर-परिवारका मानिसहरूबारे जानकारी थप्न सम्झनुहोस् ।

1. पहिलो नाम | बिचको नाम | थर | सफिक्स

2. व्यक्ति १ संगको नाता ? **आफैं**

3. बिबाहित हुनु हुन्छ ? ◯ हो ◯ होइन

4. जन्म मिति(महिना/दिन/साल) ___ / ___ / ___

5. लिंग ◯ महिला ◯ पुरुष

6. सोसल सिक्योरिटि नंबर (एसएसएन) ___ - ___ - ___

हामीलाई सामाजिक सुरक्षा नम्बर (एस. एस. एन) चाहिंछ यदि तपाई स्वास्थ्य बिमा चाहनुहुन्छ भने एउटा एस. एस. एन राख्नस अथवा एउटा लिन सक्नु हुन्छ। तपाइको आम्दानी र अरु बिबरणको जानकारी लिंदै कुन मान्छे स्वस्थ्य उपचार सहयोगार्थ खर्च प्राप्त गर्न योग्य छ भनि जांच गर्न हामी एस. एस. न. हरु प्रयोग गर्छौं। सोसल सेक्युरिटी नम्बरबारे धेरै जानकारी पाउन **socialsecurity.gov** मा हेर्नुहोस्, वा सोसल सेक्युरिटीको १.८००.७७२.१२१३ (1.800.772.1213) मा फोन गर्नुहोस् । बहिरा तथा श्रवणशक्ति कमजोर भएका व्यक्तिले १.८००.३२५.०७७८ (1.800.325.0778) मा फोन गर्नुहोस् ।

7. **तपाई अर्को सालमा फेडरल इनकम ट्याक्स रिटर्न फाइल गर्ने योजनामा हुनु हुन्छ?** फेडरल इनकम ट्याक्स रिटर्न फाइल नगरे पनि तपाईं कभरेजको लागि निवेदन दिन सक्नु हुन्छ ।
◯ **हुन्छ** । **यदि छ** भने 'सी' सम्मका प्रश्नको उत्तर दिनुहोस् । ◯ **हुँदैन। यदि छैन** भने एकैचोटी प्रश्न 'सी' मा जानुहोस् ।

a. तपाईं आफ्नो श्रीमान/श्रीमतसिंग संयुक्तरुपमा ट्याक्स फाइल गर्नु हुन्छ ? ..... ◯ हो ◯ होइन
यदि हो भने , श्रीमान/श्रीमतकिो नाम लेख्नु होस्:

b. तपाईंको ट्याक्स रटिर्न मा तपाई आफुले लालन-पालन गर्नु पर्ने आश्रतिहरुको नाम समावेस गर्न चाहानु हुन्छ ? ..... ◯ हो ◯ होइन
यदि हो भने, आश्रतिहरुको नाम लेख्नु होस् ।

c. कसैको ट्याक्स रटिर्नमा तपाईंको नाम आश्रतिको रुपमा आउँछ ? ..... ◯ हो ◯ होइन
यदि हो भने, भने कर-दाखिला गर्ने व्यक्ति वा संस्थाको नामको सूची बनाउनुहोस् | उनसिंग तपाईको नाता के हो ?

8. तपाई गर्भवति हुनुहुन्छ ? ..... ◯ हो ◯ होइन a. हो भने यो गर्भमा कतिजना बच्चाको आशा गर्नु भएको छ ? ☐

9. **तपाईलाइ हेल्थ कभरेजको आवश्यकता छ ?** तपाईको कभरेज भए पनि त्यो भन्दा कम खर्च मा राम्रो कभरेज पनि हुन सक्छ ।
◯ **हो. यदि हो भने,** तलका सबै प्रश्नको उत्तर दिनुहोस् । ◯ **होइन । यदि होइन भने,** पेज ३ मा दिइएको आम्दानि बारेको प्रश्नहरु मा जानु होस् । यो पेजको बाँकि भाग खाली छोड्नु होस् ।

10. के तपाईंलाई विशेष स्वास्थ्य-स्याहार चाहिन्छ, वा शारीरिक, मानसिक, वा भावनात्मक स्वास्थ्य अवस्था त्यस्तो छ भने जसले गर्दा गतिविधिहरू (जस्तो: नुहाउन, लुगा लगाउन / खोल्न, घरका दैनिक कामहरू आदि) सीमित गर्नुपरेको छ, वा चिकित्सा-सेवा स्थल वा नर्सिङ्ग होममा बस्नुहुन्छ ? ..... ◯ हो ◯ होइन

11. **तपाई अमेरिकी नागरिक** हुनुहुन्छ वा **अमेरिकी बासिन्दा(नेशनल)** हुनुहुन्छ ? ..... ◯ हो ◯ होइन

12. तपाई **बंशानुगत नागरिक वा अन्य तरिका बाट नगरिकता पाउनु भएको हो** ? (यसको मतलव तपाई अमेरिका बाहिर जन्मनु भएको हो ।)
◯ **हो । यदि हो भने**, ए र बि भर्नु होस् । ◯ **होइन । यदि होइन भने**, प्रश्न १३ जारि राख्नस् ।

a. बिदेशि दर्ता नंबरः ___

b. प्रमाणपत्र नंबर: ___

ए र बि सकिए पछि प्रश्न १४ मा जानु होस् ।

13. यदि तपाई अमेरिकी नागरिक होइन वा अमेरिकाको बासिन्दा (नेशनल) हैन भने, तपाई संग कानुनि आप्रवासि स्टाटस् छ ? ◯ **छ**. कागजको किसिम र आइ डि नंबर लेख्नस् । निर्देशनहरु हेर्नु होला ।

आप्रवासि कागजको प्रकार | स्टाटस् को किसिम (वैकल्पिक) | आप्रवासि कागजमा भएजस्तै तपाईको नाम लेख्न होस् ।

बिदेशि दर्ता वा आइ- ९४ नंबर | कार्ड नंबर वा पासपोर्ट नंबर

एसइभिआइएस आइ डि (SEVIS ID) वा म्याद सकिने मिति(वैकल्पिक) | अन्य(बर्गिकरण कोड वा प्रदान गर्ने देश)

a. के तपाई सन १९९६ देखि अमेरिकामा बस्दै आउनु भएको हो ? ..... ◯ हो ◯ होइन
b. के तपाई, वा तपाईको श्रीमान/श्रीमति, भेटेरान वा अमेरिकि सेनाको एक्टिभ ड्युटी आर्मी मेम्बर हो ? ..... ◯ हो ◯ होइन

14. के तपाई गत ३ महिना देखिको औषधिको बिल तिर्न मद्दत चाहनु हुन्छ ? ..... ◯ हो ◯ होइन

15. तपाईसंग कमसेकम एक जना १९ बर्ष भन्दा कम उमेरको बच्चा संगै बस्दछन ? र के तपाई यो बच्चाको हेरचाह, पालन-पोषण गर्ने मुख्य व्यक्ति हो ?
(यदि तपाइ वा तपाइको श्रीमान/श्रीमतिले यो बच्चाको लालन-पालन गर्नु हुन्छ भने 'हो' भनि चिन्ह लगाउनोस्।) ..... ◯ हो ◯ होइन
तपाईंसँग तपाईंको घर-परिवारमा बस्ने १९ वर्षमुनिका कुनै बालबालिकाको नाम र नाताको सूची बनाउनुहोस् ।:

17. के तपाई फुल-टाइम बिद्यार्थि हुनु हुन्छ ? ..... ◯ हो ◯ होइन

18. के तपाई १८ बर्ष वा त्यो भन्दा बढि उमेरमा कसैको संरक्षण (फोस्टर) मा हुनु हुन्थ्यो ? ◯ हो ◯ होइन

वैकल्पिक: (आफूलाइ मिल्ने मात्र भर्ने)

19. **जाति:** ◯ गोरा ◯ कालो वा अफ्रिकन अमेरिकन ◯ अमेरिकन इण्डियन वा अलास्का बासिन्दा ◯ फिलिपिनो ◯ जापानि ◯ कोरियन ◯ एशियन इण्डियन ◯ चाइनिज ◯ भियतनामी ◯ अन्य एशियन ◯ हवाइयन बासिन्दा ◯ ग्वामानियन वा चाएमोरो ◯ साएमोयन ◯ अन्य पाएसिफिक आइल्याण्डर ◯ अन्य _____

निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा **१-८००-३१८-२५९६** मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा **१-८००-३१८-२५९६** फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाइ चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरुले **१-८५५-८८९-४३२५** मा फोन गर्नु पर्छ ।

स्टेप २: व्यक्ति १ (आफैबाट शुरु गर्नु होस्।)

हालको काम र तलव बारे जानकारी

◯ **जागिरे:** अहिले काम गर्दै हुनु हुन्छ भने हामीलाइ तपाईको आम्दानी बारेमा भन्नुस् । प्रश्न २१ बाट शुरू गर्नुहोस् ।

◯ **जागिर छैन:** एकैचोटी प्रश्न ३१ मा जानुहोस् ।

◯ **आफ्नै काम गर्छु:** एकैचोटी प्रश्न ३० मा जानुहोस् ।

अहिलेको जागिर १:

21. जागिर दिनेको नाम

a. जागिर दिनेको ठेगाना (ऐच्छिक)

b. सिटि

c. स्टेट

d. जिप कोड

22. जागिर दिनेको फोन नंबर ( ) -

23. तलव/टिप्स (ट्याक्स काटिनु अघि) $

◯ घण्टाको कति ◯ साप्ताहिक ◯ प्रत्येक २ हप्ता ◯ महिनाको २ पटक ◯ मासिक ◯ बार्षिक

24. हप्तामा सालाखाला कति घन्टा काम गर्नु हुन्छ ?

हालको काम २: (यदि तपाईको थप काम छ भने र बढि ठाउँ चाहिन्छ भने अर्को पेज संगै राख्नुस् ।)

25. जागिर दिनेको नाम

a. जागिर दिनेको ठेगाना (ऐच्छिक)

b. सिटि

c. स्टेट

d. जिप कोड

26. जागिर दिनेको फोन नंबर ( ) -

27. तलव/टिप्स (ट्याक्स काटिनु अघि) $

◯ घण्टाको कति ◯ साप्ताहिक ◯ प्रत्येक २ हप्ता ◯ महिनाको २ पटक ◯ मासिक ◯ बार्षिक

28. हप्तामा सालाखाला कति घन्टा काम गर्नु हुन्छ ?

29. **गत बर्ष, के तपाईले :** ◯ काम परिवर्तन गर्नु भयो ? ◯ काम छाड्नु भयो ? ◯ कम घण्टा मात्र काम गर्न थाल्नु भयो ? ◯ कुनै पनि होईन ?

30. **यदि आफ्नै काम हो भने ए र बि को जवाफ दिनु होस् ।**

a. कामको प्रकार:

b. यो महिनाको खास आम्दानि कति? (खर्च सबै घटाएर) निर्देशनहरु हेर्नु होस् । $

31. **यो महिनामा हुने अन्य आम्दानि:** आफूलाई मिल्ने सबै कुरा भर्नु होस् र रकम उल्लेख गर्नुस्, कहिले कहिले पाउनु हुन्छ । कुनै पनि होइन भने यो भर्नु होस् । ◯
टिप्पणी: तपाईले बच्चाको लागिको सहयोग, भेटेरान तर्फको आम्दानि वा सप्लिमेन्टल सिक्योरिटि आम्दानि (एसएसआइ) बारे बताउन जरुरि छैन ।

◯ बेरोजगार	$	कहिले कहिले ?	◯ माना खर्च(आलिमोनि) रकम	$	कहिले कहिले ?
◯ पेन्सन	$	कहिले कहिले ?	◯ कृषि/माछा पालन बाटको कुल आम्दानि	$	कहिले कहिले ?
◯ सोसल सिक्योरिटि	$	कहिले कहिले ?	◯ बहाल/रोयल्टि बाटको कुल आम्दानि	$	कहिले कहिले ?
◯ रिटाएरमेन्टको आम्दानी	$	कहिले कहिले ?	◯ अन्य आम्दानि किसिम:	$	कहिले कहिले ?

32. **छुटहरु (डडिक्शन्स):** आफूलाई मल्ने सबै भर्नु होस्,र रकम लेख्नु होस् र तपाई कत पटक तर्नु हुन्छ । फेडेरल इन्कम ट्याक्स रटिर्न मा घटाउन सकने तपाईले कुनै कुराको लाग पैसा तर्नु हुन्छ भने हामीलाई त्यस बारे भन्दा खेर हेल्थ कभरेजको रकम केह घट्न सक्छ । **टप्पिणी:** तपाईले बच्चाको लाग तर्नु भएको रकम वा माथ लेख सकएिको आफ्नै काम बाटको आम्दान बारे यहाँ उल्लेख गर्नु पर्दैन (प्रश्न ३० बा) ।

◯ माना खर्च भरेको	$	कहिले कहिले ?	◯ अन्य घटाउन सकिने रकमहरु प्रकार:	$	कहिले कहिले ?
◯ विद्यार्थि ऋणको ब्याज	$	कहिले कहिले ?			

33. **यो बर्षमा तपाईको आम्दानिमा फरक आउँछ भने यि प्रश्नको उत्तर दिनु होस्** , जस्तो कि बर्षको कुनै समय मात्र काम गर्नु हुन्छ भने वा कुनै महिनाको लागि मात्र बिनिफिट सुबिधा पाउनु हुन्छ भने, तर यदि तपाईको मासिक आम्दानिमा कुनै खालको परिवर्तन आउने देख्न हुन्न भने अर्को व्यक्तिमा जानु होस् ।

यो बर्ष तपाईको आम्दानि $

अर्को बर्षको तपाईको कुल आम्दानि (यदि तपाईंलाई त्यो घटबढ होला जस्तो लाग्छ भने) $

◯ यदि तपाईंको आम्दानी कति होला भनेर अनुमान गर्न गाह्रो हुन्छ भन्ने लाग्छ भने यो भर्नुहोस् ।

न्यवाद ! हामीले तपाईको बारे जान्न खोजेको कुरा बस् यत्ति हो ।

पुरा नगर्नुहोस् । यो आवेदन होइन।

स्टेप २: दोश्रो व्यक्ति

टिप्पणी: यदि यो मानिसलाई हेल्थ कभरेज चाहिन्न भने यो पेज मा भएको १- १० प्रश्नहरुको जवाफ दिनुस् । यदि तपाईको घरमा २ जना भन्दा बढि मानिस बस्छन भने ४-५ पेजहरुको फोटोकपि गर्नुस् ।

तपाईसंग बस्ने तपाईको श्रीमान/श्रीमति/पार्टनर र बच्चाहरु र/वा तपाईले फाइल गर्नु भएको खण्डमा एउटै फेडरल इन्कम ट्याक्स रिटर्नमा निर्भर जो कोहिको लागि यो पेज भर्नु होस् । तर यदि तपाईले ट्याक्स रिटर्न फाइल भर्नु भएन भने पनि तपाइको पारिवारमा बस्नेको नाम भर्नुहोस् ।कसको नाम समावेश गर्ने भन्ने कुराको थप जानकारीको लागि पेज १ मा हेर्नु होस् ।

1. पहिलो नाम | बिचको नाम | पछिल्लो नाम | सफिक्स

2. व्यक्ति १ संगको नाता ? निर्देशन हेर्नु होस्।

3. के यो व्यक्ति २ बिबाहित हुनु हुन्छ ? ◯ हो ◯ होइन

4. जन्ममिति (महिना/दिन/साल) ___ / ___ / ___

5. लिङ्ग ◯ महिला ◯ पुरुष

6. सोसल सिक्योरिटि नंबर (एसएसएन) ___ - ___ - ___

यदि व्यक्ति २ को लागि हेल्थ कभरेज चाहनु हुन्छ र उनि संग एसएसएन छ भने मात्र हामीलाई यो चाहिन्छ ।

7. के व्यक्ति २ पनि व्यक्ति १ कै ठेगानामा बस्छन् ? ◯ हो ◯ होइन

यदि होइन भने, ठेगाना लेख्नु होस्:

8. **के व्यक्ति २ को अर्को सालमा फेडेरल इन्कम ट्याक्स रिटर्न भर्ने योजना छ ?** (व्यक्ति २ ले फेडेरल इन्कम ट्याक्स रिटर्न फाइल नगरे पनि तपाई कभरेजको लागि निवेदन दिन सक्नु हुन्छ ।)

◯ **हुन्छ । यदि छ** भने 'सी' सम्मका प्रश्नको उत्तर दिनुहोस् । ◯ **हुँदैन। यदि छैन** भने एकैचोटी प्रश्न 'सी' मा जानुहोस् ।

a. के व्यक्ति २ ले आफ्नो श्रीमान/श्रीमति संग संयुक्त रुपमा फाइल गर्छन्? ◯ हो ◯ होइन

यदि हो भने, श्रीमान\श्रीमतिको नाम लेख्नु होस्:

b. बि. के व्यक्ति २ ले आफ्नो ट्याक्स रटिर्नमा कुनै आश्रितिको नाम भर्लान ? ◯ हो ◯ होइन

यदि हो भने, आश्रति(हरु) को नाम लेख्नु होस्:

c. के व्यक्ति २ को नाम कुनै व्यक्तिले आश्रितिको रुपमा उल्लेख गर्लान् ? ◯ हो ◯ होइन

यदि हो भने , कृपया त्यस ट्याक्स फाइल गर्नेको नाम लेख्नु होस्:

व्यक्ति २ को ट्याक्स फाइल गर्नेको संगको नाता के हो ?

