



# Antrag für Krankenversicherung & Hilfe bei der Bezahlung von Kosten

➔ **Beantragen Sie schneller online unter [HealthCare.gov](https://HealthCare.gov)**



**Verwenden Sie diesen Fragebogen, um herauszufinden, für welchen Versicherungsschutz Sie sich qualifizieren.**

- Der Marketplace plant, umfangreichen Versicherungsschutz anzubieten, damit Sie gesund bleiben.
- Eine Steuergutschrift, die sofort dabei helfen kann, Ihre Beiträge für Versicherungsschutz zu verringern.
- Kostenloser oder kostengünstiger Versicherungsschutz durch Medicaid oder dem Kinderkrankenversicherungsprogramm (Children's Health Insurance Program - CHIP). **Bestimmte Einkommensstufen könnten zu kostenlosen oder kostengünstigen Programmen berechtigt sein.**



**Wer kann diesen Antrag nutzen?**

- Benutzen Sie diesen Antrag für jede Person in Ihrem Haushalt.
- **Stellen Sie einen Antrag, selbst falls Sie, Ihr Ehegatte oder Ihr Kind schon Krankenversicherungsschutz haben. Sie könnten zu kostenlosem oder kostengünstigem Versicherungsschutz berechtigt sein.**
- Wenn Sie alleinstehend sind, könnten Sie ein kürzeres Formular benutzen. Besuchen Sie [HealthCare.gov](https://HealthCare.gov).
- Haushalte, welche anspruchsberechtigte Einwanderer umfassen, können einen Antrag stellen. Sie können einen Antrag für Ihr Kind stellen, selbst wenn Sie nicht zu Krankenversicherung berechtigt sind. Ein Antrag wird Ihren Einwanderungsstatus oder Ihre Chancen ein Green-Card-Inhaber oder US- Staatsbürger zu werden nicht beeinflussen.
- Wenn Ihnen jemand beim Ausfüllen dieses Antrags hilft, müssen Sie möglicherweise Anhang C ausfüllen.



**Was Sie möglicherweise für den Antrag brauchen**

- Sozialversicherungsnummer (Social Security Number) (oder Dokumentennummer für berechtigte Einwanderer, die Krankenversicherung benötigen).
- Arbeitgeber- und Einkommensinformationen für jede Person in Ihrem Haushalt (wie z. B. Lohnabrechnungen, W-2 Formulare oder Gehaltsausweise und Steuererklärungen).
- Versicherungsnummer für jede gegenwärtige Krankenversicherung.
- Informationen über alle arbeitsbedingten Krankenversicherungen, die für Ihren Haushalt verfügbar sind.



**Warum fragen wir nach diesen Informationen?**

Wir fragen nach Einkommen und anderen Informationen, um Ihnen sagen zu können zu welcher Krankenversicherung Sie berechtigt sind und ob Sie irgendwelche Hilfe erhalten können, um diese zu bezahlen. **Wir werden alle Informationen vertraulich und sicher behandeln, wie dies vom Gesetz vorgeschrieben ist.** Die Erklärung zum Datenschutz finden Sie auf [HealthCare.gov](https://HealthCare.gov) oder sehen Sie sich die Anleitungen an.



**Was passiert als nächstes?**

Fertigen Sie eine Kopie an und schicken Sie Ihren vollständigen, unterschriebenen Antrag an die Adresse auf Seite 8. **Wenn Sie nicht alle Informationen haben, die wir erbitten, unterzeichnen und reichen Sie Ihren Antrag dennoch ein.** Wir werden uns mit Ihnen innerhalb von 1-2 Wochen in Verbindung setzen und **Sie könnten einen Anruf vom Marketplace erhalten, wenn wir mehr Informationen benötigen.** Sie werden eine Berechtigungsmitteilung mit der Post erhalten, nachdem wir Ihren Antrag bearbeitet haben. Wenn Sie nicht von uns hören, kontaktieren Sie das Marketplace Callcenter. Dass Sie diesen Antrag ausgefüllt haben, bedeutet nicht, dass Sie Krankenversicherung haben.



**Für Hilfe mit diesem Antrag**

**Online:** [HealthCare.gov](https://HealthCare.gov).

- **Telefon:** Rufen Sie das Marketplace Callcenter unter **1-800-318-2596** an. Texttelefon-Benutzer sollten die Nummer **1-855- 889-4325** anrufen.
- **Persönlich:** Es könnte Antragsberater in Ihrem Gebiet geben, die helfen können. Besuchen Sie [HealthCare.gov](https://HealthCare.gov), oder rufen Sie das Marketplace Callcenter unter **1- 800-318-2596** an, um mehr Informationen zu erhalten.
- **Andere Sprachen:** Wenn Sie Hilfe in einer anderen Sprache als Englisch benötigen, rufen Sie **1-800-318-2596** an und sagen Sie dem Kundenberater, welche Sprache Sie benötigen. Wir geben Ihnen diese Hilfe kostenlos.

Sie haben das Recht, Ihre Informationen in einem zugänglichen Format zu erhalten, z. B. in Großdruck, Braille oder Audio. Sie haben auch das Recht, eine Beschwerde einzureichen, wenn Sie das Gefühl haben, diskriminiert worden zu sein. Besuchen Sie [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice](https://CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice) oder rufen Sie **1-800-318-2596** an. TTY-Nutzer können **1-855-889-4325** anrufen.

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**



Nur in Druckschrift und Großbuchstaben in schwarzer oder dunkelblauer Farbe ausfüllen.

Füllen Sie die Kreise (○) so aus → ●.

## Schritt 1: Informationen zu Ihrer Person.

(Wir benötigen einen Erwachsenen in Ihrem Haushalt als Kontaktperson für Ihren Antrag.)

1. Vorname	Mittelname	Nachname	Zusatz (Jun., Sen. usw.)
[Hatched area]			
2. Wohnadresse (Freilassen, wenn Sie keine haben.)			3. Wohnadresse 2
[Hatched area]			[Hatched area]
4. Stadt	5. Bundesstaat	6. Postleitzahl	7. Land
[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]
8. Postadresse (wenn verschieden von Wohnadresse)			9. Postanschrift 2
[Hatched area]			[Hatched area]
10. Stadt	11. Bundesstaat	12. Postleitzahl	13. Land
[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]
14. Telefonnummer		15. Zweite Telefonnummer	
[Hatched area]		[Hatched area]	
16. Möchten Sie Informationen über diesen Antrag per E-Mail erhalten?.....○ Ja ○ Nein			
Email address: [Hatched area]			
17. Bevorzugte Sprache: Schriftlich		Mündlich	
[Hatched area]		[Hatched area]	

## Schritt 2: Berichten Sie uns über Ihren Haushalt.

### Wen müssen Sie in diesen Antrag mit einschließen?

Füllen Sie die Seiten für Schritt 2 für jede Person in Ihrem Haushalt aus, selbst wenn diese Person schon Krankenversicherungsschutz hat. Die Informationen in diesem Antrag helfen uns dabei sicherzustellen, dass jeder den bestmöglichen Krankenversicherungsschutz erhält. Der Betrag der Hilfe oder die Art des Programms, zu dem Sie berechtigt sind, basiert auf der Anzahl der Personen in Ihrem Haushalt und Ihrem Haushaltseinkommen. Falls Sie jemanden nicht einbeziehen, selbst wenn diese Personen schon Krankenversicherungsschutz haben, könnten Ihre Berechtigungsergebnisse beeinträchtigt werden..

