НЕ ЗАПОВНЮВАТИ. НАДАНО ВИКЛЮЧНО З МЕТОЮ ОЗНАЙОМЛЕННЯ.

Health Insurance Marketplace

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 10/31/2025

Заявка на медичне страхування та допомогу в оплаті витрат

Швидка подача заявки через Інтернет на веб-сайті HealthCare.gov

Скористайтеся цією заявкою, щоб дізнатись на яке страхове покриття ви маєте право

- Плани Ринку медичного страхування, які пропонують універсальне страхування для підтримання вашого здоров'я.
- Податковий кредит, який може одразу знизити ваші щомісячні платежі за страховку.
- Безкоштовне або недороге страхування через програму Medicaid або програму медичного страхування дітей CHIP. **Особи з певним рівнем доходів мають право на безкоштовні або недорогі програми.**

Хто може скористатися цією заявкою?

- Подайте цю заявку для отримання страховки для будь-якого члена сім'ї.
- **Подайте заявку навіть якщо у вас, вашого чоловіка/дружини чи дитини вже є страховка. Ви можете мати право на безкоштовну або недорогу страховку.**
- Якщо ви самотні, ви можете використати коротку форму. Відвідайте **HealthCare.gov**.
- Подати заявку можуть також сім'ї, до складу яких входять іммігранти, які відповідають певним вимогам. Ви можете подати заявку на дитину, навіть якщо ви самі не маєте права на страховку. Подання заявки не вплине на ваш імміграційний статус чи шанси стати постійним резидентом або отримати громадянство.
- Якщо вам хтось допомагає заповнити цю заявку, вам може знадобитися заповнити Додаток С.

Що слід підготувати для подання заявки

- Номери соціального страхування (SSN) (або номери документа для всіх іммігрантів, які потребують страховки).
- Інформація про роботодавця та доход для кожного члена вашої сім'ї (наприклад, платіжні квитанції, форми W-2, податкові декларації або доходні відомості).
- Номери полісів поточного медичного страхування.
- Інформація про будь-яку медичну страховку через роботодавця, доступну для членів вашої сім'ї.

Чому ми запитуємо цю інформацію?

Ми запитуємо дані про доходи та іншу інформацію, щоб повідомити вам, на яке страхове покриття ви маєте право і чи можете ви отримати будь-яку допомогу для його оплати. **Ми зберігатимемо конфіденційність і безпеку всієї наданої вами інформації, відповідно до вимог закону**. Щоб ознайомитися з Заявою про конфіденційність, відвідайте сайт **HealthCare.gov** або див. інструкції.

Що робити далі?

Зробіть копію, щоб залишили її собі, потім надішліть свою повну та підписану заявку за адресою на сторінці 8. **Якщо у вас немає всієї запитаної інформації, все одно підпишіть і подайте заявку.** Ми зв'яжемося з вами через 1-2 тижні, вам **також можуть зателефонувати з Ринку медичного страхування, щоб отримати додаткову інформацію**. Після того, як ми розглянемо вашу заявку, ви отримаєте поштою повідомлення щодо того, чи відповідаєте ви вимогам. Якщо ви не отримали від нас відповіді, зателефонуйте до Центру телефонного обслуговування Ринку медичного страхування. Заповнення цієї заяви не означає, що ви повинні придбати страховку.

Отримати допомогу для заповнення цієї заявки

- **Інтернет HealthCare.gov**.
- **Телефон:** Зателефонуйте до Центру телефонного обслуговування Ринку медичного страхування за номером **1-800-318-2596**. Користувачі TTY можуть дзвонити за номером **1-855-889-4325**.
- **Персональна консультація:** У вашому районі можуть працювати консультанти, які можуть вам допомогти. Докладніше дізнайтеся на веб-сайті **HealthCare.gov** або зателефонуйте до Центру телефонного обслуговування Ринку медичного страхування за номером**1-800-318-2596**.
- **Інші мови:** Якщо вам потрібна допомога не англійською, а будь-якою іншою мовою, зателефонуйте за номером **1-800-318-2596** та повідомте представнику відділу обслуговування клієнтів необхідну вам мову. Ми забезпечимо вам безкоштовну допомогу.

Ви маєте право отримати інформацію у зручному для вас форматі, наприклад, великим шрифтом, шрифтом Брайля або в аудіоформаті. Ви також маєте право подати скаргу, яCMSNкщо вважаєте, що вас піддали дискримінації. Відвідайте **CMS.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice** або зателефонуйте **1-800-318-2596**. Користувачі з порушенням функції слуху можуть дзвонити за номером **1-855-889-4325**.

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

Заповнюйте друкованими великими літерами лише чорною або синьою ручкою.
Позначайте коло (◯), як показано тут → ●.

Крок 1. Повідомте нам про себе.

(Необхідно, щоб у заявці від кожної сім'ї була вказана одна доросла особа як контактна).

1. Ім'я	По батькові	Прізвище	Суфікс

2. Домашня адреса (залишіть порожнім, якщо у вас немає адреси).	3. Домашня адреса 2

4. Місто	5. Штат	6. Поштовий індекс	7. Округ

8. Поштова адреса (якщо відрізняється від домашньої адреси)	9. Поштова адреса 2

10. Місто	11. Штат	12. Поштовий індекс	13. Округ

14. Номер телефону	15. Другий номер телефону
( ) -	( ) -

16. Чи бажаєте ви отримувати інформацію про цю заявку ел. поштою? ..... ◯ Так ◯ Ні

Електронна адреса:

17. Мова, якій віддаєте перевагу:	Письмово	Усно

Крок 2. Розкажіть нам про вашу сім'ю.

Кого слід вказувати в заявці?
Заповніть сторінки Кроку 2 для кожного члена сім'ї, навіть якщо вони вже мають страховку. Інформація з цієї заявки допоможе нам надати найкращу страховку всім членам родини. Розміри пільг або тип програми, на яку ви можете розраховувати, залежить від складу і доходу вашої сім'ї. Якщо ви не включите когось із членів сім'ї, навіть якщо у них є страховка, це може позначитися на вашому праві на покриття.

Для дорослих, які потребують страхове покриття:
Вкажіть цих осіб, **навіть якщо вони самі не подають заявку на медичне страхування:**

- Чоловік/дружина
- Діти до 21 року, що проживають з вами, включаючи падчерок і пасинків.
- Будь-яка інша особа в тій же федеральній податковій декларації (у тому числі будь-які діти віком від 21 року, які вказані в податковій декларації когось із батьків). Для отримання медичного страхування вам не обов'язково подавати податкову декларацію.

Для дітей віком до 21 року, які потребують страхове покриття:
Вкажіть цих осіб, **навіть якщо вони самі не подають заявку на медичне страхування:**

- Батьки (або вітчим і мачуха), з якими вони живуть
- Брати та сестри, з якими вони живуть
- Сини або дочки, з якими вони живуть, у тому числі падчерки та пасинки
- Чоловік/дружина, з яким/якою ви проживаєте
- Будь-яка інша особа, зазначена у цій же федеральній податковій декларації. Для отримання медичного страхування вам не обов'язково подавати податкову декларацію.