9. के व्यक्ति २ गर्भवति छन् ? ◯ हो ◯ होइन a. **यदि हो भने ,** यो पटकको गर्भमा कतिजना बच्चाको आशा गर्नु हुन्छ ? ☐

10. **के व्यक्ति २ लाइ कभरेजको आवश्यकता छ ?** (व्यक्ति २ को कभरेज भए पनि कम पैसामा अझ राम्रो कभरेज भएको प्रोग्राम भेट्टाइन्छ कि?)

◯ **छ । यदि हो भने,** निम्न प्रश्नहरुको जवाफ दिनुस्: ◯ **चाहिदैन । यदि चाहिदैन भने,** पेज ५ मा आम्दानि बारेको प्रश्नहरुमा जानु होस् । यो पेजको बाँकि भाग खालि राख्न होस् ।

11. के व्यक्ति २ लाई शारीरिक, मानसिक, वा भावनात्मक स्वास्थ्य अवस्था छ भने त्यसले गर्दा गतिविधिहरू (जस्तो: नुहाउन, लुगा लगाउन / खोल्न, घरका दैनिक कामहरू आदि) सीमित गर्नुपरेको छ, विशेष स्वास्थ्य-स्याहार चाहिन्छ, वा चिकित्सा-सेवा स्थल वा नर्सिङ्ग होममा बस्नुहुन्छ ? ◯ हो ◯ होइन

12. के व्यक्ति २ **अमेरिकी नागरिक** वा **अमेरिकी बासिन्दा** हुन् ? ◯ हो ◯ होइन

13. के व्यक्ति २ **बंशानुगत** वा **डिराइभ्ड नागरिक** हुन्?(डिराइभ्ड नागरिकको अर्थ खासगरी अमेरिका बाहिर जन्मेको भन्ने हुन्छ।)

◯ **हो । यदि हो भने,** ए र बि भर्नुहोस् । ◯ **होइन. यदि होइन भने,** प्रश्न १४ मा लगातार जानु होस्।

a. बिदेशि दर्ता नंबर (एलिन नंबर)

b. प्रमाणपत्र नंबर

ए र बि भरिसके पछि सोझै प्रश्न १५ मा जानु होस् ।

14. व्यक्ति २ यदि अमेरिकी **नागरिक हैन वा अमेरिकी वासिन्दा हैन** भने, उनि संग कानुनि आप्रवासी स्टाटस् छ ? ◯ **छ.** डकुमेन्ट वा कागजको प्रकार र आइडि नंबर । निर्देशनहरु हेर्नु होस् ।

आप्रवास कागजको प्रकारः | स्टाटस् को किसिम(स्वेच्छिक): | व्यक्ति २ को नाम जसरी आप्रवास कागज वा डकुमेन्ट लेखिएको छ ।

बिदेशि दर्ता वा आइ- ९४ नंबर

कार्ड नंबर वा राहदानी (पासपोर्ट) नंबर

एसइभिआइएस आइडि वा म्याद सकिने मिति (स्वेच्छिक)

अन्य (बर्गिकृत कोड वा प्रदान गर्ने देश)

a. के व्यक्ति २ अमेरिकामा १९९६ देखि बस्दै आएको छन् ? ◯ हो ◯ होइन

b. के व्यक्ति २, वा उनको श्रीमान/श्रीमति, आमा बाबु, भेटेरान वा अमेरिकन मिलिटरीको भर्ती सदस्य हुन् ? ◯ हो ◯ होइन

15. के व्यक्ति २ बिगत ३ महिना देखिको औषधिको पैसा तिर्नमा सहयोग चाहन्छन् ? ◯ हो ◯ होइन

16. के व्यक्ति २ कमसेकम एकजना १९ बर्ष भन्दा कम उमेरको बच्चासंग बस्छन् र उनि यो बच्चाको हेरचाह गर्ने मुख्य व्यक्ति हुन् ? (यदि व्यक्ति २ वा उनीहरूको दम्पतीले बालबच्चाको स्याहार गर्छ भने "हो" भनेर भर्नुहोस् ।) ◯ हो ◯ होइन

17. व्यक्ति २ को परिवारमा बस्ने १९ बर्ष मुनिको बाल बच्चाको नाम र तिनिहरु संगको नाता लेख्नस् । (उनिहरु पेज २ मा लेखिएका बच्चाहरु नै हुन सक्छन् ।)

18. व्यक्ति २ स्वंय उनि १८ बर्ष वा माथिको उमेरमा कसैको संरक्षकत्व(फोस्टर क्यर) मा बसेका थिए ? ◯ हो ◯ होइन

व्यक्ति २, २२ बर्ष या त्यो भन्दा कम उमेरको छ भने, कृपया निम्न प्रश्नहरुको जवाफ दिनु होस्:

19. के व्यक्ति २ को जागरि बाट बमिा थियो र गएको ३ महिना भत्रिमा यसबाट छुटेको थियो ? ◯ हो ◯ होइन

a. **यदि हो भने,** छुटेको मतिः ___ / ___ / ___ b. बमिा छुटेको कारण:

20. के व्यक्ति २ पूरणकालनि (फुल- टाइम) वदियार्थि हो ? ◯ हो ◯ होइन

वैकल्पिक: (आफूलाइ मिल्ने मात्र भर्ने)

21. जातिः ◯ गोरा ◯ कालो वा अफ्रिकन अमेरिकन ◯ अमेरिकन इण्डियन वा अलास्का बासिन्दा ◯ फिलिपिनो ◯ जापानि ◯ कोरियन ◯ एशियन इण्डियन ◯ चाइनिज ◯ भियतनामी ◯ अन्य एशियन ◯ हवाइयन बासिन्दा ◯ ग्वामानियन वा चाएमोरो ◯ साएमोयन ◯ अन्य पाएसिफिक आइल्याण्डर ◯ अन्य _____

निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा **१-८००-३१८-२५९६** मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा **१-८००-३१८-२५९६** फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाइ चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरुले **१-८५५-८८९-४३२५** मा फोन गर्नु पर्छ ।

पुरा नगर्नुहोस् । यो आवेदन होइन।

स्टेप २: व्यक्ति २

व्यक्ति २ ले पाउने आम्दानि बारे हामीलाइ भन्नुस्
व्यक्ति २ लाइ हेल्थ कभरेजको आवश्यक नभए पनि यो पेज भर्नु होस् ।

हालको काम र आम्दानि बारे जानकारी

◯ **जागिरः** यदि व्यक्ति २ को अहिले काम छ भने , हामीलाइ उनको आम्दानि बारे बताउनु होस् । प्रश्न २३ बाट शुरू गर्नुहोस् ।

◯ **जागिर छैन:** एकैचोटी प्रश्न ३३ मा जानुहोस् ।

◯ **आफ्नै काम:** एकैचोटी प्रश्न ३२ मा जानुहोस् ।

हालको काम १:

23. जागिर दिनेको नाम

a. जागिर दिनेको ठेगाना (ऐच्छिक)

b. सिटि | c. स्टेट | d. जिप कोड | 24. जागिर दिनेको फोन नंबर ( ) -

25. तलव/टिप्स (ट्याक्स काटिनु अघि) $

◯ घण्टाको कति ◯ साप्ताहिक ◯ प्रत्येक २ हप्ता ◯ महिनाको २ पटक ◯ मासिक ◯ बार्षिक

26. हप्तामा सालाखाला कति घन्टा काम गर्नु हुन्छ ?