#### Für Erwachsene, die Krankenversicherung benötigen:

Schließen Sie auch die folgenden Personen ein, **selbst wenn diese nicht Krankenversicherung für sich selbst beantragen:**

- jeden Ehepartner
- Jeder Sohn oder jede Tochter unter 21 Jahren, mit denen sie wohnen, einschließlich Stiefkindern
- jede andere Person, die auf der Bundessteuererklärung (Federal Income Tax Return) erscheint (einschließlich jedem Kind, das über 21 Jahre alt ist und auf der Steuererklärung eines Elternteils geltend gemacht wird). Sie brauchen keine Steuererklärung abgeben, um eine Krankenversicherung zu erhalten.

#### Für Kinder unter 21 Jahren, die Krankenversicherung benötigen:

Schließen Sie auch die folgenden Personen ein, **selbst wenn diese nicht Krankenversicherung für sich selbst beantragen:**

- jedes Elternteil (oder Stiefelternteil) mit denen sie wohnen
- jedes Geschwister mit denen sie wohnen
- jeden Sohn oder jede Tochter mit denen Sie wohnen, einschließlich Stiefkindern
- Jeder Ehegatte, mit denen sie leben
- Jede andere Person auf der selben Bundessteuererklärung (Federal Tax Income Return). Sie brauchen keine Steuererklärung abgeben, um eine Krankenversicherung zu erhalten.

### Füllen Sie Schritt 2 für jede Person in Ihrem Haushalt aus.

Beginnen Sie mit sich selbst, fügen Sie dann andere Erwachsene und Kinder hinzu. Falls Sie mehr als 2 Personen in Ihrem Haushalt haben, müssen Sie eine Kopie der Seiten machen und diese beifügen.

Für Mitglieder des Haushalts, die keinen Krankenversicherungsschutz benötigen, brauchen Sie keinen Einwanderungsstatus oder eine Sozialversicherungsnummer (SSN) angeben. Wir werden alle von Ihnen bereitgestellten Informationen vertraulich und sicher aufbewahren, wie dies gesetzlich vorgeschrieben ist. Wir werden persönliche Informationen nur benutzen, um festzustellen, ob Sie zu Krankenversicherungsschutz berechtigt sind.



**BRAUCHEN SIE HILFE MIT IHREM ANTRAG?** Besuchen Sie [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), oder rufen Sie uns an unter **1-800-318-2596**. Wenn Sie Hilfe in einer anderen Sprache als Englisch benötigen, rufen Sie **1-800-318- 2596** an und sagen Sie dem Kundenberater, welche Sprache Sie benötigen. Wir geben Ihnen diese Hilfe kostenlos. Benutzer von Texttelefonen sollten **1-855-889- 4325** anrufen.





**Freiwillig:** (Die Angabe dieser Informationen hat keinen Einfluss auf die Anspruchsberechtigung, die Tarifoptionen oder die Kosten.)

**Füllen Sie alles Zutreffende aus.**

19. Rasse:

- Weißer  
  Schwarzer oder Afroamerikaner  
  indianischer Ureinwohner/Ureinwohner Alaskas  
  Filipino  
  Japaner  
  Koreaner  
  Inder  
  Chinese  
 Vietnamesische  
 anderer Asiate  
 eingeborener Hawaiianer  
 Guamanier oder Chamorro  
 Samoaner  
 Einwohner anderer Pazifischer Inseln  
 andere

**Wählen Sie eine Antwort.**

20. Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht (kann in Ihrer Geburtsurkunde nachgelesen werden):

- Weiblich  
 Männlich  
 Andere:   
 Ich weiß es nicht  
 Möchte nicht antworten

21. Aktuelles Geschlecht:

- Weiblich  
 Männlich  
 Transgender weiblich  
 Transgender männlich  
 Ein anderer Begriff:   
 Ich weiß es nicht  
 Möchte lieber nicht antworten

22. Sexuelle Orientierung:

- Bisexuell  
 Lesbisch oder schwul  
 Heterosexuell (nicht lesbisch oder schwul)  
 Ein anderer Begriff:   
 Ich weiß es nicht  
 Möchte lieber nicht antworten

**Schritt 2: PERSON 1 (Machen Sie mit sich selbst weiter.)**

**Informationen zum gegenwärtigen Einkommen und zur gegenwärtigen Arbeit**

- Erwerbstätig:** Falls Sie gegenwärtig beschäftigt sind, berichten Sie uns über Ihren Haushalt. Beginnen Sie mit Punkt 20.  
 **Nicht erwerbstätig:** Überspringen Sie bis zu Punkt 30.  
 **Selbstständig:** Überspringen Sie bis zu Punkt 29.

**Gegenwärtige Arbeit 1:**

20. Name des Arbeitgebers

a. Adresse des Arbeitgebers (optional)

b. Stadt

c. Bundesstaat

d. Postleitzahl (ZIP code)

21. Telefonnummer des Arbeitgebers

22. Löhne/Trinkgelder (vor Steuern)

\$

- Bezahlung pro Stunde  
 Bezahlung pro Woche  
 Bezahlung aller 2 Wochen  
 Bezahlung zwei Mal im Monat  
 Bezahlung pro Monat  
 Bezahlung pro Jahr

23. durchschnittliche Arbeitszeit jede WOCHE

**Gegenwärtige Arbeit 2:** (Wenn Sie zusätzliche Arbeit haben und mehr Platz benötigen, fügen Sie ein weiteres Blatt an.)

24. Name des Arbeitgebers

a. Adresse des Arbeitgebers (optional)

b. Stadt

c. Bundesstaat

d. Postleitzahl (ZIP code)

25. Telefonnummer des Arbeitgebers

26. Löhne/Trinkgelder (vor Steuern)

\$

- Bezahlung pro Stunde  
 Bezahlung pro Woche  
 Bezahlung aller 2 Wochen  
 Bezahlung zwei Mal im Monat  
 Bezahlung pro Monat  
 Bezahlung pro Jahr

27. durchschnittliche Arbeitszeit jede WOCHE

28. **Haben Sie im letzten Jahr:**  die Arbeit gewechselt  
 aufgehört zu arbeiten  
 damit angefangen weniger zu arbeiten  
 nichts davon

29. **Wenn Sie selbständig sind, beantworten Sie a und b:**

a. Art der Arbeit:

b. Wie viel Nettoverdienst (Gewinn nach Abzug der Geschäftskosten) werden Sie diesen Monat aus selbständiger Arbeit erhalten? Weiter zu den Anweisungen. \$

fortgesetzt auf der nächsten Seite



30. **Anderes Einkommen, dass Sie in diesem Monat erhalten:** Füllen Sie alles Zutreffende aus und geben Sie den Betrag und wie oft Sie ihn erhalten an. Füllen Sie hier aus, wenn nicht.  **BEACHTEN SIE:** Sie müssen Ihr Einkommen aus Kindesunterhalt, Zahlungen an Veteranen oder staatlichen Unterstützungszahlungen (Supplemental Security Income - SSI) nicht angeben.

<input type="radio"/> Arbeitslosengeld \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> erhaltene Unterhaltszahlungen ( <b>Hinweis:</b> Nur für Ehescheidungen, die vor dem 1. Januar 2019 finalisiert wurden.) \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Rente \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Nettoeinkommen aus Landbau/Fischerei \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Sozialversicherung \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Nettoeinkommen aus Vermietung/Nutzungsgebühren \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensionsrücklagen \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Anderes Einkommen, Art: <input type="text"/> \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>

31. **Abzüge:** Füllen Sie alles Zutreffende aus und geben Sie den Betrag und wie oft Sie ihn erhalten an. Wenn Sie für bestimmte Dinge bezahlen, die auf der Bundessteuererklärung geltend gemacht werden können, kann dies die Kosten für die Krankenversicherung ein wenig verringern.