Виконайте Крок 2 для кожного члена сім'ї.
Почніть із себе, потім додайте інших дорослих та дітей. Якщо у вас в сім'ї більше 2 осіб, вам потрібно буде зробити копію сторінок і додати їх.

Вам не потрібно повідомляти імміграційний статус чи номери соціального страхування членів сім'ї, які не потребують медичного страхування. Ми зберігатимемо конфіденційність і безпеку всієї наданої вами інформації, відповідно до вимог закону. Ми використовуватимемо вашу особисту інформацію, лише щоб встановити, чи задовольняєте ви критеріям для отримання медичного страхування.

НЕ ЗАПОВНЮВАТИ. НАДАНО ВИКЛЮЧНО З МЕТОЮ ОЗНАЙОМЛЕННЯ.

Крок 2. ОСОБА 1 (Продовжуйте заповнювати інформацію про себе.)

Заповніть Крок 2 для себе, вашого чоловіка/жінки чи партнера та утриманців, які мешкають із вами та/або для будь-якої особи, зазначеної в одній федеральній податковій декларації, якщо ви її подаєте. Див. стор. 1, щоб дізнатися, кого слід указувати. Якщо ви не подаєте податкову декларацію, все одно не забудьте додати членів сім'ї.

1. Ім'я | По батькові | Прізвище | Суфікс

2. Ступінь спорідненості з ОСОБОЮ 1? **САМ ЗАЯВНИК**

3. Чи ви перебуваєте у шлюбі? ◯ Так ◯ Ні

4. Дата народження (мм/дд/рррр):

5. Стать ◯ Жіноча ◯ Чоловіча

6. **Номер соціального страхування (SSB)**

★ **Нам Нам потрібний номер соціального страхування (SSN), якщо ви бажаєте отримати медичну страховку та маєте номер соціального страхування або можете отримати його.** Ми використовуємо номер соціального страхування для перевірки доходу та іншої інформації для того, щоб визначити, хто має право на допомогу в оплаті медичного страхування. Докладнішу інформацію щодо SSN можна дізнатися на сайті **SSA.gov** або зателефонувавши до Служби соціального страхування за номером 1-800-772-1213. Користувачам TTY слід дзвонити за номером 1-800-325-0778.

7. **Чи ви плануєте подавати федеральну податкову декларацію про доходи НАСТУПНОГО РОКУ?** Ви можете подати заявку на страхове покриття, навіть якщо ви не подаєте федеральну податкову декларацію. ◯ **Так. Якщо «так»,** дайте відповідь на пункти a-c. ◯ **НІ. Якщо «ні»,** перейдіть до пункту c.

a. Чи подаватимете ви податкову декларацію спільно з чоловіком/дружиною? ◯ Так ◯ Ні

Якщо «так», впишіть ім'я чоловіка/дружини:

b. Чи вказуватимете ви будь-яких утриманців у вашій податковій декларації? ◯ Так ◯ Ні

Якщо «так», вкажіть ім'я (імена) утриманців:

c. Чи буде хтось вказувати вас як утриманця у своїй податкової декларації? ◯ Так ◯ Ні

Якщо «так», вкажіть ім'я особи, яка подає податкову декларацію:

Укажіть родині зв'язки з особою, яка подає податкову декларацію?

8. Чи ви вагітні? ◯ Так ◯ Ні a. **Якщо «так»,** скільки дітей очікується у результаті цієї вагітності?

9. **Чи потрібна вам медична страховка?** Навіть якщо у вас є страхове покриття, може існувати програма з кращим страховим покриттям чи меншою вартістю.
◯ **Так. Якщо «так»,** надайте відповідь на запитання нижче. ◯ **НІ. Якщо «ні»,** перейдіть до питання про дохід на сторінці 3. Не заповнюйте решту цієї сторінки.

10. Чи є у вас фізичне, психічне або емоційне захворювання, що ускладнює виконання певних дій (наприклад, під час купання, одягання, виконання повсякденних справ тощо); чи є у вас потреба в особливому догляді; чи ви живете в медичній установі або будинку для людей похилого віку? ◯ Так ◯ Ні

11. Чи є ви **громадянином** або **підданим США**? ◯ Так ◯ Ні

12. Чи отримали ви громадянство через **натуралізацію** або **через батьків**? *(Як правило, це означає, що ви народилися за межами США)*
◯ **Так. Якщо «так»,** заповніть a-b. ◯ **НІ. Якщо «ні»,** перейдіть до питання 13.

a. Номер реєстраційної картки іноземця:

b. Номер сертифіката:

Після заповнення a-b, перейдіть до питання 14.

13. **Якщо ви не є громадянином чи підданим США,** чи маєте ви законний імміграційний статус? ◯ **ТАК.** Введіть тип документа та ідентифікаційний номер.
Перейти до інструкцій.

Тип імміграційного документа | Тип статусу (необов'язково) | Напишіть своє ім'я так, як воно вказано у вашому імміграційному документі.

Номер реєстраційної картки іноземця або номер I-94:

Номер картки або номер паспорта

Ідентифікаційний номер в інформаційній системі студентів та учасників програм обміну (SEVIS ID) або дата закінчення терміну дії (необов'язково)

Інше (код категорії або країна видачі)

a. Чи ви проживаєте в США з 1996 року? ◯ Так ◯ Ні

b. Чи ви, ваш чоловік/дружина або хтось із батьків є ветераном чи військовослужбовцем, який перебуває на справжній військовій службі в США? ◯ Так ◯ Ні

14. Чи потрібна вам допомога в оплаті медичних рахунків за останні 3 місяці? ◯ Так ◯ Ні

15. Чи ви живете принаймні з однією дитиною віком до 19 років і є основною особою, яка дбає про цю дитину? (Виберіть відповідь «так», якщо ви або ваш чоловік/дружина дбаєте про цю дитину). ◯ Так ◯ Ні

Перерахуйте імена та ступінь спорідненості людей молодше 19, які проживають із вами:

16. Чи є ви студентом, що навчається за повною програмою? ◯ Так ◯ Ні

17. Чи були ви у прийомній сім'ї у віці 18 років чи старше? ◯ Так ◯ Ні

продовження на наступній сторінці

Необов'язково: (Надання цієї інформації не вплине на право на отримання послуг, варіанти плану чи вартість).

Заповніть все, що підходить

19. Раса:

◯ Європеоїдна ◯ Чорна чи афроамериканська ◯ Американський індіанець чи корінний житель Аляски ◯ Філіппінська ◯ Японська ◯ Корейська ◯ Азіатський індус ◯ Китайська ◯ В'єтнамська ◯ Інше азіатське походження ◯ Корінний житель Гавайських островів ◯ Корінний житель острова Гуам або Чаморро ◯ Корінний житель островів Самоа ◯ Виходець із інших тихоокеанських островів ◯ Інше:

Виберіть одну відповідь.

20. Стать, визначена при народженні (вказана в вашому свідоцтві про народження):

◯ Жінка ◯ Чоловік ◯ Інша: ◯ Не знаю ◯ Відмовляюсь відповідати

21. Поточна стать:

◯ Жінка ◯ Чоловік ◯ Трансгендерна жінка ◯ Трансгендерний чоловік ◯ Інший термін: ◯ Не знаю ◯ Відмовляюсь відповідати

22. Сексуальна орієнтація:

◯ Бісексуальна орієнтація ◯ Лесбійка або гей ◯ Гетеросексуал (не лесбійка, не гей) ◯ Інший термін: ◯ Не знаю ◯ Відмовляюсь відповідати

Крок 2. ОСОБА 1 (Продовжуйте надавати інформацію про себе.)