हालको काम २: (यदि व्यक्ति २ को अरु पनि काम छ भने अर्को कागजको पेज थप्नु होस्।)

27. जागिर दिनेको नाम

a. जागिर दिनेको ठेगाना (ऐच्छिक)

b. सिटि | c. स्टेट | d. जिप कोड | 28. जागिर दिनेको फोन नंबर ( ) -

29. तलव/टिप्स (ट्याक्स काटिनु अघि) $

◯ घण्टाको कति ◯ साप्ताहिक ◯ प्रत्येक २ हप्ता ◯ महिनाको २ पटक ◯ मासिक ◯ बार्षिक

30. हप्तामा सालाखाला कति घन्टा काम गर्नु हुन्छ ?

31. **गतबर्ष व्यक्ति २ ले** : ◯ काम परिवर्तन ग-यो ? ◯ काम छाड्यो ? ◯ केहि घण्टा मात्र काम ग-यो थाल्यो ? ◯ कुनै पनि होइन

32. **यदि व्यक्ति २ स्वरोजगार हो भने 'ए' र 'बी' पूरा गर्नुहोस्:**

a. कामको प्रकार:

b. अरु खर्च घटाएर खुद आम्दानी कति, व्यक्ति २ यो महिना पनि आफ्नो कामबाट यति नै कमाउँ छन् ? निर्देशन हेर्नु होस् । $

33. **व्यक्ति २ को यो महिनाको अन्य आम्दानि:** मिल्ने सबै कुरा भर्नु होस् र रकम तोक्नुस्, यो रकम कहिले कहिले पाउँछन्। केहि छैन भने यहाँ भर्नु होस् । ◯
नोट: व्यक्ति २ को बच्चाको सपोर्ट बाट आएको रकम, भेटेरानको आम्दानि, वा सप्लिमेन्टल सिक्योरिटि (एसएसआइ) बाट आएको आम्दानि बारे हामीलाइ बताउन जरुरि छैन

◯ बेरोजगार	$	कहिले कहिले ?	◯ माना खर्च(आलिमोनि) रकम	$	कहिले कहिले ?
◯ पेन्सन	$	कहिले कहिले ?	◯ कृषि/माछा पालन बाटको कुल आम्दानि	$	कहिले कहिले ?
◯ सोसल सिक्योरिटि	$	कहिले कहिले ?	◯ बहाल/रोयल्टि बाटको कुल आम्दानि	$	कहिले कहिले ?
◯ रिटाएरमेन्टको आम्दानी	$	कहिले कहिले ?	◯ अन्य आम्दानि किसिम:	$	कहिले कहिले ?

34. **डडिक्शन वा घटाउ:** मल्ने कुरा सबै भर्नु होस्, रकमको उल्लेख गर्नुस् र भन्नुस् व्यक्ति २ ले यसरी कत्तिको पाउने गर्छ । यदि व्यक्ति २ ले फेडरल इन्कम ट्याक्स रटिर्न मा घटाउन सक्ने गरि कुनै कुरामा खर्च गरेको छ भने त्यस बारे हामीलाइ भन्नु होस्, यसो गर्दा हेल्थ कभरेजको खर्च अलि घट्न सक्छ । **नोट:** व्यक्ति २ ले बच्चाको सहायताको लागि तिर्ने रकम वा माथि आफ्नै कामको खुद आम्दानि उत्तरमा उल्लेख गरसिकेको रकम यहाँ उल्लेख नगर्ने । (प्रश्न ३२ बि).

◯ माना खर्च भरेको	$	कहिले कहिले ?	◯ अन्य घटाउन सकिने रकमहरु प्रकार:	$	कहिले कहिले ?
◯ विद्यार्थि ऋणको ब्याज	$	कहिले कहिले ?			

35. **व्यक्ति २ को आम्दानी यो बर्षमा परिवर्तन हुन्छ भने मात्र यो भर्नु होस् ,** जस्तो कि व्यक्ति २ बर्षमा केहि महिना मात्र काम गर्छन भने वा केहि महिनाको मात्र बिनिफिट (फाइदा) पाउँछन् भने, यदि व्यक्ति २ को मासिक आम्दानीमा कुनै परिवर्तन नहुने जस्तो लागेमा अर्को व्यक्तिमा जानु होस् ।

व्यक्ति २ **को यो सालको** खुद आम्दानी $

व्यक्ति २ को **अर्को सालको** खुद आम्दानी $

धन्यवाद ! हामीले व्यक्ति २ को बारेमा जान्न चाहेको कुरा यत्ति हो ।

निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा **१-८००-३१८-२५९६** मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा **१-८००-३१८-२५९६** फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाइ चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरुले **१-८५५-८८९-४३२५** मा फोन गर्नु पर्छ ।

स्टेप ३: अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काका रैथाने (एआई/एएन) घर-परिवारका सदस्य(हरू)

1. **के तपाईं वा तपाईंको घर-परिवारमा कोही अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काका रैथाने हुनुहुन्छ ?**

◯ **छैन. यदि छैन भने,** स्टेप ४ नै सुचारु राख्न होस् । ◯ **छन् ।यदि छन् भने,** स्टेप ४ नै सुचारु राख्न होस् र एपेण्डिक्स बि पुरा गर्नु होस् र निवेदनमा संलग्न राख्न होस् ।

स्टेप ४: तपाईंको घर-परिवारको स्वास्थ्य-बिमा

1. **बिमाकिस्ता कर छुट प्राप्त गरेको हरेक बर्ष तपाईको परिवारले आयकर दाखिला गरी प्राप्त गरेको भए सो बिमाकिस्ता कर छुट को हिसाब-मिलान गर्नुभयो ?**

◯ **हो, बिमाकिस्ता कर छुट को हिसाब-मिलान गरियो । यदि निम्न उल्लेखित सबै कुराहरु तपाईमा लागु हुन्छभने गोलो लगाईएको ठाउँमा चिन्ह लागाउनुहोस् ।**

- गएको एक वा एक भन्दा बढी बर्षहरुमा तपाईले विमाबजारबाट बिमा खरिदकालागि लाग्ने तपाईको लागत कम गराउन बिमाकिस्ता कर छुटको अग्रिम भुक्तानी (जसलाइ अंग्रेजीमा छोटकरीमा "APTC" भनिन्छ) को उपयोग गर्नुभयो ।
- तपाईको परिवारको कर दाखिला गर्ने व्यक्तिले ति प्रत्येक बर्षहरुमा संघीय आयकर दाखिला गर्नुभयो ।
- कर दर्ताकारले आइ. आर. यस. फारम ८९६२ पठाउनुभयो (**HealthCare.gov/taxes-reconciling/**) कर फिर्ती संगै।

2. **गएको ९० दिनमा यस निबेदनमा उल्लेखित कोहि व्यक्ति मेडिकेड (निःशुल्क स्वास्थ्यविमा - Medicaid) वा बलबालिकाको स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम (CHIP) पाउनका लागि अयोग्य ठहरिएको थियो ?** (स्वास्थ्यविमाबजार बाट नभई तपाई बसेको राज्यले परिवारमा कसैलाई यस किसिमको बिमा पाउन अयोग्य ठहर गरेको भए मात्र 'हो' मा चिन्ह लगाउनुहोस्) ..... ◯ हो ◯ होइन

को ? मिति:-

वा, के यो निवेदनमा उल्लेख कुनै व्यक्तिलाई उनीहरूको आप्रवास स्थिति (immigration status) का कारण गएका ५ वर्षमा मेडिकेड (Medicaid) वा सिएचआईपी (CHIP) पाउन अयोग्य ठहराइएको थियो ? ..... ◯ हो ◯ होइन

को ?

के यो निवेदनमा उल्लेख कुनै व्यक्तिले बिमा-बजार खुला दर्ता भइरहेका बेला (Marketplace Open Enrollment Period) वा बिमा लिन योग्य जीवनको महत्त्वपूर्ण घटनापछि बिमाका लागि निवेदन दिएको थियो ? ..... ◯ हो ◯ होइन

को ?