Berücksichtigen Sie keine Unterhaltszahlungen für Kinder oder Kosten, die bereits bei Ihrer Antwort auf die Frage nach der Netto-Selbstständigkeit (Frage 29b) berücksichtigt wurden.

<input type="radio"/> gezahlter Unterhalt ( <b>Hinweis:</b> Nur für Ehescheidungen, die vor dem 1. Januar 2019 finalisiert wurden.) \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Andere Abzüge, Art: <input type="text"/> \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Zinsen auf Studienkredite \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>	

32. **Füllen Sie diese Frage aus, wenn sich Ihr Einkommen im Laufe des Jahres ändert**, z.B. wenn Sie nur einen Teil des Jahres arbeiten oder nur für bestimmte Monate eine Leistung erhalten. Wenn Sie keine Veränderungen Ihres monatlichen Einkommens erwarten, überspringen Sie zur nächsten Person.

Ihr gesamtes Einkommen <b>dieses Jahr</b> \$ <input type="text"/>	Ihr gesamtes Einkommen <b>nächstes</b> Jahr (falls Sie glauben, dass es sich unterscheiden wird) \$ <input type="text"/>	<input type="radio"/> Ausfüllen, falls Sie glauben, dass Ihr Einkommen schwer vorherzusehen sein wird.
--	---	--

Danke! Dies ist alles, was wir über Sie wissen müssen.



**Schritt 2: PERSON 2**

**BEACHTEN SIE:** Wenn dies Person keine Krankenversicherung benötigt, beantworten Sie nur Fragen 1-10 auf dieser Seite. Machen Sie eine Kopie der Seiten 5-6, wenn es mehr als 2 Personen in Ihrem Haushalt gibt.

Füllen Sie diese Seite für sich selbst, Ihren Ehepartner und Kinder, die mit Ihnen wohnen und/oder jeden aus, der auf Ihrer Bundessteuererklärung (Federal Income Tax Return) erscheint, wenn Sie eine abgeben. Falls Sie keine Einkommensteuererklärung einreichen, erinnern Sie sich daran, noch die Personen hinzuzufügen, die in Ihrem Haushalt leben. Siehe Seite 1 für mehr Informationen dazu, wer darin eingeschlossen ist.

1. Vorname	Mittelname	Nachname	Zusatz (Jun., Sen. usw.)
[Hatched input boxes]			

2. Beziehung zu PERSON 1? Weiter zu den Anweisungen.	3. Ist PERSON 2 verheiratet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	4. Geburtsdatum (Monat/Tag/Jahr) [Hatched input boxes]	5. Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
--	---	---	--

6. Sozialversicherungsnummer (SSN) [Hatched input boxes]

**★ Wir brauchen diese, wenn Sie Krankenversicherung für PERSON 2 wollen und PERSON 2 eine Sozialversicherungsnummer besitzt.**

7. Lebt PERSON 2 unter der gleichen Adresse wie Person 1? .....  Ja  Nein

**Wenn nicht**, listen Sie die Adresse auf: [Hatched input boxes]

8. **Plant PERSON 2 eine Bundessteuererklärung im NÄCHSTEN JAHR abzugeben?** (Sie können noch immer Krankenversicherung beantragen, selbst wenn PERSON 2 keine Bundessteuererklärung abgibt.)

**JA. Wenn ja**, beantworte Sie Punkte a bis c.       **NEIN. Wenn nicht**, überspringen Sie bis zu Punkt c..

a. Wird PERSON 2 eine gemeinsame Steuererklärung mit einem Ehepartner abgeben?.....  Ja  Nein

**Wenn ja**, geben Sie den Namen Ihres Ehepartners an: [Hatched input boxes]

b. Wird PERSON 2 irgendwelche unterhaltsberechtigten Angehörigen auf seiner oder ihrer Steuererklärung geltend machen? .....  Ja  Nein

**Wenn ja**, listen Sie Name(n) der unterhaltsberechtigten Angehörigen auf: [Hatched input boxes]

c. Wird PERSON 2 als ein unterhaltsberechtigter Angehöriger auf der Einkommenssteuererklärung eines Anderen geltend gemacht?.....  Ja  Nein

**Wenn ja**, führen Sie den Namen der Person auf, die die Steuererklärung einreicht: [Hatched input boxes]      Wie ist PERSON 2 mit dem Erklärenden verandt? [Hatched input boxes]

9. Ist PERSON 2 schwanger?.....  Ja  Nein      a. **Wenn ja**, wie viele Babys werden in dieser Schwangerschaft erwartet? [Hatched input box]

10. **Braucht PERSON 2 Krankenversicherung?** (Selbst wenn PERSON 2 eine Krankenversicherung hat, könnte es eine Krankenversicherung mit besserer Deckung oder zu einem niedrigeren Preis geben.)

**JA. Wenn ja**, beantworten Sie alle unten stehenden Fragen. **↓**       **NEIN. Wenn nicht**, überspringen Sie bis zu den Fragen bezüglich Einkommen auf Seite 5. Lassen Sie den Rest dieser Seite unausgefüllt. **→**

11. Hat PERSON 2 besondere Gesundheitsfürsorgebedürfnisse oder eine physische, mentale oder emotionale Gesundheitsbeeinträchtigung, die Beschränkungen bei Aktivitäten verursacht (wie z. B. Baden, Anziehen, tägliche Aufgaben, usw.) oder lebt sie in einer medizinischen Einrichtung oder einem Pflegeheim? .....  Ja  Nein

12. Ist PERSON 2 ein **US- Staatsbürger** (U.S. citizen) oder hat sie **US-Staatszugehörigkeit** (U.S. national)? .....  Ja  Nein

13. Ist PERSON 2 ein eingebürgerter **Staatsbürger** oder ist seine oder ihre **Staatsbürgerschaft** abgeleitet? (Das bedeutet, dass er oder sie außerhalb der USA geboren wurde.)

**JA. Wenn ja**, füllen Sie a und b aus.       **NEIN. Wenn nicht**, überspringen Sie bis zu Frage 14..

a. Ausländernummer (Alien number) [Hatched input boxes]	b. Zertifikatnummer [Hatched input boxes]
--	--

Nachdem Sie a und b ausgefüllt haben, überspringen Sie bis zu Frage 15.

14. **Wenn PERSON 2 kein US- Staatsbürger ist oder US- Staatszugehörigkeit besitzt**, hat er oder sie einen berechtigten Einwanderungsstatus?  **JA**. Tragen Sie die Dokumentenart und die ID-Nummer ein. Weiter zu den Anweisungen.

Einwanderungsdokumentenart: [Hatched input boxes]	Statusart (freiwillig): [Hatched input boxes]	Schreiben Sie den Namen von PERSON 2, wie er auf dem Einwanderungsdokument erscheint. [Hatched input boxes]
--	--	--

Ausländernummer (Alien number) oder I-94-Nummer [Hatched input boxes]	Kartenummer oder Passnummer [Hatched input boxes]
--	--

SEVIS ID oder Ablaufdatum (freiwillig) [Hatched input boxes]	Andere (Kategoriecode oder Ausstellungsland) [Hatched input boxes]
---	---

a. Andere (Kategoriecode oder Ausstellungsland).....  Ja  Nein

b. Ist PERSON 2 oder der Ehepartner oder ein Elternteil von PERSON 2 ein Veteran oder ein aktives Mitglied des US-Militärs? .....  Ja  Nein

15. Wünscht PERSON 2 Hilfe bei der Bezahlung von medizinischen Rechnungen aus den letzten 3 Monaten?.....  Ja  Nein

16. Wohnt PERSON 2 mit wenigsten einem Kind unter 19 Jahren und ist PERSON 2 die Hauptperson, die sich um dieses Kind kümmert? (Mit „ja“ ausfüllen, falls PERSON 2 oder deren Ehegatte sich um dieses Kind kümmern wird.) .....  Ja  Nein

17. Teilen Sie uns die Namen aller Kinder unter 19 Jahren, die mit PERSON 2 in deren Haushalt leben, und deren Beziehung zu diesen mit: (Diese können die selben Kinder sein, die auf Seite 2 aufgelistet sind.)