Інформація про поточну роботу та дохід

◯ **Є працевлаштування:** Якщо ви зараз працюєте, повідомте нам про ваш дохід. Почніть із пункту 20.

◯ **Немає працевлаштування:** Перейдіть до пункту 30.

◯ **Самозайнятість:** Перейдіть до пункту 29.

Поточна робота 1:

20. Назва роботодавця

a. Адреса роботодавця (необов'язково)

b. Місто | c. Штат | d. Поштовий індекс | 21. Номер телефону роботодавця ( ) -

22. Заробітна плата / чайові (до відрахування податків) $

◯ Погодинна ◯ Щотижня ◯ Кожні 2 тижні ◯ Двічі на місяць ◯ Щомісячна ◯ Щорічно

23. Середня кількість відпрацьованих годин кожного ТИЖНЯ

Поточна робота 2: (Якщо у вас є додаткова робота і вам потрібно більше місця, додайте ще один аркуш).

24. Назва роботодавця

a. Адреса роботодавця (необов'язково)

b. Місто | c. Штат | d. Поштовий індекс | 25. Номер телефону роботодавця ( ) -

26. Заробітна плата / чайові (до відрахування податків) $

◯ Погодинна ◯ Щотижня ◯ Кожні 2 тижні ◯ Двічі на місяць ◯ Щомісячна ◯ Щорічно

27. Середня кількість відпрацьованих годин кожного ТИЖНЯ

28. **Торік ви:** ◯ Міняли роботу ◯ Припинили працювати ◯ Стали працювати менше годин ◯ Нічого з вищезгаданого

29. **Якщо ви самозайняті надайте відповідь на пункти a-b:**

a. Вид діяльності:

b. Який чистий дохід (прибуток після сплати витрат на бізнес) ви отримаєте від самозайнятості у цьому місяці? Перейти до інструкцій. $

продовження на наступній сторінці

30. **Інші доходи, отримані цього місяця:** Заповніть усі відповідні дані, вкажіть суму та періодичність отримання. Якщо немає, позначте тут. ◯
ПРИМІТКА: Вам **не** потрібно повідомляти нам про доходи від аліментів на дитину, платежів ветеранам або додатковий соціальний доход (SSI).

◯ Допомога з безробіття
$ _____ Як часто? _____

◯ Пенсія
$ _____ Як часто? _____

◯ Соціальне страхування
$ _____ Як часто? _____

◯ Пенсійні рахунки
$ _____ Як часто? _____

◯ Отримані аліменти (**Примітка:** тільки в разі розлучень, оформлених до 1/1/2019 р.)
$ _____ Як часто? _____

◯ Чистий дохід від фермерства / рибальства
$ _____ Як часто? _____

◯ Чистий дохід від оренди / авторський гонорар
$ _____ Як часто? _____

◯ Інші доходи, тип тип _____
$ _____ Як часто? _____

31. **Відрахування:** Заповніть усі відповідні дані, вкажіть суму та періодичність сплати. Якщо за певні послуги чи предмети ви здійснюєте оплату, яку можна відрахувати у федеральній податковій декларації, повідомлення нам про це може дещо знизити вартість медичної страховки.
Не включайте аліменти на дітей, які ви платите, або витрати, які вже враховані у вашій відповіді про чистий доход від самозайнятості (запитання 29b).

◯ Сплачені аліменти (**примітка:** тільки в разі розлучень, оформлених до 1/1/2019 р.)
$ _____ Як часто? _____

◯ Відсотки на студентський кредит
$ _____ Як часто? _____

◯ Інші відрахування, тип:
_____
$ _____ Як часто? _____

32. **Надайте відповідь на це запитання, якщо ваш дохід змінився протягом року,** Заповніть це питання, якщо ваш дохід змінюється протягом року, наприклад, якщо ви працюєте лише частину року або отримуєте пільгу протягом певних місяців. Якщо ви не очікуєте зміни вашого щомісячного доходу, перейдіть до наступної особи.

Ваш загальний дохід за **цей рік**
$ _____

Ваш загальний дохід **наступного** року (якщо вважаєте, що він відрізнятиметься)
$ _____

◯ Позначте тут, якщо ви вважаєте, що ваш дохід буде важко передбачити.

Дякуємо! Це все, що нам потрібно знати про вас.

Крок 2. ОСОБА 2

Примітка: Якщо ця особа не потребує медичного страхування, надайте відповідь лише на запитання 1-10 на цій сторінці. Якщо у вашій сім'ї більше 2-х осіб, зробіть копії сторінок 5-6.

Заповніть цю сторінку для вашого чоловіка/жінки чи партнера та дітей, які мешкають із вами та/або для будь-якого особи, зазначеної в тій же федеральній податковій декларації, якщо ви її подаєте. Якщо ви не подаєте податкову декларацію, не забудьте додати членів сім'ї, які мешкають із вами. Див. стор. 1, щоб дізнатися, кого слід указувати.

1. Ім'я | По батькові | Прізвище | Суфікс

2. Ступінь спорідненості з ОСОБОЮ 1? Перейти до інструкцій.

3. Чи перебуває в шлюбі ОСОБА 2? ◯ Так ◯ Ні

4. Дата народження (мм/дд/рррр):

5. Стать ◯ Жіноча ◯ Чоловіча

6. Номер соціального страхування (SSN)

★ **Нам потрібна ця інформація, якщо ви хочете отримати медичну страховку для ОСОБИ 2, і ОСОБА 2 має номер соціального страхування.**

7. Чи проживає ОСОБА 2 за тією ж адресою, що і ОСОБА 1? ◯ Так ◯ Ні

Якщо «ні», вкажіть адресу:

8. **Чи планує ОСОБА 2 подавати федеральну податкову декларацію про доходи НАСТУПНОГО РОКУ?** (Ви можете подати заявку на страхове покриття, навіть якщо ОСОБА 2 не подає федеральну податкову декларацію). ◯ **Так. Якщо «так»,** дайте відповідь на пункти a-c. ◯ **НІ. Якщо «ні»,** перейдіть до пункту c.

a. Чи подаватиме ОСОБА 2 податкову декларацію спільно з чоловіком/дружиною? ◯ Так ◯ Ні

Якщо «так», впишіть ім'я чоловіка/дружини:

b. Чи буде ОСОБА 2 вказувати будь-яких утриманців у своїй податковій декларації? ◯ Так ◯ Ні

Якщо «так», вкажіть ім'я (імена) утриманців:

c. Чи буде ОСОБА 2 вказувати будь-яких утриманців у своїй податковій декларації? ◯ Так ◯ Ні

Якщо «так», вкажіть ім'я особи, яка подає податкову декларацію:

Укажіть родині зв'язки між ОСОБОЮ 2 та особою, яка подає податкову декларацію?

9. Чи є ОСОБА 2 вагітною? ◯ Так ◯ Ні a. **Якщо «так»,** скільки дітей очікується у результаті цієї вагітності?

