

Λίστα Ελέγχου Αίτησης My Marketplace

Όταν επισκέπτεστε το [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) για να υποβάλετε αίτηση ή να εγγραφείτε εκ νέου στην κάλυψη του Health Insurance Marketplace®, θα πρέπει να δώσετε αυτές τις πληροφορίες για εσάς και το νοικοκυριό σας:

<input type="checkbox"/>	Πληροφορίες για το μέγεθος του νοικοκυριού σας. Μάθετε ποιος από το νοικοκυριό σας θα υποβάλει αίτηση μαζί σας πριν ξεκινήσετε την αίτησή σας. Επισκεφθείτε το HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size για να λάβετε βοήθεια να βρείτε ποιος χρειάζεται κάλυψη.
<input type="checkbox"/>	Οι διευθύνσεις σπιτιού και/ή ταχυδρομείου για τον καθένα που κάνει αίτηση κάλυψης.
<input type="checkbox"/>	Πληροφορίες για όλους όσους κάνουν αίτηση κάλυψης, όπως Αριθμοί Κοινωνικής Ασφάλισης και ημερομηνίες γεννήσεως.
<input type="checkbox"/>	Πληροφορίες για την επαγγελματική βοήθεια που αιτήστε, αν λαμβάνετε βοήθεια στη συμπλήρωση της αίτησής σας.
<input type="checkbox"/>	Πληροφορίες για το πώς σκοπεύετε να καταθέσετε τους φόρους σας το 2022.
<input type="checkbox"/>	Πληροφορίες για τον εργοδότη και το εισόδημα για κάθε μέλος του νοικοκυριού σας (όπως από αμοιβές ή W-2s). Επισκεφθείτε το HealthCare.gov/income-and-household-information/income μάθετε περισσότερα σχετικά με τους τύπους εισοδήματος που πρέπει να συμπεριλάβετε και όχι.
<input type="checkbox"/>	Την καλύτερη εκτίμησή σας για το ποιο θα είναι το εισόδημα του νοικοκυριού το 2022. Επισκεφθείτε το HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report για βοήθεια στην εκτίμηση του εισοδήματός σας.
<input type="checkbox"/>	Οι αριθμοί συμβολαίων για τυχόν τρέχοντα συμβόλαια υγείας που καλύπτουν τα μέλη του νοικοκυριού σας.
<input type="checkbox"/>	Ένα ολοκληρωμένο Εργαλείο κάλυψης εργοδοτών για κάθε πρόγραμμα εργασίας που πληροίτε εσείς ή κάποιος στο νοικοκυριό σας. (Θα χρειαστεί να συμπληρώσετε αυτήν τη φόρμα ακόμη και για κάλυψη για την οποία πληροίτε τα κριτήρια, αλλά δεν εγγραφείτε.) Επισκεφτείτε το HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf για να δείτε ή να εκτυπώσετε το εργαλείο.
<input type="checkbox"/>	Ειδοποιήσεις από το τρέχον πρόγραμμά σας που περιλαμβάνει την ταυτότητα του συμβολαίου σας, ή εάν έχετε ή είχατε κάλυψη Marketplace 2021.
<input type="checkbox"/>	Πληροφορίες εγγράφων για νόμιμους μετανάστες και πολιτογραφημένους πολίτες.

Έχετε το δικαίωμα να λάβετε πληροφορίες της Αγοράς σε προσβάσιμη μορφή, όπως μεγάλα γράμματα, Braille ή ήχος.

Έχετε επίσης το δικαίωμα να υποβάλλετε παράπονα αν αισθάνεστε ότι έχετε υποστεί διάκριση.

Επισκεφτείτε το [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice), ή καλέστε το Τηλεφωνικό Κέντρο της Marketplace στο 1-800-318-2596 για περισσότερες πληροφορίες. Οι χρήστες TTY μπορούν να καλέσουν 1-855-889-4325.

Health Insurance Marketplace

CMS Product No. 11686-GR (Greek)
October 2021

Αυτό το προϊόν κατασκευάστηκε με έξοδα των φορολογουμένων των ΗΠΑ.

Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of the U.S. Department of Health & Human Services.



HealthCare.gov