3. **यो निवेदनमा समावेश गरिएको कुनै व्यक्तिलाई काम बाट हेल्थ कभरेज दिएको छ ?** जो कसैको जागिर बाट कभरेज पाएको भए पनि 'छ' भनि चिन्ह लगाउनु होस्, जस्तो कि आमा बाबु वा श्रीमान/श्रीमति, उनिहरुले कभरेज स्विकार नगरेको भए पनि ।

◯ **छ' भने ।** सुचारु राखनु होस् र एपेण्डिक्स ए पूरा गर्नु होस् । के यो स्टेटको जागिरदारको बिनिफिट योजना हो ? ..... ◯ हो ◯ होइन

◯ **होइन ।.**

4. **अहिले कुनै व्यक्ति हेल्थ कभरेजमा समाहित(इन्रोल्ड) भएको छ ?**

◯ **छ. यदि छ भने,** प्रश्न 6 सुचारु राख्नहोस् । ◯ **छैन । यदि छैन भने,** स्टेप 5 मा जानुहोस् ।

5. **हालको हेल्थ कभरेज बारे जानकारी** (यदि २ जना भन्दा बढि व्यक्तिको अहिले हेल्थ कभरेज छ भने यो पेजको फोटो कपि गर्नुस् ।)

कभरेजको किसिम बारे लेख्नहोस्, जस्तो जागिरको बिमा, कोब्रा (सिओबिआरए), मेडिकेड, चिप (सिएचआइपि), मेडिक्यर, ट्राइक्यर,भिए हेल्थ क्यर प्रोग्राम, पिस कोर, वा अन्य । (यदि तपाईको डाइरेक्ट क्यर वा लाइन अफ ड्युटि छ भने हामीलाइ ट्राइक्यर बारेमा नभन्नु होला।)

व्यक्ति १:

हेल्थ कभरेजमा नाम लेखिएको (इनरोल्ड) व्यक्तिको नाम के हो ?

कभरेजको किसिम:

◯ जागिर बाट पाएको बिमा ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP ◯ Medicare ◯ TRICARE ◯ भिए हेल्थ क्यर प्रोग्राम ◯ Peace Corps ◯ अन्य

जागिर बाट पाएको बिमा हो भने: (तपाईले एपेनडिक्स ए पनि भर्नु पर्छ।)

स्वास्थ बिमा कंपनिको नाम पलिसि/आईडि नंबर

यदि यो अन्य किसिमको कभरेज हो भने: ◯ भर्नुस, यदि यो बजार स्वास्थ्य बिमा हो भने।

स्वास्थ बिमा कंपनिको नाम पलिसि/आईडि नंबर

के यो सिमित वा लिमिटेड बिनिफिट प्लान हो, स्कूल दुर्घटना पलिसि जस्तो ? ..... ◯ हो ◯ होइन

व्यक्ति २:

हेल्थ कभरेजमा नाम लेखिएको (इनरोल्ड) व्यक्तिको नाम के हो ?

कभरेजको किसिम:

◯ जागिर बाट पाएको बिमा ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP ◯ Medicare ◯ TRICARE ◯ भिए हेल्थ क्यर प्रोग्राम ◯ Peace Corps ◯ अन्य

जागिर बाट पाएको बिमा हो भने: (तपाईले एपेनडिक्स ए पनि भर्नु पर्छ।)

स्वास्थ बिमा कंपनिको नाम पलिसि/आईडि नंबर

यदि यो अन्य किसिमको कभरेज हो भने: ◯ भर्नुस, यदि यो बजार स्वास्थ्य बिमा हो भने।

स्वास्थ बिमा कंपनिको नाम पलिसि/आईडि नंबर

के यो सिमित वा लिमिटेड बिनिफिट प्लान हो, स्कूल दुर्घटना पलिसि जस्तो ? ..... ◯ हो ◯ होइन

स्टेप ५: तपाईको मन्जुरी र हस्ताक्षर

1. **के तपाई आउँदो ५ बर्ष सम्म मार्केटप्लेसलाइ आम्दानि डाटा, ट्याक्स रिटर्नस बारेको जानकारी समेत को प्रयोग गर्ने इजाजत दिनु हुन्छ ?** ..... ◯ हो ◯ होइन

आउने वर्षहरूमा बिमाको सुविधामा सहयोगका लागि आफ्नो योग्यता निर्धारण गर्ने काम सजिलो पार्न कर-दाखिलाहरूसहित नवीकरण भएका आम्दानीसम्बन्धी तथ्याङ्क बिमा-बजारलाई प्रयोग गर्ने अनुमति दिन मञ्जर हुनुपर्छ । बिमा-बजारले तपाईंलाई सूचना पठाउनेछ र तपाईंलाई कुनै संशोधनहरू गर्न दिनेछ । बिमा-बजारले तपाईं सुविधा पाउन अझै पनि योग्य हो / होइन भनेर सुनिश्चित गर्नका लागि जाँच्नेछ, र तपाईंको आम्दानी योग्य हुनेमा पर्छ / पर्दैन भनेर पुष्टि गर्नका लागि तपाईंलाई अझै सोध्न सक्नेछ । तपाईंलाई कुनै पनि बेला यो सुविधाबाट हट्ने विकल्प छ ।

यदि होइन भने, अर्को पटकको लागि मेरो जानकारी स्वतः ताजा (अपडेट) गरिदिनु:

◯ 5 वर्ष ◯ 3 वर्ष ◯ 1वर्ष ◯ 4 वर्ष ◯ 2 वर्ष

◯ हेल्थ कभरेजमा तिर्न सहयोगको लागि मेरो योग्यता नविकरण गर्न मेरो ट्याक्स डाटाको प्रयोग नगर्नु होला (यो रोजाईले तपाईको नविकरणमा कभरेजको लागि रकम तिर्ने कुराको सहयोगमा असर पर्न सक्छ)

2. **स्वास्थ्य बिमाको लागि यो निवेदन दिने मध्ये कुनै व्यक्ति थुनामा वा जेल परेको छ ?** ..... ◯ हो ◯ होइन

यदि छ भने , त्यस व्यक्तिको नाम भन्नु होस् । थुनामा परेको व्यक्तिको नाम हो:

◯ यदि यो व्यक्ति कुनै अपराध वा कसुरमा मुछिएको भए यहाँ लेख्नहोस् ।

यदि तपाईंको निवेदनमा भएको कुनै व्यक्ति बिमा-बजारको स्वास्थ्य-सेवा पाउन दर्ता भयो र पछि उहाँ अन्य योग्य स्वास्थ्य-बिमा सुविधा (जस्तो: मेडिकेयर, मेडिकेड, वा सिएचआईपी) पाउने देखियो भने बिमा-बजारले उनीहरूको बिमा-बजारको स्वास्थ्य-बिमा सुविधा स्वत: खारेज गरिदिनेछ । यसले के पक्को गर्न सहयोग गर्छ भने जो कसैसँग अरू योग्य स्वास्थ्य-बिमा सुविधा छ, उहाँको नाम बिमा-बजारको स्वास्थ्य-बिमा सुविधा पाउनेमा रहँदैन र उहाँले पूरा लागत भुक्तान गर्नुपर्छ ।

◯ बिमा-बजारलाई यो अवस्थामा मेरो निवेदनमा उल्लेखित व्यक्तिको स्वास्थ्य-बिमा बजारबाट लिएको सेवा अन्त्य गर्ने अनुमति दिन मञ्जर छु ।

◯ बिमा-बजारलाई यो अवस्थामा स्वास्थ्य-बिमा बजारबाट लिएको सेवा अन्त्य गर्ने अनुमति दिन्न । मेरो निवेदनमा उल्लेख भएका प्रभावित व्यक्ति अब उप्रान्त आर्थिक सहायता पाउन योग्य हुनुहुन्न र उहाँले बिमा-बजारको स्वास्थ्य-बिमा सुविधाका लागि पूरा लागत भुक्तान गर्नुपर्छ भन्ने मैले बुझेको छु ।

यदि यो निवेदनमा भएको कुनै व्यक्ति मेडिकेडको लागि योग्य भए:

- मेडिकेड एजेन्सिलाइ अन्य स्वास्थ्य बिमा बाट कुनै पैसा खोज्न र वा तेस्रो पक्षसंग कानुनि निर्णय लिन, हाम्रो अधिकार दिएका छौं । मेडिकेइड एजेन्सिलाइ मेरो श्रीमति/श्रीमति वा आमा बुबाबाट मेडिकल सहयोग लिन मेरो अधिकार प्रदान गरेको छु ।
- यो निवेदनमा भएको कुनै बालकको आमा बुबा घर बाहिर बसेका छन् ? ..... ◯ हो ◯ होइन
- यदि हो भने, मलाइ थाहा छ कि अनुपस्थित आमा बाबु बाट मेडिकल सपोर्ट लिने एजेन्सिले म संग सहयोग माग्ने छ । तर मैले यदि यसरी मेडिकल सपोर्ट गर्दा मलाइ र मेरो बाल बच्चालाइ नोक्सान गर्छ भन्ने लाग्यो भने मेडिकेडलाइ म यो कुरा भन्न सक्ने छु र मैले यस कुरामा सहयोग गर्नु पर्ने छैन ।
- म यो निवेदनमा यो सबै कानुन अनुसार सबै कुरा सही हो भनी हस्ताक्षर गर्दै छु जसको अर्थ मैले जाने बुझे सम्म मैले यो कागजमा सबै सही उत्तर दिएको छु, मेरो उत्तर झुठा ठहरे वा मैले जानि बुझिकन झुठो कुरा लेखेको भए म फेडेरल कानुन अनुसार सजायको भागि हुने छु ।
- मलाइ थाहा छ कि मैले हेल्थ इन्सुरेन्स(स्वास्थ्य बिमा) मार्केटप्लेसलाई मैले यहाँ लेखेको मेरो बिबरणमा भन्दा कुनै परिवर्तन भएमा ३० दिन भित्र सो बारेमा भन्नु पर्ने छ । म **HealthCare.gov** मा भिजिट गर्न सक्छु वा **१-८००-३१८-२५९६** मा फोनगरी यस्ता परिवर्तन बारे रिपोर्ट गर्न सक्ने छु । मलाइ राम्ररी थाहा छ कि मेरो बिबरणमा आएको कुनै परिवर्तनले मेरो एवं मेरो घर परिवारको योग्यतामा असर पर्न सक्ने छ ।
- मलाई थाहा छ कि फेडरल कानुन अनुसार जात, रुप रंग, जन्मेको देश, लिङ्ग, उमेर, सेक्स स्वभाव, जेन्डर आइडेन्टिटि, वा अपांगता को कारण कुनै किसिमको पक्षपात गरिने छैन । म पक्षपात भएको बारे **hhs.gov/ocr/office/file** मा भिजिट गरेर उजुरी गर्न सक्छु ।
- मलाइ राम्ररी थाहा छ कि यो फर्म मा दिइएको जानकारी हेल्थ कभरेजमा मेरो योग्यताको जाँच गर्न र मेरो कभरेज (मैले अनुरोध गरेको खण्डमा) को पैसा तिर्नको लागि मार्केटप्लेसको कानुनि प्रयोग, र मेरो कभरेजमा पैसा तिर्न सहायक हुने कार्यक्रम (प्रोग्राम) मा मात्र प्रयोग गरिने छ ।

यदि तपाईं स्वास्थ्य-बिमा सुविधाका लागि भुक्तान गर्न सहायता पाइयोस् भनेर निवेदन दिन चाहनुहुन्छ भने तपाईंको योग्यता जाँच्नका लागि हामीलाई यो जानकारी खाँचो पर्छ । हामी हामीसँग भएका विद्‌तिय तथ्याङ्कका जानकारी तथा इन्टरनल रेभिन्यू सर्भिस (Internal Revenue Service; IRS), सोसल सेक्युरिटी, डिपार्टमेन्ट अफ होमल्याण्ड सेक्युरिटी (Department of Homeland Security), र / वा उपभोक्ता रिपोर्टिङ्ग एजेन्सीका तथ्याङ्क प्रयोग गरेर तपाईंका उत्तरहरू जाँच्नेछौं । यदि जानकारी मिलेनन् भने हामी तपाईंलाई सुनिश्चित गर्न पठाउनुहोस् भनेर भन्न सक्छौं ।

यदि मलाई मेरो योग्यताको सूचना गलत हो भन्ने लाग्यो मैले के गर्नुपर्छ ?

तपाईलाइ यो अफर चित्त बुझेन भने, अक्सरगरी तपाई मुद्दा मा जान्छु भन्न सक्नु हुन्छ । तपाई आफ्नो योग्यताको सुचना दो-याएर हेर्नुस् र घर परिवारको कभरेजको लागि निवेदन दिने प्रत्येक सदस्यको लागि भिन्ना-भिन्नै खाले अपिलको लागिको निर्देशन दिइएको हुन्छ । यसमा अपिलमा जान कति दिन बाँकि छ भन्ने कुरा समेत दिइएको हुन्छ । अपिलको लागि अनुरोध गर्दा निम्न महत्वपूर्ण कुराको जानकारी लिनु राम्रोः :

- तपाई चाहनु हुन्छ भने तपाई आफ्नो अपिलको लागि कसैको सहयोग लिन सक्नुहुन्छ । त्यो व्यक्ति तपाईको साथि, नातेदार, वकिल, वा अन्य कुनै व्यक्ति । वा आफ्नो अपिल तपाई आफै लेख्न सक्नु हुन्छ ।
- अपिलको लागि अनुरोध गर्नु भयो भने तपाईको अपिल चलिरहँदा तपाईको कभरेज लागिको योग्यता यथावत रहि रहने हुन्छ ।
- अपिलको नतिजाले तपाईको घर परिवारका अन्य सदस्यको योग्यतामा पनि परिवर्तन ल्याउने हुन्छ ।

मार्केटप्लेस इलिजिबिलिटि (योग्यता) को नतिजा को अपिलको लागि तपाई **HealthCare.gov/marketplace-appeals/**. मा भिजिट गर्नुहोस् वा मार्केटप्लेस कल सेन्टरमा **१-८००-३१८-२५९६** मा फोन गर्नुहोस् ।. टिटिवाई (TTY) को प्रयोगकर्ताले **१-८५५-८८९-४३२५** मा फोन गर्नुपर्छ । अपिल रिक्वेस्ट फर्मको लागि वा तपाई आफ्नै पत्रको लागि तलको ठेगानामा अपिलको लागि रिक्वेस्ट मेल गर्न सक्नुहुन्छः **Health Insurance Marketplace**, Dept. Of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. मार्केटप्लेस बाट हेल्थ इन्सुरेन्स खरिद, आवेदन अवधि, ट्याक्स छुट ,खर्चको छुट्, मेडिकेड र सीएचआइपी आदि जस्ता विषयमा अस्विकृत भइ आएको अवस्थामा पनि तपाईले आफुले पाउन सक्ने वा पर्ने भन्ने योग्यता भएको दावीका लागि पुनरावेदन अपिल गर्न पाउनु हुन्छ । यदि ट्याक्स छुट वा आम्दानीबाट खर्च कटाउने संबन्धमा तपाइ सुबिधा पाउन लायक ठहरिनु भो भने त्यो ठहरिएको रकम पाउनका लागि तपाईले अपिल गर्न सक्नु हुन्छ । कुन राज्यमा बस्ने हो त्यसका लागि मार्केटप्लेस कै मार्फत तपाइले अपिल गर्न पाउनु हुन्छ अनि तपाईले राज्यको मेडिकेड वा सिएचआइपी को संस्थाको लागि पनि तपाईले अपिलको लागि निवेदन गर्न गर्न अनुरोध गर्न सक्नु हुन्छ ।

नंबर एक को ब्यक्तीले यो निवेदनमा सही गर्नै पर्छ । यदि तपाई आधिकारिक वारेस प्रतिनिधि हो भने तपाईले यहाँ सही गर्नु पर्छ जवकि परीशिष्ठ सी मा मुख्य वा पहिलो नंबरको ब्यक्तिले सही गर्छन भने ।

सही	सही गरेको मिति (महिना/गते/साल)
	___ / ___ / ____

यदि तपाई यो आबेदन खुल्ला भर्ना (नोभेम्बर १ र डिसेम्बर १५) भन्दा बाहिरको मिति मा हस्ताक्षर गर्दै हुनुहुन्छ भने, परिशिष्ट डी (Appendix D). को निश्चित रुपमा समिक्षा गर्नुहोला। (" जीवन परिवर्तनका बारेमा प्रश्नहरु")

निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा **१-८००-३१८-२५९६** मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा **१-८००-३१८-२५९६** फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाइ चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरुले **१-८५५-८८९-४३२५** मा फोन गर्नु पर्छ ।