[Hatched input boxes]

War PERSON 2 in einer Pflegefamilie im Alter von 18 Jahren oder darüber? .....  Ja  Nein

**Beantworten Sie diese Fragen, falls PERSON 2 22 oder jünger ist.**

18. Hatte PERSON 2 Versicherung durch eine Arbeit und hat sie diese innerhalb der letzten 3 Monate verloren?.....  Ja  Nein

a. **Wenn ja**, geben Sie das Enddatum an: [Hatched input boxes]      b. Grund aus dem die Versicherung endete: [Hatched input boxes]

19. Ist PERSON 2 ein Vollzeitstudent?.....  Ja  Nein

fortgesetzt auf der nächsten Seite



**Freiwillig:** (Die Angabe dieser Informationen hat keinen Einfluss auf die Anspruchsberechtigung, die Tarifoptionen oder die Kosten.)

**Füllen Sie alles Zutreffende aus.**

21. Rasse:

- Weißer  
  Schwarzer oder Afroamerikaner  
  indianischer Ureinwohner/Ureinwohner Alaskas  
  Filipino  
  Japaner  
  Koreaner  
  Inder  
  Chinese  
 Vietnamesische  
 anderer Asiate  
 eingeborener Hawaiianer  
 Guamanier oder Chamorro  
 Samoaner  
 Einwohner anderer Pazifischer Inseln  
 andere

**Wählen Sie eine Antwort.**

22. Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht (kann in der Geburtsurkunde von PERSON 2 gefunden werden):

- Weiblich  
 Männlich  
 Andere:   
 Ich weiß es nicht  
 Möchte nicht antworten

23. Aktuelles Geschlecht:

- Weiblich  
 Männlich  
 Transgender weiblich  
 Transgender männlich  
 Ein anderer Begriff:   
 Ich weiß es nicht  
 Möchte lieber nicht antworten

24. Sexuelle Orientierung:

- Bisexuell  
 Lesbisch oder schwul  
 Heterosexuell (nicht lesbisch oder schwul)  
 Ein anderer Begriff:   
 Ich weiß es nicht  
 Möchte lieber nicht antworten

**Schritt 2: PERSON 2**

Teilen Sie uns alles Einkommen mit, das PERSON 2 erhält.  
 Füllen Sie diese Seite aus, selbst wenn PERSON 2 keine Krankenversicherung benötigt.

**Informationen zum gegenwärtigen Einkommen und zur gegenwärtigen Arbeit**

- Erwerbstätig:** Wenn PERSON 2 gegenwärtig erwerbstätig ist, teilen Sie uns sein/ihr Einkommen mit. Beginnen Sie mit Frage 22.  
 **Nicht erwerbstätig:** Überspringen Sie zu Frage 32.  
 **Selbstständig:** Überspringen Sie zu Frage 31.

**Gegenwärtige Arbeit 1:**

22. Name des Arbeitgebers

a. Adresse des Arbeitgebers (optional)

b. Stadt

c. Bundesstaat

d. Postleitzahl (ZIP code)

23. Telefonnummer des Arbeitgebers

24. Löhne/Trinkgelder (vor Steuern)

\$

- Bezahlung pro Stunde  
 Bezahlung pro Woche  
 Bezahlung aller 2 Wochen  
 Bezahlung zwei Mal im Monat  
 Bezahlung pro Monat  
 Bezahlung pro Jahr

25. durchschnittliche Arbeitszeit jede WOCHE

**Gegenwärtige Arbeit 2:** (Wenn PERSON 2 mehr Arbeit hat, fügen Sie noch ein Blatt an.)

26. Name des Arbeitgebers

a. Adresse des Arbeitgebers (optional)

b. Stadt

c. Bundesstaat

d. Postleitzahl (ZIP code)

27. Telefonnummer des Arbeitgebers

28. Löhne/Trinkgelder (vor Steuern)

\$

- Bezahlung pro Stunde  
 Bezahlung pro Woche  
 Bezahlung aller 2 Wochen  
 Bezahlung zwei Mal im Monat  
 Bezahlung pro Monat  
 Bezahlung pro Jahr

29. durchschnittliche Arbeitszeit jede WOCHE

30. **Hat PERSON 2 im letzten Jahr:**  die Arbeit gewechselt  
 aufgehört zu arbeiten  
 damit angefangen weniger zu arbeiten  
 nichts davon

31. Wenn PERSON 2 selbstständig ist, a und b ausfüllen:

a. Art der Arbeit:

b. Wie viel Nettoeinkommen (Gewinn nach Abzug der Geschäftskosten) wird PERSON 2 in diesem Monat aus selbstständiger Arbeit haben? Weiter zu den Anweisungen.

\$

fortgesetzt auf der nächsten Seite



32. **Anderes Einkommen, dass PERSON 2 in diesem Monat hat:** Füllen Sie alles Zutreffende aus und geben Sie den Betrag an und wie oft PERSON 2 ihn erhält. Füllen Sie hier aus, wenn nicht.  **BEACHTEN SIE:** Sie müssen das Einkommen von PERSON 2 aus Kindesunterhalt, Zahlungen an Veteranen oder staatlichen Unterstützungszahlungen (Supplemental Security Income - SSI) **nicht** angeben.

<input type="radio"/> Arbeitslosengeld \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> erhaltene Unterhaltszahlungen ( <b>Hinweis:</b> Nur für Ehescheidungen, die vor dem 1. Januar 2019 finalisiert wurden.) \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Rente \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Nettoeinkommen aus Landbau/Fischerei \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Sozialversicherung \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Nettoeinkommen aus Vermietung/Nutzungsgebühren \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensionsrücklagen \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Anderes Einkommen, Art: <input type="text"/> \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>

33. **Abzüge:** Füllen Sie alles Zutreffende aus und geben Sie den Betrag an und wie oft PERSON 2 ihn erhält. Wenn PERSON 2 für bestimmte Dinge bezahlt, die auf der Bundessteuererklärung geltend gemacht werden können, kann dies die Kosten für die Krankenversicherung ein wenig verringern, wenn Sie uns diese angeben. Berücksichtigen Sie keine Unterhaltszahlungen für Kinder, die PERSON 2 leistet, oder Kosten, die bereits in der Antwort auf die Netto-Selbständigkeit (Frage 31b) berücksichtigt

<input type="radio"/> gezahlter Unterhalt ( <b>Hinweis:</b> Nur für Ehescheidungen, die vor dem 1. Januar 2019 finalisiert wurden.) \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Andere Abzüge, Art: <input type="text"/>
<input type="radio"/> Zinsen auf Studienkredite \$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> Wie oft? <input type="text"/>

34. **Beantworten Sie diese Frage nur,** wenn sich das Einkommen von PERSON 2 über das Jahr hinweg verändert, wenn PERSON 2 zum Beispiel eine Arbeit nur für einen Teil des Jahres macht oder eine Zuwendung nur in bestimmten Monaten erhält. Wenn PERSON 2 keine Änderungen ihres monatlichen Einkommens erwartet, gehen Sie zur nächsten Person über.

