



صحت کے کوریج اور لاگتوں کی ادائیگی میں مدد کے لئے درخواست

HealthCare.gov پر آن لائن تیزی سے درخواست دیں۔

- Marketplace تمہیں اچھی طرح رہنے میں مدد کے لئے جامع کوریج پیش کرنے کے لئے منصوبہ بنا رہی ہے۔
- ٹیکس کریڈٹ جو کہ فوری طور پر صحت کی کوریج کے لئے آپ کے پریمیم کو کم کرنے میں مدد کر سکتے ہیں۔
- طبی امداد یا بچوں کا صحت بیمہ پروگرام (CHIP) کے ذریعے مفت یا کم لاگت کی کوریج۔ مخصوص آمدنی کی سطح مفت یا کم قیمت کے پروگرام کے لئے اہل ہو سکتے ہیں۔

یہ درخواست استعمال کر کے جانیں کہ آپ کس کوریج کے اہل ہیں



- اپنے گھر کے کسی فرد کے لئے درخواست دینے کے لئے اس درخواست کا استعمال کریں۔
- یہاں تک کہ آگ، آپ کے شریک حیات یا آپ کے بچے کی صحت کی کوریج موجود ہو تب بھی درخواست دیں۔ آپ مفت یا کم لاگت کوریج کے اہل ہو سکتے ہیں۔
- اگر آپ تنہا ہیں تو، آپ ایک مختصر فارم استعمال کر سکتے ہیں۔ HealthCare.gov پر جائیں۔
- اہل گھرانہ جن میں تارکین وطن شامل ہیں وہ درخواست دے سکتے ہیں۔ اگر آپ کوریج کے اہل نہیں ہیں۔ آپ اپنے بچے کے لئے درخواست دے سکتے ہیں۔ درخواست دینے سے آپ کی امیگریشن حیثیت یا مستقل رہائشی یا شہری بننے کے امکانات متاثر نہیں ہوں گے۔
- اگر اس درخواست کو پُر کرنے میں کوئی آپ کی مدد کر رہا ہے تو، آپ کو ضمیمہ C مکمل کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

اس درخواست کا استعمال کون کر سکتا ہے؟



- سوشل سیکیورٹی نمبر (SSNs) (یا کسی بھی اہل تارکین وطن کے لئے دستاویز نمبر جن کو کوریج کی ضرورت ہوتی ہے)۔
- آپ کے خاندان میں ہر فرد کے لئے آجر اور آمدنی کی معلومات (جیسے تنخواہ کے ٹکٹ، W-2 فارم، یا اجرت اور ٹیکس کے بیانات سے)۔
- کسی موجودہ صحت بیمہ کے لئے پالیسی نمبرز۔
- ملازمت سے متعلق کسی بھی صحت بیمہ کے بارے میں معلومات جو آپ کے گھر کو دستیاب ہے۔

درخواست دینے کے لئے آپ کو کن چیزوں کی ضرورت ہو سکتی ہے



- ہم آپ کو یہ بتانے کے لئے آمدنی اور دیگر معلومات طلب کرتے ہیں کہ آپ کس طرح کے کوریج کے اہل ہیں اور کیا آپ کو اس کی ادائیگی میں کوئی مدد مل سکتی ہے۔ ہم آپ کے ذریعہ فراہم کی گئی تمام معلومات کو، قانونی تقاضوں کے مطابق خفیہ اور محفوظ رکھیں گے۔ رازداری کے قانون کے بیان کے لئے HealthCare.gov ملاحظہ کریں یا ہدایات پڑھیں۔

ہم ان معلومات کا مطالبہ کیوں کرتے ہیں؟



- اپنے پاس رکھنے کے لئے ایک نقل بنائیں، پھر اپنی مکمل اور دستخط شدہ درخواست صفحہ 8 پر دیے گئے پتے پر ارسال کریں۔ اگر آپ کے پاس وہ تمام معلومات نہیں ہیں جو ہم نے طلب کی ہیں تو بھی اپنی درخواست پر دستخط کر کے جمع کروائیں۔ ہم 1-2 ہفتوں کے اندر آپ کے ساتھ پیروی کریں گے، اور اگر ہمیں مزید معلومات کی ضرورت ہو تو آپ کو مارکیٹ پلیس سے کال مل سکتی ہے۔ ہماری جانب سے آپ کی درخواست پر عمل درآمد ہونے کے بعد آپ کو اہلیت کا نوٹس موصول ہو گا۔ اگر آپ کو ہم سے جواب موصول نہیں ہوتا تو، Marketplace کال سینٹر سے رابطہ کریں۔ اس درخواست کو پُر کرنے کا مطلب یہ نہیں ہے کہ آپ کو صحت کی کوریج خریدنی ہوگی۔