स्टेप ६: निवेदन राम्रोसंग पुरै भरे पछि हुलाक मार्फत पठाइ दिनु होला ।

तपाईले सही गरेको यस निवेदन यो ठेगाना लेखी हुलाक मार्फत पठाउनु होला ।
Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001

यदि तपाईले मतदाता नामावलीमा नाम दर्ता गर्न चाहानु हुन्छ भने मतदाता दर्ता फारम यो वेभ्-साइट eac.gov मा गइ भर्नुहोला ।

अंग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग लिनका लागि

यदि तपाई, अथवा तपाइले सहयोग गरिरहनु भएको अरु कोहि संग स्वास्थ्य बिमाको बजारको बारेमा प्रश्नहरु छन् भने, तपाइलाई आफ्नो भाषामा निशुल्क सहयोग र जानकारी लिने अधिकार छ। दोभाषे संग कुरा गर्नको लागि **१-८००-३१८-२५९६** मा फोन गर्नुहोस।

यहाँ, उपलब्ध भाषाहरू र ती भाषामाथि दुरुस्त प्रदान गरिएको सन्देशको एक सूची छ:

Español (Spanish)

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

中文 (Chinese)

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

tiếng Việt (Vietnamese)

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

한국어 (Korean)

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

العربية (Arabic)

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

Kreyòl (French Creole)

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

Tagalog (Tagalog)

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

अंग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग लिनका लागि (निरन्तर)

Polski (Polish)

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

Русский (Russian)

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

Français (French)

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

Deutsch (German)

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

ગુજરાતી (Gujarati)

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

Português (Portuguese)

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

Italiano (Italian)

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

日本語 (Japanese)

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

पुरा नगर्नुहोस् । यो आवेदन होइन।

परिशिष्ट A

Form Approved
OMB No. 0938-1191

काम गर्ने ठांउबाट स्वास्थ्य बीमा ब्यहोर्ने कुरा

यदि तपाईको घरका सदस्य वहाँ/उन को कामबाट हेल्थ कभरेज पाउन लायक भएमा मात्रै ,अन्यथा यि प्रश्नहरुको जवाफ तपाईले दिनु पर्दैन ,उनिहरुले हेल्थ कभरेज नदिने भएमा पनि समेत, । जती पनि कामको अफिसबाट हेल्थ कभरेज दिने ब्यवस्था छ, हरेकको लागि यो पेजको फोटोकपी संलग्न गर्नु होला ।

हेल्थ कभरेज सुबिधा दिने कामको बारेमा भन्नुहोस ।

यो पेजको फोटोकपी गरी जुन कामको अफिसले हेल्थ कभरेज उपलब्ध गराउंछ, उक्त काम दिने रोजगारदाता कहाँ लगि सोधिएका प्रश्नहरुको जवाफ भर्न मद्दत माग्नु होस ।

रोजगारदाताको जानकारी

1. काम गर्ने ब्यक्तिको (पुरा नाम थर)

2. काम गर्ने ब्यक्तिको सोशियल सेक्युरिटी नंबर (SSN) ___ - ___ - ___

काम दिने को विवरण

3. रोजगारदाता/ कम्पनीको नाम

4. काम दिने को इम्प्लोइमेन्ट आइडेन्टिफिकेसन नंबर (EIN) ___ - ___

5. काम दिनेको फोन नंबर (___) ___ - ___

अब, कर्मचारी लाभ प्रबन्धन गर्ने व्यक्ति वा विभागको जानकारी प्रविष्ट गर्नुहोस। यदि हामीलाई थप जानकारी चाहिएमा हामी यो व्यक्तिलाई सम्पर्क गर्न सक्छौं।

6. हामीले कर्मचारीको स्वास्थ्य बिमाको बारेमा सम्पर्क गर्न सक्ने व्यक्ति वा विभाग

7. रोजगारदाताको ठेगाना (बजारले यो ठेगानामा सुचनाहरु पठाउन सक्छ))

8. सीटी

9. स्टेट

10. जीप कोड

11. फोन नंबर (यदि माथि लेखेको भन्दा फरक भएमा मात्रै) (___) ___ - ___

12. इमेल ठेगाना

13. काम दिने द्वारा उपलब्ध गराइने हेल्थ कभरेज सुबिधा पाउन काम गर्ने ब्यक्ति हाल योग्य ठहरिन्छ ? वा काम गर्ने ब्यक्ति आउने तीन महिना भित्रमा त्यो सुबिधा पाउन लायक हुने छन ?

◯ **यदि हो भने (जारी) राख्न होस ।**

a. यदि कर्मचारी पर्खने परिणाम वा परिविक्षाधीन समय स्वरूप आज योग्य छैन भने, कहिले बिमा को लागि योग्य हुनेछ? (महिना /दिन / वर्ष))

___ / ___ / ___

◯ **छैन** (**रोजगारदाता:** रोक्नुहोस र यो फारम कर्मचारीलाई फिर्ता गर्नुहोस।
कर्मचारी: बजार बिमाको लागि तपाइको आबेदन मा फिर्ता जानुहोस।)

b. के रोजगारदाताले एक यस्तो स्वास्थ्य योजना प्रस्ताव गरेको छ जसले कर्मचारीको पति /पत्नी वा उसमा निर्भर (हरु) लाई बीमा गर्दछ?

◯ **हो। यदि हो भने,** कसलाई? ◯ पति/ पत्नी ◯ निर्भर (हरु)

◯ **होइन** (प्रश्न १४ मा जानुहोस)

कर्मचारीको परिवारका कुनैपनि मान्छेका नामहरु सुचिकृत गर्नुहोस जो उहाँको जागिरबाट बिमाको लागि योग्य छन्।

नाम

नाम

नाम

अर्को पृष्ठमा निरन्तर गर्नुहोस्

निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा १-८००-३१८-२५९६ फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाइ चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरुले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नु पर्छ ।

पुरा नगर्नुहोस् । यो आवेदन होइन।

यो रोजगारदाताले दिने सब भन्दा सस्तो मूल्यको हेल्थ इन्सुरेन्स प्लानका बारेमा बताउनु होस ।

14. के रोजगारदाताले उपलब्ध गराउने हेल्थ इन्सुरेन्स प्लानले अत्यावश्यक* न्युन्तम सेवा उपचार प्राप्त गर्न सक्छ ?

◯ **हो** (प्रश्न १५ मा जानुस) ◯ **होइन** (रोक्नुस र यो फारम कामदारलाई फिर्ता गर्नुहोस्)

15. १५. प्रश्तावित न्युनतम शुल्कको योजनाको लागि कर्मचारीले कति तिर्नु पर्ला **कामदार को लागि मात्र** जसले न्युनतम मूल्य मानकलाई पुरा गर्छ*? पारिवारिक योजनालाई संग्लग्न नगर्नुस्। **विवरण:** यदि रोजगारदाताले कर्मचारी कल्याण कार्यक्रम प्रदान गर्दछ भने, कर्मचारीले कुनै पनि सुर्ती समाप्ति कार्यक्रम को लागि अधिकतम छुट पायो र कल्याण कार्यक्रम मा आधारित कुनै पनि अन्य छूट प्राप्त भएन भने कल्याण कार्येक्रमको आधारमा कर्मचारीले कति प्रिमियम तिर्ने भनेर प्रविष्ट गर्नुहोस्

a. कामदारले यो प्रिमियम भुक्तानी गर्नेछ। **$**

विवरण: कामदारले भुक्तानी गर्न सक्ने न्युनतम स्वास्थ्य बिमाकृत राशी प्रविष्ट गर्नुहोस्।

b. कामदारले यो शुल्क भुक्तानी गर्नेछ : ◯ हप्तैपिच्छे ◯ हरेक दुइ हप्तामा ◯ महिनामा दुइ पटक ◯ महिनामा एक पटक ◯ तीन महिनामा एकचोटी ◯ वार्षिक

विवरण: यदि बिमा शुल्कमा घटबढ भयो भने कार्वाहीका लागि फिर्नुहोस् र निवेदनलाई नवीकरण गर्नुहोस् ।

* एउटा स्वास्थ्य योजनाले न्यूनतम मूल्य मानक तब पूरा गर्छ जब यसले चिकित्सा सेवाको कुल लागतको कम्तिमा ६० % भुक्तानी गर्छ जहाँ एक मान्य जनसंख्याका लागि अस्पताल र डाक्टर सेवाहरूको पर्याप्त सुबिधा प्रदान गरिन्छ। सबैभन्दा धेरै, काममा आधारित योजनाहरुले न्यूनतम मूल्य मानक पूरा गर्छन।