Gesamtes Einkommen von PERSON 2 <b>dieses Jahr</b> \$ <input type="text"/>	Gesamtes Einkommen von PERSON 2 <b>nächstes Jahr</b> \$ <input type="text"/> <input type="radio"/> Ausfüllen, falls Sie glauben, dass Ihr Einkommen schwer vorherzusehen sein wird.
---	--

Danke! Dies ist alles, was wir über PERSON 2 wissen müssen.





### Schritt 3: Mitglied(er) des Haushalts, der/die Indianer oder Ureinwohner Alaskas ist/sind

1. Sind Sie oder ist jemand in Ihrem Haushalt Indianer oder Ureinwohner Alaskas?

- NEIN. Wenn nicht, fahren Sie mit Schritt 4 fort.  JA. Wenn ja, fahren Sie mit Schritt 4 fort und füllen Sie auch Anlage B aus und fügen Sie diese Ihrem Antrag bei.

### Schritt 4: Krankenversicherungsschutz Ihres Haushalts

1. Wurde in den letzten 90 Tagen irgendjemand auf diesem Antrag als nicht berechtigt zu Medicaid oder das Kinderkrankenversicherungsprogramm (Children's Health Insurance Program - CHIP) befunden?. (Wählen Sie nur 'Ja' aus, wenn jemand durch Ihren Bundesstaat, nicht durch den Marketplace, als nicht berechtigt für diesen Versicherungsschutz befunden wurde.) .....  Ja  Nein

Wer?  Datum:

Oder wurde irgendjemand auf diesem Antrag in den letzten 5 Jahren als nicht berechtigt zu Medicaid oder das Kinderkrankenversicherungsprogramm (Children's Health Insurance Program - CHIP) befunden?.....  Ja  Nein

Wer?

Hat irgendjemand auf diesem Antrag Versicherungsschutz während des offenen Abschlusszeitraums (Marketplace Open Enrollment Period) oder nach einem qualifizierenden Lebensereignis beantragt?.....  Ja  Nein

Wer?

2. Wird irgendjemandem, der auf diesem Antrag aufgelistet ist, Krankenversicherung durch eine Arbeit angeboten? Markieren Sie 'Ja', selbst wenn dies die Krankenversicherung durch die Arbeit eines Anderen, wie einem Elternteil oder einem Ehepartner ist, oder wenn diese diese Krankenversicherung nicht akzeptieren. Überprüfen Sie, ob der einzige angebotene Versicherungsschutz COBRA ist.

- JA. Fahren Sie fort und füllen Sie dann Anlage A aus.  NEIN.  
Falls ja, ist dies ein bundesstaatlicher Leistungsplan? .....  Ja  Nein

Wird irgendjemandem, der auf Ihrem Antrag aufgelistet ist, ein individual coverage Health Reimbursement Arrangement (HRA) oder ein Qualified Small Employer HRA (QSEHRA) angeboten? .....  Ja  Nein

3. Hat gegenwärtig irgendjemand Krankenversicherung?

- JA. Wenn ja, fahren Sie mit Frage 4 fort.  NEIN. Wenn nicht, ÜBERSPRINGEN Sie bis zum Schritt 5.

4. Informationen zu Ihrer gegenwärtigen Krankenversicherung. (Machen Sie eine Kopie dieser Seite, wenn gegenwärtig mehr als 2 Personen Krankenversicherung haben.) Geben Sie die Art der Krankenversicherung an, wie Versicherung durch Arbeitgeber, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, Tricare, Krankenversicherungsprogramm der VA (Veteranenangelegenheiten), Peace Corps, oder andere. (Geben Sie TRICARE nicht an, wenn Sie Direct Care oder Line of Duty haben.)

**PERSON 1:**

Name der Person, die Krankenversicherung hat

Art der Versicherung:  
 Versicherung durch Arbeitgeber  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  VA (Veteranenangelegenheiten)  
 Krankenversicherungsprogramm  Peace Corps  andere

Wenn es die Versicherung durch Arbeitgeber ist: (Sie müssen auch Anlage A ausfüllen.)

Name des Krankenversicherungsunternehmens <input type="text"/>	Policen-/ID-Nummer <input type="text"/>
---	--

Wenn es eine andere Krankenversicherung ist:  Bitte ausfüllen, wenn es sich um Marketplace-Krankenversicherungsschutz handelt.

Name des Krankenversicherungsunternehmens <input type="text"/>	Policen-/ID-Nummer <input type="text"/>
---	--

Ist dies eine Versicherung mit begrenzter Deckung, wie eine Police für Schulunfälle? .....  Ja  Nein

**PERSON 2:**

Name der Person, die Krankenversicherung hat

Art der Versicherung:  
 Versicherung durch Arbeitgeber  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  VA (Veteranenangelegenheiten)  
 Krankenversicherungsprogramm  Peace Corps  andere

Wenn es die Versicherung durch Arbeitgeber ist: (Sie müssen auch Anlage A ausfüllen.)

Name des Krankenversicherungsunternehmens <input type="text"/>	Policen-/ID-Nummer <input type="text"/>
---	--

Wenn es eine andere Krankenversicherung ist:  Bitte ausfüllen, wenn es sich um Marketplace-Krankenversicherungsschutz handelt.

Name des Krankenversicherungsunternehmens <input type="text"/>	Policen-/ID-Nummer <input type="text"/>
---	--

Ist dies eine Versicherung mit begrenzter Deckung, wie eine Police für Schulunfälle? .....  Ja  Nein



## Schritt 5: Ihre Einverständniserklärung & Unterschrift

1. Erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Marketplace für die nächsten 5 Jahre Ihre Einkommensdaten, einschließlich der Informationen von Steuererklärungen, nutzt? .....  Ja  Nein

Um die Bestimmung Ihrer Berechtigung zu Hilfe bei der Bezahlung für Versicherungsschutz in zukünftigen Jahren zu erleichtern, können Sie sich damit einverstanden erklären, es dem Marketplace zu gestatten, aktualisierte Einkommensdaten zu benutzen, einschließlich von Informationen aus Steuererklärungen. Der Marketplace wird eine Mitteilung schicken und Sie die Änderungen vornehmen lassen. Der Marketplace wird eine Überprüfung vornehmen, um sicherzustellen, dass Sie noch berechtigt sind und könnte Sie bitten, zu bestätigen, das Ihr Einkommen Sie noch berechtigt Sie können sich jederzeit abmelden.

Wenn nicht, aktualisieren Sie meine Informationen für die nächsten:  5 Jahre  4 Jahre  3 Jahre  2 Jahre  1 Jahre

Benutzen Sie meine Steuerdaten nicht, um meine Berechtigung zu Hilfe bei der Bezahlung von Krankenversicherung zu erneuern (die Auswahl dieser Option könnte Ihre Möglichkeit, Hilfe zur Bezahlung der Krankenversicherung zum Erneuerungszeitpunkt beeinflussen).

2. Beantragt irgendjemand Krankenversicherung auf diesem Antrag für jemanden, der inhaftiert ist (Untersuchungs- oder Schutzhaft oder Gefängnis)? .....  Ja  Nein

Wenn ja, geben Sie den Namen der Person an. Der Name der inhaftierten Person ist:

Füllen Sie hier aus, wenn der Fall dieser Person vor einer Entscheidung steht.