آگے کیا ہوتا ہے؟



- آن لائن: HealthCare.gov
- فون: مارکیٹ پلیس کے کال سنٹر کو 1-800-318-2596 پر کال کریں۔ TTY صارفین کو 1-855-889-4325 پر کال کرنا چاہیے۔
- ذاتی طور پر: آپ کے علاقے میں صلاح کاران (کونسلرز) ہو سکتے ہیں جو مدد کر سکتے ہیں۔ مزید معلومات کے لئے HealthCare.gov ملاحظہ کریں، یا مارکیٹ پلیس کے کال سنٹر کو 1-800-318-2596 پر کال کریں۔
- دیگر زبانیں: اگر آپ کو انگریزی کے علاوہ زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو، 1-800-318-2596 پر کال کریں اور کسٹمر سروس کے نمائندے کو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں۔ ہم آپ کو بلا معاوضہ مدد فراہم کریں گے۔

اس درخواست میں مدد حاصل کریں



آپ کو قابل رسائی شکل میں اپنی معلومات حاصل کرنے کا حق حاصل ہے، جیسا کہ بڑا پرنٹ، بریل یا آڈیو۔ اگر آپ محسوس کریں کہ آپ کے ساتھ امتیازی سلوک کیا گیا ہے تو آپ کو شکایت دائر کرنے کا بھی حق حاصل ہے۔ CMS.gov/about-cms/agency- Information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice ملاحظہ کریں یا 1-800-318-2596 پر کال کریں۔ TTY صارفین 1-855-889-4325 پر کال کر سکتے ہیں۔



مکمل نہ کریں۔ یہ صف معلوماتی مقاصد کے لئے ہے

سیاہ یا گہری نیلی روشنائی استعمال کرتے ہوئے بڑے حروف میں پرنٹ کریں۔
خانوں میں بھریں (○) اس طرح سے ←●۔

مرحلہ 1: ہمیں اپنے بارے میں بتائیں۔

(آپ کی درخواست کے لیے رابطہ فرد کے طور پر ہمیں گھرانے کے ایک بالغ فرد کی ضرورت ہے۔)

1. پہلا نام	ادریانی نام	آخری نام	لاحقہ
2. گھر کا پتہ (اگر آپ کا کوئی پتہ نہ ہو تو اسے خالی چھوڑ دیں۔)			
3. گھر کا پتہ 2			
4. شہر	5. ریاست	6. زپ کوڈ	7. ملک
8. ڈاک کا پتہ (اگر گھر کے پتے سے مختلف ہو)			
9. ڈاک کا پتہ 2			
10. شہر	11. ریاست	12. زپ کوڈ	13. ملک
14. فون نمبر			
15. دوسرا فون نمبر			
16. کیا آپ اس درخواست کے بارے میں معلومات بذریعہ ای میل حاصل کرنا چاہتے ہیں؟..... ای میل پتہ:			
17. ترجیحی زبان:		تحریری	بولنے والا

مرحلہ 2: اپنے گھرانے کے بارے میں ہمیں بتائیں۔

اس درخواست پر آپ کو کسے شامل کرنے کی ضرورت ہے؟

اپنے گھر کے ہر فرد کے لئے مرحلہ 2 صفحات کو مکمل کریں، یہاں تک کہ اگر اس شخص کے پاس پہلے سے ہی صحت کی کوریج موجود ہے۔ اس درخواست میں موجود معلومات سے ہمیں یہ یقین بنانے میں مدد ملتی ہے کہ ہر ایک کو ان کی بہترین کوریج مل سکے۔ امداد کی قسم جس پروگرام کے لئے آپ اہل ہیں وہ آپ کے گھر کے افراد کی تعداد اور آپ کے گھریلو آمدنی پر مبنی ہے۔ اگر آپ کسی کو شامل نہیں کرتے ہیں، یہاں تک کہ اگر ان کے پاس پہلے سے ہی صحت کی کوریج ہے تو، آپ کے اہلیت کے نتائج متاثر ہوسکتے ہیں۔