परिशिष्ट B

Form Approved
OMB No. 0938-1191

पुरा नगर्नुहोस् । यो आवेदन होइन।

परिशिष्ट C

Form Approved
OMB No. 0938-1191

यो निवेदन पूरा गर्न सहायता गर्नुहोस् ।

निबेदन भर्न अनुमती प्राप्त वकिल,परामर्श-दाता,संचालक,प्रतिनिधि र दलालका लागि मात्र

यदि तपांई कसैको निबेदन भर्न अनुमती प्राप्त वकिल,परामर्शदाता ,संचालक ,प्रतिनिधि र दलाल हो भने यो खण्डमा भनेको कुरा पुरा गर्नु होला ।

1. निबेदन सुरु मिति (महिना/गते/साल)

/ /

2. पुरा नाम,थर र कुनै जोडिएको शब्द भएमा

3. संस्थाको नाम

4. परिचयपत्र नंबर (यदि छ भने)

5. प्रतिनिधि / दलालका लागि मात्र : एनपिएन नंबर

तपांईले अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि छनौट गर्न सक्नु हुन्छ ।

तपांईले आफ्नो विश्वासिलो मानिसलाई यस निवेदनका संबन्धमा तपाईको तर्फबाट हामी संग कुराकानी गर्न , तपाईका विवरणहरु हेर्न र यस निवेदनका संदर्भमा तपाईले गर्नु पर्ने कार्यहरु तपाईका तर्फबाट कार्य गर्ने ,तपाइको निवेदनको बारेमा जानकारी लिने,तपाई को तर्फबाट निवेदनमा सही गरी दिने, जस्ता कार्यहरु गर्ने यस्ता ब्यक्तिलाई "अक्तियार प्राप्त प्रतिनिधि" भनिन्छ । यदि कुनै बखत अक्तियार प्राप्त प्रतिनिधि फेर्नु पर्यो वा हटाउनु पर्यो भने "मार्केटप्लेस" मा संपर्क गर्नु पर्ने हुन्छ । यस निवेदनका सन्दर्भमा यदि तपाई कसैको आधिकारिक वारेस ,कानूनत नियुक्त प्रतिनिधि हो भने त्यस्को प्रमाण समेत यस निवेदनमा संलग्न गर्नु होला ।

1. आधिकारिक प्रतिनिधिको नाम (पुरा नाम थर)

2. ठेगाना

3. ठेगाना २

4. सिटी

5. स्टेट वा राज्य

6. जिप कोड

7. फोन नंबर

( ) –

8. फोन नंबर

9. परिचयपत्र नंबर (यदि छ भने)

यसमा हस्ताक्षर गरेर, तपाइले यस ब्यक्तिलाई तपाइको निबेदनमा तपाइको तर्फबाट सही गर्न,यस निवेदन बारेमा आधिकारिक सूचना प्राप्त गर्न र यस निवेदनका विषयमा भविष्यमा आइपर्ने विषयहरुमा तपाइको तर्फबाट कार्य गर्न मन्जुरी दिइएको मानिने छ ।

10. यस निवेदनमा माथि PERSON 1 नंबर एक भनिएको ब्यक्तिको सही ।

11. सही गरेको मिति (महिना/गते/साल)

/ /

निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा १-८००-३१८-२५९६ फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाइ चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरुले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नु पर्छ ।

पुरा नगर्नुहोस् । यो आवेदन होइन।

परिशिष्ट D

Form Approved
OMB No. 0938-1191

जिन्दगीमा आउने परिवर्तन संबन्धका प्रश्नहरु

(तपाईले यो निवेदन पुर्ण रुपले भर्दा यो पृष्ठ अनिवार्य रुपले साथै भर्नु पर्ने हुन्छ । यो पृष्ठ मात्रै छुट्टै नबुझाउनु होला ।)

यदि यो निवेदनमा उल्लेख कुनै व्यक्तिको बितेका ६० दिनभित्र (वा आउँदा ६० दिनभित्र हुने आशा गरिएको) जीवनका महत्त्वपूर्ण घटना जस्तो- बिमा दिने सेवा गुमाएको, बिहे गरेको, वा सन्तान भएको छ भने निम्न प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस् । जीवनका निश्चित परिवर्तनहरूले तपाईंलाई बिमाले दिने सेवा तत्काल शुरू गर्ने अनुमति दिन्छ । यदि तपाईं वार्षिक खुला दर्ता अवधिबाहेकको समयमा बिमा पाउन निवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने हामी यी प्रश्नहरूको पनि उत्तर दिन सिफारिश गर्छौं ।

यि प्रश्नहरु स्वेच्छिक हुन । यदि तपाईको जिवनमा खासै बदलाव आएको छैन भने तपाईले जवाफको कोठा खाली छोडे पनि हुन्छ । यदि तपाईको जिवनमा कुनै बदलाव आएको छैन भने पनि तपाईले मेडिकेड र चिल्ड्रेन्स हेल्थ इन्सुरेन्स प्रोग्राम (CHIP)मा वर्षको जुन सुकै अवधिमा पनि नाम दर्ता गर्न सक्नु हुन्छ । केन्द्रीय सरकारबाट मान्यता प्राप्त जनजाति र अलस्का नेटिभ हिस्सेदारले पनि मार्केटप्लेस मार्फत वर्षको जुनसुकै समयमा पनि कभरेजका लागि दर्ता गर्न सक्नु हुनेछ ।

तपाईको घर-परिवारमा आएको फेर-बदल संबन्धमा भन्नुहोस ।

1. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कसैले आफ्नो योग्य स्वास्थ्य बिमा गुमाएको छ, अथवा आउने ६० दिन भित्रमा योग्य स्वास्थ्य बिमा गुमाउने सम्भावना छ?

नाम(हरू)

☐ यदि बिमा शुल्क नतिरेका कारण बिमाले दिन सेवा टुङ्गिएको भए यहाँ चिह्न लगाउनुहोस् ।

कभरेज अन्त्य भएको वा अन्त्य हुने मिति (महिना/गते/साल) __ / __ / ____

2. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कसैले बिबाह गरेको छ?

नाम(हरू)

मिति (महिना/गते/साल) __ / __ / ____

a. पछिल्लो ६० दिन भित्र कुनै पनि समयमा यी कुनै मान्छेहरु संग योग्य स्वास्थ्य बिमा थियो ? ..... ◯ हो ◯ होइन

थियो भने उनीहरुको यहाँ नाम (हरु) भर्नुहोस्:

3. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कसैले बंदिकरण (जेल अथवा थुना) बाट छुटकारा पाएको छ?

नाम(हरू)

मिति (महिना/गते/साल) __ / __ / ____

4. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कसैले योग्य आप्रबासी दर्जा प्राप्त गर्नु भएको छ?

नाम(हरू)

मिति (महिना/गते/साल) __ / __ / ____

5. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कोहि कसैबाट गोद लीइएको, गोद लिनको लागि राखिएको, अथवा पालन पोषणको लागि राखिएको थियो?

नाम(हरू)

मिति (महिना/गते/साल) __ / __ / ____

6. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा बच्चाको समर्थन अथवा अरु कुनै अदालतको आदेशको कारण कोहि आश्रित हुनुभएको छ?

नाम(हरू)

मिति (महिना/गते/साल) __ / __ / ____

7. के बितेका ६० दिनभित्र तपाईंको घरमा कोही बसाइँ सरेर आएको छ ?

नाम(हरू)

घर सरेको मिति (महिना/ गते/ साल) __ / __ / ____

तपाइको पुरानो ठेगानाको जिप कोड कुन हो? ◯ यदि तपाईं अन्य देश वा अमेरिकी भू-स्वामित्वका भूमिबाट बसाइँ सर्नुभएको हो भने यहाँ भर्नुहोस् ।

a. पछिल्लो ६० दिन भित्र कुनै पनि समयमा यी कुनै मान्छेहरु संग योग्य स्वास्थ्य बिमा थियो ? ..... ◯ हो ◯ होइन

यदि थियो भने, उनीहरुको नाम (हरु) निम्न रुपमा प्रबिस्ट गर्नुहोस्:

नाम(हरू)

निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा १-८००-३१८-२५९६ फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाइ चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरुले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नु पर्छ ।