Falls jemand auf Ihrem Antrag gegenwärtig Versicherungsschutz durch den Marketplace erhält und es sich im Nachhinein herausstellt, dass diese Person andere qualifizierenden Krankenversicherungsschutz hat (wie z. B. Medicare, Medicaid oder CHIP), wird der Marketplace automatisch deren Versicherungsschutz durch den Marketplaceplan beenden. Dies wird dabei helfen sicherzustellen, dass jede Person, von der sich herausstellt, dass sie anderen qualifizierenden Versicherungsschutz hat, nicht im Versicherungsschutz des Marketplace verbleibt und die vollen Kosten tragen muss.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dem Marketplace zu erlauben, den Versicherungsschutz des Marketplace der Personen auf meinem Antrag in dieser Situation zu beenden..
- Ich gebe dem Marketplace nicht die Erlaubnis, den Versicherungsschutz des Marketplace in dieser Situation zu beenden. Ich verstehe, dass die betroffenen Personen auf meinem Antrag nicht länger zu finanzieller Hilfe berechtigt sind und die vollen Kosten für ihren Marketplaceplan bezahlen müssen..

### Wenn irgendjemand auf diesem Antrag zu Medicaid berechtigt ist:

- Ich übertrage der Medicaidbehörde unsere Rechte die Zahlung jeglicher Gelder von anderen Krankenversicherungen, aus Beilegungen von Rechtsstreitigkeiten oder von anderen dritten Parteien zu verfolgen und zu empfangen. Ich übertrage der Medicaidbehörde ebenfalls das Recht die Zahlung medizinischer Unterstützung von einem Ehepartner oder einem Elternteil zu verfolgen und zu empfangen.
- Hat ein Kind auf diesem Antrag ein Elternteil, dass außerhalb des Wohnsitzes wohnt? .....  Ja  Nein
- Wenn ja, weiß ich, dass ich gebeten werde, mit der Behörde zu kooperieren, die Zahlungen für medizinische Unterstützung von einem abwesenden Elternteil eintreibt. Wenn ich glaube, dass Kooperation zur Eintreibung von Zahlungen für medizinische Unterstützung mir oder meinen Kindern schaden kann, kann ich dies Medicaid mitteilen und muss möglicherweise nicht kooperieren.
- Ich unterschreibe diesen Antrag unter Androhung der Strafe bei Meineid, was bedeutet, dass ich wahrheitsgemäße Antworten auf alle Fragen auf diesem Formular nach meinem besten Wissen gegeben habe. Ich weiß, dass ich mit strafrechtlicher Verfolgung rechnen muss, wenn ich falsche oder unwahre Angaben mache.
- Ich weiß, dass ich dem Krankenversicherungsmarketplace (Health Insurance Marketplace\*) innerhalb von 30 Tagen mitteilen muss, wenn Änderungen auftreten (und diese verschieden von dem sind, was ich auf dem Antrag geschrieben habe). Ich kann [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) besuchen oder **1- 800-318-2596** anrufen, um alle Änderungen anzuzeigen. Ich verstehe das eine Änderungen meiner Informationen meine Berechtigung und die Berechtigungen eines Mitglieds/von Mitgliedern meines Haushalts beeinflussen kann.
- Ich weiß, dass nach Bundesrecht, Diskriminierung auf der Grundlage von Rasse, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität oder Behinderung nicht erlaubt ist. Ich kann eine Beschwerde wegen Diskriminierung einreichen, indem ich [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](http://HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint) besuche.
- Ich weiß, dass Informationen auf diesem Formular nur für die Bestimmung der Berechtigung zu Krankenversicherung und Hilfe für die Bezahlung von Krankenversicherung und für gesetzliche Zwecke des Marketplace und der Programme für die Hilfe bei der Bezahlung von Krankenversicherung benutzt werden.

Wir benötigen diese Informationen, um Ihre Berechtigung zu Hilfe bei der Bezahlung von Krankenversicherungsschutz zu überprüfen, falls Sie sich dazu entscheiden, einen Antrag zu stellen. Wir werden Ihre Antworten mit den Informationen in unseren elektronischen Datenbanken der Steuerbehörde, Sozialversicherung, des Heimatschutzministeriums und/oder einer Kreditauskunftei überprüfen. Falls die Informationen nicht übereinstimmen, könnten wir Sie bitten, uns Bestätigung zu senden.

### Was soll ich tun, wenn ich denke, dass mein Berechtigungsmittel falsch ist?

Nachdem wir Ihren Antrag bearbeitet haben, erhalten Sie per Post einen Berechtigungsbescheid. In vielen Fällen können Sie einen Widerspruch einlegen, wenn Sie nicht mit dem übereinstimmen, wozu Sie berechtigt sind. Überprüfen Sie die Berechtigungsmittel, um Anweisungen zur Einlegung von Rechtsbehelfen zu erhalten, die spezifisch für jede Person in Ihrem Haushalt sind welche Versicherungsschutz beantragt, einschließlich dessen, wie viele Tage Sie haben, um den Rechtsbehelf einzulegen. Hier sind wichtige Informationen, die Sie bei der Einlegung eines Widerspruchs bedenken sollten:

- Sie können jemand anderen den Widerspruch für Sie einlegen oder sich an Ihrem Widerspruch beteiligen lassen. Diese Person kann ein Freund, ein Verwandter, ein Anwalt oder ein anderes Individuum sein. Sie können Ihren eigenen Widerspruch auch allein einlegen.
- Wenn Sie einen Widerspruch einlegen, könnten Sie Ihre Berechtigung zur Krankenversicherung für die Dauer des Widerspruchsverfahrens behalten.
- Das Ergebnis des Widerspruchsverfahrens könnte die Berechtigung anderer Mitglieder Ihres Haushalts verändern.

Um einen Widerspruch gegen Ihre Marketplace-Berechtigung einzulegen, besuchen Sie [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](http://HealthCare.gov/marketplace-appeals/). Oder rufen Sie das Call Center des Marketplace unter **1- 800-318-2596** an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer **1-855-889-4325** anrufen. Sie können auch eine Widerspruchsformular oder Ihren Widerspruch in Form eines Briefes an **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 einschicken. Sie können Widerspruch zur Berechtigung zum Kauf von Krankenversicherung durch den Marketplace, Anmeldefristen, Steuergutschriften, Kostenteilungsverringerungen, Medicaid und CHIP einlegen, wenn Ihnen diese verweigert wurden. Wenn Sie zu Steuergutschriften oder Kostenteilungsverringerungen berechtigt sind, können Sie Widerspruch gegen den Betrag einlegen, für den wir Sie als berechtigt bestimmt haben. Abhängig von Ihrem Bundesstaat, könnten Sie den Widerspruch durch den Marketplace oder die Medicaid- oder CHIP-Behörde des Bundesstaates einlegen.

**PERSON 1 sollte diesen Antrag unterschreiben.** Wenn Sie ein bevollmächtigter Vertreter sind, dürfen Sie hier unterschreiben, so lange PERSON 1 den Anhang C unterschrieben hat.

Unterschrift

Unterschriftsdatum (Monat/Tag/Jahr)

Wenn Sie diesen Antrag außerhalb des Anmeldezeitraums (Open Enrollment, zwischen 1. November und 15. Januar) unterschreiben, stellen Sie sicher, dass Sie Anhang D ("Fragen zu Veränderungen von Lebensumständen") überprüfen.

**BRAUCHEN SIE HILFE MIT IHREM ANTRAG?** Besuchen Sie [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov), oder rufen Sie uns an unter **1-800-318-2596**. Wenn Sie Hilfe in einer anderen Sprache als Englisch benötigen, rufen Sie **1-800-318- 2596** an und sagen Sie dem Kundenberater, welche Sprache Sie benötigen. Wir geben Ihnen diese Hilfe kostenlos. Benutzer von Texttelefonen sollten **1-855-889- 4325** anrufen.



## Schritt 5: Schicken Sie den ausgefüllten Antrag mit der Post



Schicken Sie den ausgefüllten Antrag mit der Post an:

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



Wenn Sie sich zur Wahl anmelden wollen, können Sie Ihr Wählerregistrierungsformular unter [Vote.gov](https://www.vote.gov) ausfüllen.