10. **Чи потрібна ОСОБІ 2 медична страховка?** (Навіть якщо у ОСОБИ 2 є страхове покриття, може існувати програма з кращим страховим покриттям чи меншою вартістю). ◯ **Так. Якщо «так»,** надайте відповідь на запитання нижче. ◯ **Ні. Якщо «ні»,** перейдіть до питання про дохід на сторінці 5. Не заповнюйте решту цієї сторінки.

11. Чи є у ОСОБИ 2 фізичне, психічне або емоційне захворювання, що ускладнює виконання певних дій (наприклад, під час купання, одягання, виконання повсякденних справ тощо); чи є у неї потреба в особливому догляді; чи живе вона в медичній установі або будинку для людей похилого віку? ◯ Так ◯ Ні

12. Чи є ОСОБА 2 **громадянином** або **підданим США?** ◯ Так ◯ Ні

13. Чи отримала ОСОБА 2 громадянство через **натуралізацію** або **через батьків?** (Як правило, це означає, що особа народилася за межами США)

◯ **Так. Якщо «так»,** заповніть a-b. ◯ **НІ. Якщо «ні»,** перейдіть до питання 14.

a. Номер реєстраційної картки іноземця

b. Номер сертифіката

Після заповнення a-b, перейдіть до питання 15.

14. **Якщо ОСОБА 2 не є громадянином чи підданим США,** чи має вона законний імміграційний статус? ◯ **ТАК.** Введіть тип документа та ідентифікаційний номер. Перейти до інструкцій.

Тип імміграційного документа:

Тип статусу (необов'язково)

Напишіть ім'я ОСОБИ 2 так, як воно вказано у її імміграційному документі.

Номер реєстраційної картки іноземця або номер I-94:

Номер картки або номер паспорта

Ідентифікаційний номер в інформаційній системі студентів та учасників програм обміну (SEVIS ID) або дата закінчення терміну дії (необов'язково)

Інше (код категорії або країна видачі)

a. Чи проживає ОСОБА 2 в США з 1996 р.? ◯ Так ◯ Ні

b. Чи ОСОБА 2, її чоловік/дружина або хтось із її батьків є ветераном чи військовослужбовцем, який перебуває на справжній військовій службі в США? ◯ Так ◯ Ні

15. Чи потрібна ОСОБІ 2 допомога в оплаті медичних рахунків за останні 3 місяці? ◯ Так ◯ Ні

16. Чи живе ОСОБА 2 принаймні з однією дитиною віком до 19 років і чи є ОСОБА 2 основною людиною, яка дбає про цю дитину? (Виберіть відповідь «так», якщо ОСОБА 2 або її чоловік/дружина дбає про цю дитину). ◯ Так ◯ Ні

17. Перерахуйте імена та ступінь спорідненості людей молодше 19, які проживають із ОСОБОЮ 2 у її сім'ї: (Це можуть бути ті самі діти, які перераховані на сторінці 2).

Чи була ОСОБА 2 у прийомній сім'ї у віці 18 років чи старше? ◯ Так ◯ Ні

Надайте відповідь на ці запитання, якщо вік ОСОБИ 2 становить 22 роки або менше:

18. Чи мала ОСОБА 2 страховку на роботі і втратила її протягом останніх 3-х місяців? ◯ Так ◯ Ні

a. **Якщо «так»,** вкажіть дату закінчення: b. Причина припинення страховки:

19. Чи є ОСОБА 2 студентом, який навчається за повною програмою? ◯ Так ◯ Ні

продовження на наступній сторінці

Необов'язково: (Надання цієї інформації не вплине на право на отримання послуг, варіанти плану чи вартість).

Заповніть все, що підходить

21. Раса:

◯ Європеоїдна ◯ Чорна чи афроамериканська ◯ Американський індіанець чи корінний житель Аляски ◯ Філіппінська ◯ Японська ◯ Корейська ◯ Азіатський індус ◯ Китайська ◯ В'єтнамська ◯ Інше азіатське походження ◯ Корінний житель Гавайських островів ◯ Корінний житель острова Гуам або Чаморро ◯ Корінний житель островів Самоа ◯ Виходець із інших тихоокеанських островів ◯ Інше:

Виберіть одну відповідь.

22. Стать, визначена при народженні (вказана у свідоцтві про народження ОСОБИ 2):

◯ Жінка ◯ Чоловік ◯ Інша: ◯ Не знаю ◯ Відмовляюсь відповідати

23. Поточна стать:

◯ Жінка ◯ Чоловік ◯ Трансгендерна жінка ◯ Трансгендерний чоловік ◯ Інший термін: ◯ Не знаю ◯ Відмовляюсь відповідати

24. Сексуальна орієнтація:

◯ Бісексуальна орієнтація ◯ Лесбійка або гей ◯ Гетеросексуал (не лесбійка, не гей) ◯ Інший термін: ◯ Не знаю ◯ Відмовляюсь відповідати

Крок 2. ОСОБА 2

Повідомте нам про доходи, які отримує ОСОБА 2. Заповніть цю сторінку, навіть якщо ОСОБА 2 не потребує медичного страхування.

Інформація про поточну роботу та дохід

◯ **Є працевлаштування:** Якщо **ОСОБА 2** на сьогодні працює, повідомте нам про її дохід. Почніть із пункту 22.

◯ **Немає працевлаштування:** Перейдіть до пункту 32.

◯ **Самозайнятість:** Перейдіть до пункту 31.

Поточна робота 1:

22. Назва роботодавця

a. Адреса роботодавця (необов'язково)

b. Місто | c. Штат | d. Поштовий індекс | 23. Номер телефону роботодавця ( ) -

24. Заробітна плата / чайові (до відрахування податків)
$

◯ Погодинна ◯ Щотижня ◯ Кожні 2 тижні ◯ Двічі на місяць ◯ Щомісячна ◯ Щорічно

25. Середня кількість відпрацьованих годин кожного ТИЖНЯ

Поточна робота 2: (Якщо у ОСОБИ 2 є кілька робіт, додайте ще один аркуш).

26. Назва роботодавця

a. Адреса роботодавця (необов'язково)

b. Місто | c. Штат | d. Поштовий індекс | 27. Номер телефону роботодавця ( ) -

28. Заробітна плата / чайові (до відрахування податків)
$

◯ Погодинна ◯ Щотижня ◯ Кожні 2 тижні ◯ Двічі на місяць ◯ Щомісячна ◯ Щорічно

29. Середня кількість відпрацьованих годин кожного ТИЖНЯ

30. **Торік ОСОБА 2:** ◯ Міняли роботу ◯ Припинили працювати ◯ Стали працювати менше годин ◯ Нічого з вищезгаданого

31. **Якщо особа 2 є самозайнятою, заповніть a-b:**

a. Вид діяльності:

b. Який чистий дохід (прибуток після сплати витрат на бізнес) отримає ОСОБА 2 від самозайнятості у цьому місяці? *Див. інструкції.*
$

продовження на наступній сторінці

32. **Інші доходи, які ОСОБА 2 отримує цього місяця:** Заповніть усі відповідні дані, вкажіть суму та періодичність отримання. Якщо немає, позначте тут. ◯

ПРИМІТКА: Вам **не** потрібно повідомляти нам про доходи ОСОБИ 2 від аліментів на дитину, платежів ветеранам або додатковий соціальний доход (SSI).

