

Lista de verificação do pedido do Marketplace

Quando você acessar [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para fazer a solicitação ou se reinscrever na cobertura do Health Insurance Marketplace®, precisará fornecer estas informações sobre você e sua família:

<input type="checkbox"/>	Informações sobre o tamanho da sua família. Determine quem da sua família vai fazer uma solicitação conjunta antes de começar o pedido. Acesse HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size para ajudar a determinar quem precisa da cobertura.
<input type="checkbox"/>	Endereço residencial e/ou para correspondência de todos os que estão pedindo cobertura.
<input type="checkbox"/>	Informações sobre todos que estão se candidatando para receber cobertura, como Números de Seguridade Social e datas de nascimento.
<input type="checkbox"/>	Informações sobre o profissional que está auxiliando você, se estiver recebendo ajuda para fazer a solicitação. Ele pode ser um agente, corretor ou assistente.
<input type="checkbox"/>	Informações sobre como se planejar para protocolar seus impostos em 2024.
<input type="checkbox"/>	Informações do empregador e de renda para cada pessoa de sua família (como contracheques ou formulários W-2s). Acesse HealthCare.gov/income-and-household-information/income para saber mais sobre os tipos de renda que devem ou não ser incluídos.
<input type="checkbox"/>	Sua melhor estimativa de qual será sua renda familiar em 2024. Acesse HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report para obter ajuda para estimar sua renda.
<input type="checkbox"/>	Os números das apólices de qualquer plano de saúde atual que cubra membros da sua família.
<input type="checkbox"/>	Informações sobre qualquer plano baseado em emprego para o qual você ou alguém da sua família seja elegível. Você pode usar o Employer Coverage Tool (ferramenta de cobertura do empregador) para ajudar a reunir essas informações. (Você deve preencher esse formulário inclusive para qualquer cobertura para a qual seja elegível, mesmo que não se inscreva nela.) Acesse HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf para baixar ou imprimir a ferramenta.
<input type="checkbox"/>	Avisos do seu plano atual que incluam a ID do seu plano, se você tem ou teve cobertura do Marketplace em 2023.
<input type="checkbox"/>	Informações documentadas para imigrantes legais e cidadãos naturalizados.

Você tem o direito de obter as informações sobre o Marketplace em formato acessível, como em caracteres grandes, braille ou áudio. Você também tem o direito de registrar uma reclamação se achar que sofreu discriminação.

Acesse [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice) ou ligue para 1-800-318-2596. Usuários de TTY podem ligar para 1-855-889-4325.

Health Insurance Marketplace

CMS Product No. 11686-POR (Portuguese)
August 2023

This product was produced at U.S. taxpayer expense.

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



HealthCare.gov