## Hilfe in einer anderen Sprache als Englisch erhalten

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Krankenversicherungs-Marketplace (Health Insurance Marketplace) haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer **1-800-318-2596** an.

Hier ist eine Liste der verfügbaren Sprachen und die gleiche Mitteilung, die oben angegeben ist, in diesen Sprachen:

### 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 مجاناً. 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.

**Offenlegungserklärung zum Gesetz zur Vermeidung unnötiger Formulare:** Entsprechend dem Gesetz zur Vermeidung unnötiger Formulare von 1995, ist niemand verpflichtet auf eine Informationssammlung zu antworten, es sein denn, das diese mit einer gültigen OMB Kontrollnummer versehen ist. Die gültige OMB Kontrollnummer für diese Informationssammlung ist 0938-1191. Die zum Ausfüllen dieser Informationssammlung benötigte Zeit wird auf 45 Minuten pro Antwort geschätzt, einschließlich der Zeit zur Ansicht der Anleitungen, Suche nach Datenquellen, Sammlung der Informationen und dem Ausfüllen und der Überprüfung der Informationssammlung. Wenn Sie Bemerkungen bezüglich der Zeitschätzung(en) oder Vorschläge zur Verbesserung dieses Formulars haben, schreiben Sie bitte an: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



**BRAUCHEN SIE HILFE MIT IHREM ANTRAG?** Besuchen Sie [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), oder rufen Sie uns an unter **1-800-318-2596**. Wenn Sie Hilfe in einer anderen Sprache als Englisch benötigen, rufen Sie **1-800-318-2596** an und sagen Sie dem Kundenberater, welche Sprache Sie benötigen. Wir geben Ihnen diese Hilfe kostenlos. Benutzer von Texttelefonen sollten **1-855-889-4325** anrufen.

## Hilfe in einer anderen Sprache als Englisch erhalten (Fortgesetzt)

### 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、通訳とお話してください。

**Offenlegungserklärung zum Gesetz zur Vermeidung unnötiger Formulare:** Entsprechend dem Gesetz zur Vermeidung unnötiger Formulare von 1995, ist niemand verpflichtet auf eine Informationssammlung zu antworten, es sein denn, das diese mit einer gültigen OMB Kontrollnummer versehen ist. Die gültige OMB Kontrollnummer für diese Informationssammlung ist 0938-1191. Die zum Ausfüllen dieser Informationssammlung benötigte Zeit wird auf 45 Minuten pro Antwort geschätzt, einschließlich der Zeit zur Ansicht der Anleitungen, Suche nach Datenquellen, Sammlung der Informationen und dem Ausfüllen und der Überprüfung der Informationssammlung. Wenn Sie Bemerkungen bezüglich der Zeitschätzung(en) oder Vorschläge zur Verbesserung dieses Formulars haben, schreiben Sie bitte an: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



## Anhang A: Krankenversicherung durch Arbeit

Sie müssen diese Fragen **nicht** beantworten, es sei denn, dass jemand in Ihrem Haushalt zu Krankenversicherung durch die Arbeit berechtigt ist, selbst wenn sie diese Krankenversicherung nicht nutzen. Sie brauchen diese Fragen nicht zu beantworten, falls COBRA der einzige Versicherungsschutz ist, der einer Person angeboten wird. Fügen Sie eine Kopie dieser Seite für jede Arbeit an, die Krankenversicherung anbietet.

### Informationen zur Arbeit, die die Krankenversicherung anbietet.

Machen Sie eine Kopie dieser Seite und bringen Sie diese zum Arbeitgeber, der Krankenversicherung anbietet, um dessen Hilfe bei der Beantwortung dieser Fragen zu erhalten.

#### Informationen des arbeitnehmers

1. Name des Angestellten (Vorname, Mittelname, Nachname)	2. Sozialversicherungsnummer des Angestellten (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Informationen des arbeitgebers

3. Name des Arbeitgebers/Unternehmens	
<input type="text"/>	
4. Arbeitgeberidentifikationsnummer (EIN)	5. Telefonnummer des Arbeitgebers
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Geben Sie jetzt die Informationen der Person oder Abteilung ein, die Angestelltenvergünstigungen (Employee Benefits) verwalten. Wir könnten diese Person kontaktieren, falls wir mehr Informationen benötigen:

6. Person oder Abteilung, die wir bezüglich Angestelltenkrankversicherung (Employee Health Coverage) kontaktieren können		
<input type="text"/>		
7. Adresse des Arbeitgebers (der Marketplace könnte Mitteilungen an diese Adresse senden)		
<input type="text"/>		
8. Stadt	9. Bundesstaat	10. ZIP code
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Telefonnummer (wenn anders als oben angegeben)	12. E-Mail-Adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. Ist der Arbeitnehmer gegenwärtig zu Krankenversicherung durch diesen Arbeitgeber berechtigt oder wird der Arbeitnehmer innerhalb der nächsten 3 Monate zu Krankenversicherung durch diesen Arbeitnehmer berechtigt sein? Wählen Sie nur „ja“ aus, falls diese ein Angebot für Versicherungsschutz zu Beginn des nächsten Monats haben, oder ab dem 1. Januar, falls der Antrag während des offenen Abschlusszeitraums gestellt wird (1. November - 15. Januar).

- JA (Fortfahren)     NEIN (ARBEITGEBER: STOP und geben Sie dieses Formular an den Angestellten zurück.  
ANGESTELLTER: gehen Sie zu Ihrer Applikation für Marketplace-Versicherungsschutz zurück.)

#### Bietet der Arbeitgeber einen Krankenversicherungsplan an, der den Ehepartner oder die familienversicherbaren Angehörigen versichert?

- JA. Wenn ja, welchen Personen?     Ehepartner     Familienversicherbare Angehörige     NEIN (Weiter zu Frage 14.)

#### Listen Sie die Namen aller anderen Personen auf, die im Haushalt des Angestellten zu Versicherungsschutz durch diesen Arbeitsplatz berechtigt sind.

Name

Name

Name

fortgesetzt auf der nächsten Seite




**Geben Sie die billigste Krankenversicherung an, die dieser Arbeitgeber anbietet.**

14. Bietet Ihr Arbeitgeber eine Krankenversicherung an, die dem Mindestwertstandard\* (minimum value standard\*) entspricht?

**JA** (Weiter zu Frage 15.)  **NEIN** (STOP und geben Sie dieses Formular an den Angestellten zurück.)


15. Wie viel würde der Angestellte bezahlen müssen, um den Plan mit den geringsten Kosten zu bezahlen, der **nur dem Angestellten** angeboten wird, welcher den Minimalwertstandard\* einhält? Schließen Sie Familienversicherungspläne nicht mit ein.

a. Der Angestellte würde diese Versicherungsprämie bezahlen: \$ 

**HINWEIS:** Geben Sie den niedrigsten Betrag ein, den der Angestellte für Krankenversicherungsschutz bezahlen könnte.

b. Der Angestellte würde diesen Betrag bezahlen:  Bezahlung pro Woche  Bezahlung aller 2 Wochen  Bezahlung zwei Mal im Monat  
 Bezahlung ein Mal im Monat  Bezahlung pro Vierteljahr  Bezahlung pro Jahr

16. **Wenn bezüglich Frage 13 weitere Mitglieder des Haushalts aufgeführt sind:** Wie viel würde der Arbeitnehmer für die günstigste Versicherung bezahlen, die Deckung für den Arbeitnehmer selbst und die unter Frage 13 aufgeführten Haushaltsmitglieder bieten würde? Wenn der Arbeitgeber Wellness-Programme anbietet, geben Sie bitte die Prämie ein, die der Arbeitnehmer zahlen würde, wenn der Arbeitnehmer den maximalen Rabatt für ein Raucherentwöhnungsprogramm erhalten würde und sonst keine Rabatte aus Programmen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden beanspruchen kann.

a. Der Angestellte würde diese Versicherungsprämie bezahlen: \$ 

b. Der Angestellte würde diesen Betrag bezahlen:  Bezahlung pro Woche  Bezahlung aller 2 Wochen  Bezahlung zwei Mal im Monat  
 Bezahlung ein Mal im Monat  Bezahlung pro Vierteljahr  Bezahlung pro Jahr

\* Ein Krankenversicherungsplan hält den Minimalwertstandard ein, wenn er wenigstens 60 % der gesamten Kosten für medizinische Dienstleistungen für eine Normalbevölkerung deckt und substantiellen Versicherungsschutz für Krankenhaus- und Arztdienstleistungen bietet. Die meisten Arbeitsplatz-basierten Pläne halten diesen Minimalwertstandard ein.