◯ Допомога з безробіття
$ Як часто?

◯ Отримані аліменти (**Примітка:** тільки в разі розлучень, оформлених до 1/1/2019 р.)
$ Як часто?

◯ Пенсія
$ Як часто?

◯ Чистий дохід від фермерства / рибальства
$ Як часто?

◯ Соціальне страхування
$ Як часто?

◯ Чистий дохід від оренди / авторський гонорар
$ Як часто?

◯ Пенсійні рахунки
$ Як часто?

◯ Інші доходи, тип
$ Як часто?

33. **Відрахування:** Заповніть усі відповідні дані, вкажіть суму та періодичність отримання. Якщо за певні послуги чи предмети ОСОБА 2 здійснює оплату, яку можна відрахувати у федеральній податковій декларації, повідомлення нам про це може дещо знизити вартість медичної страховки.
Не включайте аліменти на дітей, які платить ОСОБА 2, або витрати, які вже враховані у відповіді про чистий доход від самозайнятості (запитання 31b).

◯ Сплачені аліменти (**примітка:** тільки в разі розлучень, оформлених до 1/1/2019 р.)
$ Як часто?

◯ Відсотки на студентський кредит
$ Як часто?

◯ Інші відрахування, тип:
$ Як часто?

34. **Надайте відповідь на це запитання, лише якщо дохід ОСОБИ 2 змінився протягом року,** наприклад, якщо ОСОБА 2 працювала лише протягом частини року або отримувала допомогу протягом певних місяців. Якщо ОСОБА 2 не очікує, що її щомісячний дохід зміниться, перейдіть до наступної особи..

Загальний дохід ОСОБИ 2 за **цей рік**
$

Загальний дохід ОСОБИ 2 **наступного року**
$ ◯ Позначте тут, якщо ви вважаєте, що ваш дохід буде важко передбачити.

Дякуємо! Це все, що нам потрібно знати про ОСОБУ 2.

Крок 3. Члени сім'ї - з числа американських індіанців чи корінних жителів Аляски (AI/AN)

1. **Чи ви або хтось у вашій сім'ї є американським індіанцем чи корінним жителем Аляски?**
   ◯ **НІ. Якщо «ні»,** перейдіть до Кроку 4. ◯ **ТАК. Якщо «так»,** перейдіть до Кроку 4 і заповніть Додаток B і надішліть його разом із заявкою.

Крок 4. Ваша сімейна медична страховка

1. **Чи був хтось із осіб, зазначених у цій заявці, визнаний таким, що не має права на програму Medicaid або Програму медичного страхування дітей (CHIP) протягом останніх 90 днів?** (Виберіть відповідь «так», лише якщо хтось був визнаний таким, що не має права на це страхове покриття вашим штатом, а не Ринком медичного страхування). ..... ◯ Так ◯ Ні
   Хто? Дата:
   Або, чи був хтось із осіб, зазначених у цій заявці, визнаний таким, що не має права на програму Medicaid або Програму медичного страхування дітей (CHIP) через свій імміграційний статус протягом останніх 5 років? ..... ◯ Так ◯ Ні
   Кто?
   Чи хтось із осіб, зазначених у цій заявці, подавав заявку на покриття протягом періоду відкритої реєстрації на Ринку медичного страхування або після відповідних сімейних змін? ..... ◯ Так ◯ Ні
   Хто?
2. **Чи пропонувалося комусь із осіб, зазначених у цій заявці, страхове покриття на роботі?** Позначте «так», навіть якщо страхове покриття запропоновано від роботодавця іншого особи, наприклад, батька або чоловіка/дружини, навіть якщо ця особа не прийняла це страхове покриття. Позначте «ні», якщо єдине запропоноване покриття - це програма COBRA.
   ◯ **ТАК.** Продовжуйте та заповніть Додаток A. ◯ **НІ.**
   Якщо так, чи є ця програма державним пенсійним планом? ..... ◯ Так ◯ Ні
   Чи пропонується будь-кому із зазначених у заявці осіб індивідуальний план покриття медичних витрат (HRA) чи затверджений план покриття медичних витрат із боку дрібного роботодавця (QSEHRA)? ..... ◯ Так ◯ Ні
3. **Чи хтось зарахований до плану медичного страхування на сьогодні?**
   ◯ **ТАК. Якщо «так»,** перейдіть до питання 4. ◯ **НІ. Якщо «ні»,** перейдіть до Кроку 5.
4. **Інформація про поточне медичне страхування.** (Зробіть копію цієї сторінки, якщо більше 2 осіб мають страхове покриття). Вкажіть тип страхового покриття, наприклад, страхування роботодавця, програма COBRA, Medicaid, Програма медичного страхування дітей CHIP, Medicare, військова страховка TRICARE, програми охорони здоров'я для ветеранів, «Корпус світу» чи інше. (Не повідомляйте нам про програму TRICARE, якщо у вас є військові страховки Direct Care або Line of Duty).

ОСОБА 1:

Ім'я особи, зарахованої до плану медичного страхування.

Тип страхового покриття:
◯ Страхування роботодавця ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP (Програма медичного страхування дітей) ◯ Medicare ◯ TRICARE
◯ Програма медичних послуг для ветеранів ◯ «Корпус світу» ◯ Інше

Якщо це страхування від роботодавця: (Вам також потрібно заповнити Додаток A).
Назва компанії медичного страхування | Поліс/ідентифікаційний номер

Якщо це інший вид страхового покриття: ◯ Позначте, якщо це медичне страхування на Ринку медичного страхування.
Название компании медицинского страхования | Поліс/ідентифікаційний номер

Чи є це планом з обмеженими пільгами, наприклад, полісом страхування від нещасного випадку у школі? ..... ◯ Так ◯ Ні

ОСОБА 2:

Ім'я особи, зарахованої до плану медичного страхування.

Тип страхового покриття:
◯ Страхування роботодавця ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP (Програма медичного страхування дітей) ◯ Medicare ◯ TRICARE
◯ Програма медичних послуг для ветеранів ◯ «Корпус світу» ◯ Інше

Якщо це страхування від роботодавця: (Вам також потрібно заповнити Додаток A).
Назва компанії медичного страхування | Поліс/ідентифікаційний номер

Якщо це інший вид страхового покриття: ◯ Позначте, якщо це медичне страхування на Ринку медичного страхування.
Название компании медицинского страхования | Поліс/ідентифікаційний номер

Чи є це планом з обмеженими пільгами, наприклад, полісом страхування від нещасного випадку у школі? ..... ◯ Так ◯ Ні

Крок 5. Ваша згода та підпис

1. **Чи погоджуєтеся ви дозволити Ринку медичного страхування використовувати ваші дані про дохід протягом наступних 5 років, включаючи інформацію з податкової декларації?** ..... ◯ Так ◯ Ні

Для полегшення визначення вашого права на допомогу в оплаті страхового покриття протягом наступних років ви можете погодитися дозволити Ринку медичного страхування використовувати оновлені дані про дохід, включаючи інформацію з податкових декларацій. Ринок медичного страхування надішле вам повідомлення, щоб ви могли внести будь-які зміни. Ринок медичного страхування перевірить, чи задовольняєте ви критеріям, і може запитати вас надати підтвердження, що рівень вашого доходу відповідає вимогам. Ви можете відмовитись у будь-який час.

Якщо «ні», автоматично оновлюйте мою інформацію протягом наступних: ◯ 5 років ◯ 4 років ◯ 3 років ◯ 2 років ◯ 1 року

◯ Не використовуйте мої податкові дані, щоб відновити моє право на отримання допомоги в оплаті медичного страхування (вибір цього варіанта може вплинути на вашу здатність отримати допомогу в оплаті за страхове покриття у разі його поновлення).

2. **Чи хтось, хто подає заявку на медичне страхування, перебуває в ув'язненні (затриманий або у в'язниці)?** ..... ◯ Так ◯ Ні

Якщо «так», повідомте нам ім'я цієї людини. Ім'я людини, яка перебуває у в'язниці:

◯ Позначте тут, якщо ця людина чекає на рішення щодо звинувачення.

Якщо хтось у вашій заяві оформив страхове покриття на Ринку медичного страхування, і пізніше буде виявлено, що ця особа має інше медичне покриття (наприклад, Medicare, Medicaid або CHIP); Ринок медичного страхування автоматично припинить своє страхове покриття. Це робиться для того, щоб переконатися, що особи, які мають право на інші пільгові страховки, не будуть користуватися страховкою Ринку медичного страхування та повинні платити повну вартість.

◯ Я даю згоду на те, щоб Ринок медичного страхування припинив покриття осіб із моєї заявці у таких випадках.

◯ Я не даю згоди на те, щоб Ринок медичного страхування припиняв покриття осіб із моєї заявці у таких випадках. Я розумію, що особи з моєї заявці, на яких поширюється це правило, не зможуть розраховувати на пільги і повинні будуть платити повну вартість плану Ринку медичного страхування.

Якщо хтось у цій заявці має право на участь у програмі Medicaid:

- Я надаю агентству Medicaid наші права вимагати та отримувати гроші від інших медичних страховок, юридичних врегулювань чи інших третіх осіб. Я також надаю агентству Medicaid права вимагати та отримувати допомогу в оплаті медичних витрат від чоловіка/дружини чи когось із батьків.
- Чи живе хтось із батьків будь-якої дитини поза домом? ..... ◯ Так ◯ Ні
- Якщо «так», то я знаю, що мене попросять співпрацювати з агентством, яке збирає допомогу на оплату медичних витрат у відсутнього батька. Якщо я вважаю, що співпраця, пов'язана зі збором коштів на оплату медичних витрат, зашкодить мені чи моїм дітям, я можу повідомити про це програму Medicaid і можу відмовитись співпрацювати.
- Я підписую справжню заявку під страхом покарання за лжесвідчення, що означає, що, наскільки мені відомо, я надав/надала, правдиві відповіді на всі питання цієї форми. Я знаю, що мене може бути покарано відповідно до федерального закону, якщо я навмисно надам хибну або недостовірну інформацію.
- Я знаю, що я маю інформувати Ринок медичного страхування (Health Insurance Marketplace®) протягом 30 днів, якщо щось зміниться і в результаті інформація буде відрізнятися від того, що зазначено у цій заявці. Для повідомлення про будь-які зміни я можу відвідати веб-сайт **HealthCare.gov** або зателефонувати за номером **1-800-318-2596**. Я розумію, що зміна моєї інформації може вплинути на мої права на отримання страхування, а також на права членів моєї сім'ї.
- Я знаю, що відповідно до федерального законодавства дискримінація за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності чи інвалідності є забороненою. Я можу подати скаргу про дискримінацію на веб-сайті **HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint.**
- Я знаю, що інформація у цій формі буде використана лише для визначення права на медичне страхування, допомоги в оплаті страхового покриття (якщо потрібно), а також для законних цілей Ринку медичного страхування та програм, що допомагають оплачувати страхове покриття.

Нам потрібна ця інформація для перевірки вашого права на допомогу в оплаті медичного страхування, якщо ви вирішите подати заявку. Ми перевіримо ваші відповіді, використовуючи інформацію в наших електронних базах даних і базах даних Федеральної податкової служби (IRS), Системи соціального забезпечення, Міністерства внутрішньої безпеки та/або агентства з надання інформації про кредитоспроможність споживачів. Якщо надана інформація не відповідатиме офіційним даним, ми можемо запросити вас надіслати нам підтвердження.

Что делать, если информация в уведомлении о соответствии требованиям не верна?

Ви отримаєте повідомлення про право на отримання послуг поштою після того, як ми опрацюємо вашу заявку. Якщо ви не погоджуєтесь з тим, як визначено ваші права на отримання страхування, у багатьох випадках ви можете подати апеляцію. Інструкції з апеляції містяться у повідомленні про права, вони конкретно пояснюють дії щодо кожної людини у вашій сім'ї, яка подала заявку на страхове покриття, включаючи кількість днів, що залишилися до закінчення терміну подання апеляції. Нижче наведено важливу інформацію, яку необхідно враховувати під час подання апеляції:

- За бажанням ви можете запитати будь-яку особу подати апеляцію або взяти у неї участь. Ця особа може бути другом, родичем, адвокатом чи кимось іншим. Або ви можете самі подати апеляцію і взяти у неї участь.
- Якщо ви подали апеляцію, ви можете зберегти права на страхове покриття протягом періоду розгляду апеляції.
- Внаслідок апеляції можуть змінитись права на страхове покриття інших членів вашої сім'ї.

Щоб оскаржити рішення щодо ваших прав отримання страхування на ринку медичного страхування, відвідайте веб-сайт **HealthCare.gov/marketplace-appeals**. Або зателефонуйте до Центру телефонного обслуговування Ринку медичного страхування за номером **1-800-318-2596**. Користувачам TTY слід дзвонити за номером **1-855-889-4325**. Ви також можете надіслати поштою форму запиту апеляції або власний лист із проханням апеляції на адресу Ринку медичного страхування: **Health Insurance Marketplace** Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Ви можете оскаржити право на придбання медичного страхування через Ринок медичного страхування, період реєстрації, податкові пільги, зниження спільного покриття витрат, програми Medicaid і CHIP, якщо вам було відмовлено у них. Якщо ви маєте право на податкові пільги або зниження спільного покриття витрат, ви можете оскаржити суму, на яку ви маєте право, відповідно до нашого рішення. Залежно від вашого штату, ви можете подати апеляцію через Ринок медичного страхування або можете подати апеляцію в агентство програм Medicaid або CHIP у своєму штаті.

ОСОБА 1 має підписати цю заявку. Якщо ви є уповноваженим представником, ви можете підписатися тут за умови, що ОСОБА 1 підписала Додаток C.

Підпис	Дата підпису (мм/дд/рррр)

Якщо ви підписуєте цю заявку за межами періоду відкритої реєстрації (з 1 листопада по 15 січня), переконайтеся, що ви ознайомилися з Додатком D («Питання щодо зміни життєвих обставин»).

Крок 6. Надішліть заповнену заявку поштою

Надішліть підписану заявку поштою на адресу:

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

Якщо ви бажаєте зареєструватися для голосування, ви можете заповнити форму реєстрації виборця на сайті **Vote.gov**.