## Anhang B

---



## Anhang C: Hilfe bei der Fertigstellung dieses Antrags

### Nur für geprüfte Antragsberater, Lotsen, Agenten und Broker

Füllen Sie diesen Abschnitt aus wenn Sie ein geprüfter Antragsberater, Lotse, Agent oder Broker sind und diesen Antrag für jemand anders ausfüllen.

1. Startdatum des Antrags (Monat, Tag, Jahr)	
<input type="text"/>	
2. Vorname, Mittelname, Nachname, Zusatz	
<input type="text"/>	
3. Name der Organisation	
<input type="text"/>	
4. ID-Nummer (wenn zutreffend)	5. Nur Agenten/Broker: NPN-Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Sie können einen bevollmächtigten Vertreter wählen.

Sie können einer Person Ihres Vertrauens die Genehmigung erteilen mit uns über diesen Antrag zu sprechen, Ihre Informationen anzusehen und für Sie, bezüglich mit diesem Antrag verbundenen Sachen zu handeln, einschließlich dem Erhalt von Informationen über Ihren Antrag und der Unterschrift unter Ihren Antrag in Ihrem Namen. Diese Person wird "bevollmächtigter Vertreter" genannt. Wenn Sie jemals Ihren bevollmächtigten Vertreter ändern müssen, kontaktieren Sie den Marketplace. Wenn Sie der gesetzliche Vertreter für jemand bezüglich dieses Antrags sind, reichen Sie (einen) Beweis(e) dazu mit diesem Antrag ein.

1. Name des gesetzlichen Vertreters (Vorname, Mittelname, Nachname)		
<input type="text"/>		
2. Adresse		3. Wohnadresse 2
<input type="text"/>		<input type="text"/>
4. Stadt	5. Bundesstaat	6. Postleitzahl (ZIP code)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Telefonnummer		
<input type="text"/>		
8. Name der Organisation		
<input type="text"/>		
9. ID-Nummer (wenn zutreffend)		
<input type="text"/>		

Durch Ihre Unterschrift erlauben Sie dieser Person Ihren Antrag in Ihrem Namen zu unterschreiben, offizielle Informationen zu diesem Antrag zu erhalten und für Sie bezüglich allen zukünftigen, mit diesem Antrag verbundenen Sachen zu handeln.

<b>10. Unterschrift von PERSON 1, die auf diesem Antrag aufgelistet ist</b> <input type="text"/>	<b>11. Unterschriftsdatum (Monat/Tag/Jahr)</b> <input type="text"/>
---	--





## Anhang D: Fragen zu Veränderungen von Lebensumständen

**(Sie müssen den Rest dieses Antrags zusammen mit dieser Seite einreichen. Reichen Sie diese Seite nicht allein ein.)**

Falls eine Person auf diesem Antrag bestimmte lebensverändernde Ereignisse - wie z. B. den Verlust von Krankenversicherungsschutz, Heirat oder die Geburt eines Kindes - innerhalb der letzten 60 Tage hatte (oder solche in den nächsten 60 Tagen erwartet), füllen Sie diese Seite aus und legen Sie diese Ihrem ausgefüllten, unterschriebenen Antrag bei. Bestimmte lebensverändernde Lebensereignisse ermöglichen es, dass Versicherungsschutz durch den Marketplace unmittelbar beginnt. Wir empfehlen auch, dass Sie diese Fragen beantworten, falls Sie den Antrag außerhalb des jährlichen offenen Abschlusszeitraums (Open Enrollment Period) stellen (1. November - 15. Januar).

Die Beantwortung dieser Fragen ist freiwillig. Wenn sich Ihre Lebensumstände nicht verändert haben, können Sie diese Fragen unausgefüllt lassen. Sie können sich für Medicare und das Kinderkrankenversicherungsprogramm (Children's Health Insurance Program - CHIP) zu jeder Zeit des Jahres anmelden, selbst wenn bei Ihnen keine Veränderung von Lebensumständen vorliegt. Mitglieder von durch die amerikanische Bundesregierung anerkannten Stämmen und Anteilseignern der Gesellschaften der Ureinwohner Alaskas (Alaska Native Shareholders) können sich zu jeder Zeit des Jahres für Krankenversicherung durch den Marketplace anmelden.

### Informationen zu Veränderungen in Ihrem Haushalt.

**1. Did Hat jemand in den letzten 60 Tagen jemand qualifizierenden Krankenversicherungsschutz verloren oder erwartet jemand qualifizierenden Krankenversicherungsschutz in den nächsten 60 Tagen zu verlieren?**

Name(n) 	Datum, an dem die Krankenversicherung endete oder enden wird (Monat/Tag/Jahr) 
-------------	---

**2. Hat in den letzten 60 Tagen jemand geheiratet?**

Name(n) 	Datum (Monat/Tag/Jahr) 
-------------	----------------------------

a. Hat eine dieser Personen in den letzten 60 Tagen qualifizierenden Versicherungsschutz gehabt?.....  Ja  Nein

Falls ja, geben Sie deren Name(n) unten ein:

**3. Wurde jemand in den letzten 60 Tagen jemand aus der Haft entlassen (Gewahrsam oder Gefängnis)?**

Name(n) 	Datum (Monat/Tag/Jahr) 
-------------	----------------------------

**4. Hat in den letzten 60 Tagen jemand berechtigten Einwanderungsstatus erhalten?**

Name(n) 	Datum (Monat/Tag/Jahr) 
-------------	----------------------------

**5. Wurde in den letzten 60 Tagen jemand adoptiert, zur Adoption freigegeben oder in eine Pflegefamilie gegeben?**

Name(n) 	Datum (Monat/Tag/Jahr) 
-------------	----------------------------

**6. Wurde jemand in den letzten 60 Tagen aufgrund Kindesunterhalts oder eines Gerichtsbeschlusses ein familienversicherbarer Angehöriger?**

Name(n) 	Datum (Monat/Tag/Jahr) 
-------------	----------------------------

**7. Ist jemand in den letzten 60 Tagen umgezogen?**

Name(n) 	Umzugsdatum (Monat/Tag/Jahr) 
-------------	----------------------------------

a. Wie lautet die Postleitzahl Ihrer vorherigen Adresse?  Füllen Sie hier aus, falls Sie aus dem Ausland oder einem US-Territorium umgezogen sind.

b. Hat eine dieser Personen in den letzten 60 Tagen qualifizierenden Versicherungsschutz gehabt?.....  Ja  Nein

Falls ja, geben Sie dessen/deren Namen unten ein:

Name(n)