Допомога мовою, яка відрізняється від англійської

Якщо у вас чи особи, якій ви допомагаєте, виникли питання щодо Ринку медичного страхування, ви маєте право на безкоштовну допомогу та інформацію вашою мовою. Щоб скористатися послугами усного перекладача, зателефонуйте за номером **1-800-318-2596**.

Нижче наведено список доступних мов та однакове повідомлення кожною з цих мов:

Español (Spanish)

Si usted o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado de Seguros Médicos, tiene derecho a obtener ayuda e información gratis en su idioma. Para hablar con un intérprete, 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)

Nếu quý vị, hoặc ai đó đang được quý vị giúp đỡ, có câu hỏi về Health Insurance Marketplace®, quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên 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.

Заява про розкриття інформації відповідно до Закону про скорочення паперового документообігу (PRA). Відповідно до Закону про скорочення паперового документообігу від 1995 року ніхто не зобов'язаний відповідати на запит про надання інформації, якщо на ньому не вказано дійсний контрольний номер Адміністративно-бюджетного управління (OMB). Дійсний контрольний номер OMB для збору цієї інформації: 0938-1191. Час, необхідний для завершення збору цієї інформації оцінюється в середньому як 45 хвилин на відповідь, включаючи час перегляду інструкцій, пошуку наявних джерел даних, збору необхідних даних, а також заповнення та перевірки зібраної інформації. Якщо у вас є зауваження щодо точності оцінки часу, або пропозиції щодо покращення цієї форми, надішліть повідомлення на адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

НЕ ЗАПОВНЮВАТИ. НАДАНО ВИКЛЮЧНО З МЕТОЮ ОЗНАЙОМЛЕННЯ.

Допомога мовою, яка відрізняється від англійської (продовження)

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。

Заява про розкриття інформації відповідно до Закону про скорочення паперового документообігу (PRA). Відповідно до Закону про скорочення паперового документообігу від 1995 року ніхто не зобов'язаний відповідати на запит про надання інформації, якщо на ньому не вказано дійсний контрольний номер Адміністративно-бюджетного управління (OMB). Дійсний контрольний номер OMB для збору цієї інформації: 0938-1191. Час, необхідний для завершення збору цієї інформації оцінюється в середньому як 45 хвилин на відповідь, включаючи час перегляду інструкцій, пошуку наявних джерел даних, збору необхідних даних, а також заповнення та перевірки зібраної інформації. Якщо у вас є зауваження щодо точності оцінки часу, або пропозиції щодо покращення цієї форми, надішліть повідомлення на адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ПОТРІБНА ДОПОМОГА У ЗВ'ЯЗКУ З ЗАЯВКОЮ? Відвідайте **HealthCare.gov** чи телефонуйте за номером **1-800-318-2596**. Якщо вам потрібна допомога не англійською, а будь-якою іншою мовою, зателефонуйте за номером **1-800-318-2596** та повідомте представнику відділу обслуговування клієнтів необхідну вам мову. Ми забезпечимо вам безкоштовну допомогу. Користувачам TTY слід дзвонити за номером **1-855-889-4325**.

НЕ ЗАПОВНЮВАТИ. НАДАНО ВИКЛЮЧНО З МЕТОЮ ОЗНАЙОМЛЕННЯ.

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 10/31/2025

Додаток A: Медичне страхування від роботи

Ви **НЕ** повинні відповідати на ці запитання, крім випадку, коли хтось у сім'ї має право на отримання медичної страховки від роботи, навіть якщо ця особа не використовує це страхове покриття. Вам також не потрібно відповідати на ці запитання, якщо єдиним запропонованим покриттям будь-кому з вашої сім'ї є страховка за програмою COBRA. Додайте копію цієї сторінки для кожної роботи, яка пропонує страхове покриття.

Повідомте нам про роботу, яка пропонує страхове покриття.

Зробіть копію цієї сторінки та надайте її роботодавцю, який пропонує страхове покриття, щоб він допоміг вам відповісти на ці питання.

Інформація про робітника:

1. Имя работника (имя, отчество, фамилия)

2. Номер соціального страхування робітника (SSN)

Інформація про роботодавця

3. Назва роботодавця:

4. Ідентифікаційний номер роботодавця (EIN)

5. Номер телефону роботодавця

Зараз уведіть інформацію про особу чи відділ, що займається медичним страхуванням працівників. Ми можемо зв'язатися з цією особою, якщо нам буде потрібна додаткова інформація:

6. Особа або відділ, з яким ми можемо зв'язатися з питань медичного страхування працівника

7. Адреса роботодавця (Ринок медичного страхування може надіслати повідомлення на цю адресу)

8. Місто

9. Штат

10. Поштовий індекс

11. Номер телефону (якщо відрізняється від зазначеного вище)

12. Електронна адреса

13. Чи пропонує цей роботодавець працівникові страхове покриття? Вкажіть «так» лише, якщо пропозиція щодо покриття буде отримана станом на початок наступного місяця або з 1 січня, якщо ви подаєте заявку під час періоду відкритої реєстрації (1 листопада - 15 січня).

◯ **ТАК** (Продовжити)

◯ **НІ (РОБОТОДАВЕЦЬ:** ЗУПИНІТЬСЯ і поверніть цю форму працівнику. **ПРАЦІВНИК:** поверніться до вашої заявки на отримання медичного страхування на Ринку медичного страхування)**.**

Чи пропонує роботодавець план медичного страхування, що покриває чоловіка/дружину чи утриманця (утриманців) працівника?

◯ **ТАК. Якщо так,** кого покриває медичне страхування? ◯ Чоловіка/дружину ◯ Утриманця (утриманців)

◯ **НІ** (ПЕРЕЙДІТЬ ДО ПИТАННЯ 14).

Вкажіть імена будь-яких інших осіб у сім'ї працівника, які мають право на страхове покриття від цієї роботи.

Ім'я

Ім'я

Ім'я

продовження на наступній сторінці

НЕ ЗАПОВНЮВАТИ. НАДАНО ВИКЛЮЧНО З МЕТОЮ ОЗНАЙОМЛЕННЯ.

Повідомте про страхове покриття, яке пропонує цей роботодавець.

14. Чи відповідають плани медичного страхування, що пропонує роботодавець, стандарту мінімальної цінності*?

◯ **ТАК** (перейдіть до питання 15). ◯ **НІ** (ЗУПИНІТЬСЯ і поверніть цю форму працівнику).

15. Скільки має платити працівник за найдешевший план медичного страхування, який запропонований **лише працівникові**, і який відповідає стандарту мінімальної цінності*? Не вказуйте сімейні плани.

a. Працівник сплачує такий страховий внесок: **$** _____

Примітка: Вкажіть мінімальну суму, яку працівник може сплачувати за медичне страхування.

b. Працівник сплачує таку суму: ◯ Щотижня ◯ Кожні 2 тижні ◯ Двічі на місяць ◯ Щомісячно ◯ Щоквартально ◯ Щорічно

16. **Якщо вказані інші члени сім'ї у питанні 13:** Скільки має платити працівник за найдешевший план медичного страхування, який покриває як працівника, так і членів сім'ї, зазначених у питанні 13? Якщо роботодавець пропонує оздоровчі програми, вкажіть страховий внесок, що має сплачувати працівник, якщо він отримує максимальну знижку за будь-яку програму припинення куріння, і не отримує будь-які інші знижки, засновані на оздоровчих програмах.

a. Працівник сплачує такий страховий внесок: **$** _____

b. Працівник сплачує таку суму: ◯ Щотижня ◯ Кожні 2 тижні ◯ Двічі на місяць ◯ Щомісячно ◯ Щоквартально ◯ Щорічно

* План медичного страхування відповідає стандарту мінімальної цінності, якщо він оплачує не менше 60 % загальної вартості медичних послуг стандартного населення і пропонує значне страхове покриття послуг лікарні та лікаря. Більшість запропонованих на роботі планів медичного страхування відповідають стандарту мінімальної цінності.

НЕ ЗАПОВНЮВАТИ. НАДАНО ВИКЛЮЧНО З МЕТОЮ ОЗНАЙОМЛЕННЯ.

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 10/31/2025

Додаток B

НЕ ЗАПОВНЮВАТИ. НАДАНО ВИКЛЮЧНО З МЕТОЮ ОЗНАЙОМЛЕННЯ.

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 10/31/2025

Додаток C: Допомога у заповненні цієї заявки

Лише для сертифікованих консультантів, координаторів, агентів і брокерів

Заповніть цей розділ, якщо ви є сертифікованим консультантом, координатором, агентом або брокером, що заповнює цю заявку для іншої особи.

1. Дата початку заповнення заявки (мм/дд/рррр)

2. Ім'я, по батькові, прізвище, суфікс

3. Назва організації

4. Ідентифікаційний номер (якщо є)

5. Тільки для агентів/брокерів: Номер NPN

Ви можете вибрати уповноваженого представника.

Ви можете дозволити довіреній особі обговорювати з нами цю заявку, ознайомитися з вашою інформацією та діяти у ваших інтересах з питань, пов'язаних із цією заявкою, включаючи отримання інформації про вашу заявку та її підписання від вашого імені. Цю особу називають «уповноваженим представником». Якщо вам потрібно змінити або видалити уповноважену особу, зверніться до Ринку соціального страхування. Якщо ви є законно призначеним представником для будь-якої особи з цієї заявки, надайте разом із нею відповідне підтвердження.

1. Ім'я уповноваженого представника (ім'я, по батькові, прізвище)

2. Адреса

3. Домашня адреса 2

4. Місто

5. Штат

6. Поштовий індекс

7. Номер телефону

8. Назва організації

9. Ідентифікаційний номер (якщо є)

Підписуючи це документ, ви дозволяєте цій особі підписати вашу заявку, отримувати офіційну інформацію про цю заявку та діяти у ваших інтересах з усіх майбутніх питань, пов'язаних із цією заявкою.

10. Підпис ОСОБИ 1, зазначеної в заявці

11. Дата підпису (мм/дд/рррр)

ПОТРІБНА ДОПОМОГА У ЗВ'ЯЗКУ З ЗАЯВКОЮ? Відвідайте **HealthCare.gov** чи телефонуйте за номером **1-800-318-2596**. Якщо вам потрібна допомога не англійською, а будь-якою іншою мовою, зателефонуйте за номером **1-800-318-2596** та повідомте представнику відділу обслуговування клієнтів необхідну вам мову. Ми забезпечимо вам безкоштовну допомогу. Користувачам TTY слід дзвонити за номером **1-855-889-4325**.

НЕ ЗАПОВНЮВАТИ. НАДАНО ВИКЛЮЧНО З МЕТОЮ ОЗНАЙОМЛЕННЯ.

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 10/31/2025

Додаток D: Питання про зміни життєвих обставин

(Ви повинні заповнити решту цієї заявки разом із цією сторінкою. Не подавайте лише цю сторінку окремо).

Якщо у когось із осіб, вказаних у цієї заявці, відбулися певні сімейні зміни, наприклад, втрата медичного страхування, одруження або народження дитини протягом останніх 60 днів (АБО очікувані зміни протягом наступних 60 днів), заповніть цю сторінку і додайте її до своєї заповненої та підписаної заявки. Певні сімейні зміни дозволяють отримати страховку через Ринок медичного страхування без очікування. Ми також рекомендуємо відповісти на ці запитання, якщо ви подаєте заявку після закінчення періоду відкритої реєстрації (1 листопада - 15 січня).

Ці питання не є обов'язковими. Якщо ваші життєві обставини не змінилися, ви можете не відповідати на запитання. Ви можете зареєструватися в програмі Medicaid та Програмі медичного страхування дітей CHIP у будь-яку пору року, навіть якщо ваші життєві обставини не змінились. Члени федерально визнаних племен і корінні жителі Аляски можуть зареєструватися через Ринок медичного страхування у будь-яку пору року.

Розкажіть нам про зміни у вашій сім'ї.

1. Чи хтось втратив медичне страхування протягом останніх 60 днів або чекає втратити медичне страхування протягом наступних 60 днів?

Ім'я

Строк страхового покриття закінчився або закінчиться (мм/дд/рррр)

2. Чи хтось одружився протягом останніх 60 днів?

Ім'я

Дата (мм/дд/рррр)

a. Чи мав хтось із цих осіб право на медичне страхування у будь-який час протягом останніх 60 днів? ◯ Так ◯ Ні

Якщо «так», то вкажіть ім'я (імена) нижче:

Ім'я

3. Чи хтось вийшов із ув'язнення (утримання під вартою або у в'язниці) протягом останніх 60 днів?

Ім'я

Дата (мм/дд/рррр)

4. Чи хтось отримав законний імміграційний статус протягом останніх 60 днів?

Ім'я

Дата (мм/дд/рррр)

5. Чи когось усиновили/удочерили, визначили на усиновлення/удочеріння або розподілили у прийомну сім'ю протягом останніх 60 днів?

Ім'я

Дата (мм/дд/рррр)

6. Чи став хтось утриманцем через сплату аліментів або інший судовий наказ протягом останніх 60 днів?

Ім'я

Дата (мм/дд/рррр)

7. Чи хтось переїхав протягом останніх 60 днів?

Ім'я

Дата переїзду (мм/дд/рррр):

a. Вкажіть поштовий індекс вашої попередньої адреси. ◯ Позначте тут, якщо ви переїхали з іншої країни чи території США.

b. Чи мав хтось із цих осіб право на медичне страхування, що відповідає вимогам, у будь-який час протягом останніх 60 днів? ◯ Так ◯ Ні

Якщо «так», то вкажіть ім'я (імена) нижче:

Ім'я

ПОТРІБНА ДОПОМОГА У ЗВ'ЯЗКУ З ЗАЯВКОЮ? Відвідайте **HealthCare.gov** чи телефонуйте за номером **1-800-318-2596**. Якщо вам потрібна допомога не англійською, а будь-якою іншою мовою, зателефонуйте за номером **1-800-318-2596** та повідомте представнику відділу обслуговування клієнтів необхідну вам мову. Ми забезпечимо вам безкоштовну допомогу. Користувачам TTY слід дзвонити за номером **1-855-889-4325**.