ان بالغوں کے لیے جنہیں کوریج کی ضرورت ہے:

ان لوگوں کو ایسی صورت میں بھی شامل کریں اگر وہ خود صحت کے کوریج کے لیے درخواست نہ دے رہے ہوں:

- شریک حیات
- 21 سال سے کم عمر کا کوئی بیٹا یا بیٹی جس کے ساتھ وہ رہتے ہیں، سوتیلی بچوں سمیت۔
- ایک ہی وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں شامل کوئی دیگر فرد (بشمول 21 سال سے زیادہ عمر کے کوئی بچے جن کے لیے والدین کے ٹیکس ریٹرن میں دعویٰ ہو)۔ صحت کا کوریج حاصل کرنے کے لیے آپ کو ٹیکسز فائل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

21 سال سے کم عمر کے بچے جنہیں کوریج کی ضرورت ہو:

ان لوگوں کو ایسی صورت میں بھی شامل کریں اگر وہ خود صحت کے کوریج کے لیے درخواست نہ دے رہے ہوں:

- والدین (سوتیلے والدین) میں سے کوئی جن کے ساتھ وہ رہتے ہوں
- کوئی بھائی بہن جن کے ساتھ وہ رہتے ہوں
- بیٹا یا بیٹی جو ساتھ رہتے ہوں، بشمول سوتیلے بچے
- کوئی بھی شریک حیات جس کے ساتھ وہ رہتے ہیں۔
- ایک ہی وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں شامل کوئی دیگر فرد۔ صحت کا کوریج حاصل کرنے کے لیے آپ کو ٹیکسز فائل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

اپنے خاندان کے ہر فرد کے لیے مرحلہ 2 مکمل کریں۔

خود سے شروع کریں، پھر دوسرے بالغوں اور بچوں کو شامل کریں۔ اگر آپ کے گھر میں 2 سے زیادہ افراد ہیں تو، آپ کو صفحات کی ایک کاپی بنانے اور ان کو جوڑنے کی ضرورت ہوگی۔

آپ کو گھرانے کے ان ممبران کے لیے ترک وطن کی صورتحال یا SSNs فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے جنہیں کوریج کی ضرورت نہیں ہے۔ قانون کے مطابق، ہم آپ کی فراہم کردہ تمام معلومات کو نجی اور محفوظ رکھیں گے۔ ہم ذاتی معلومات صرف اس بات کی جانچ پڑتال کے لیے استعمال کریں گے کہ کیا آپ صحت کی کوریج کے اہل ہیں یا نہیں۔



مرحلہ 2: فرد 1 (خود سے شروع کریں۔)

مرحلہ 2 مکمل کریں اپنے لئے ، اپنے شریک حیات / ساتھی اور انحصار کرنے والے افراد کے لئے جو آپ کے ساتھ رہتے ہیں ، اور / یا آپ کے اسی وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں کوئی بھی فرد۔ کس کو شامل کرنا ہے اس بارے میں مزید معلومات کے لئے صفحہ 1 دیکھیں۔ اگر آپ ٹیکس ریٹرن فائل نہیں کرتے ہیں تو ، اپنے گھر کے لوگوں کو شامل کرنا یاد رکھیں۔

1. پہلا نام	درمیانی نام	آخری نام	لاحقہ
خود			
2. فرد 1 سے رشتہ؟	3. کیا آپ شادی شدہ ہیں؟	4. تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال)	5. جنس
<input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں	<input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں	<input type="text"/>	<input type="radio"/> عورت <input type="radio"/> مرد
6. سوشل سیکیورٹی نمبر (SSN)			
<p>☆ ہمیں ایسی صورت میں سوشل سیکیورٹی نمبر (SSN) نمبر کی ضرورت ہے اگر آپ صحت کا کوریج چاہتے ہیں اور آپ کے پاس SSN ہے یا آپ اسے حاصل کر سکتے ہیں۔ ہم آمدنی اور دیگر معلومات کی جانچ پڑتال کے لئے SSN کا استعمال کرتے ہیں تاکہ یہ معلوم کریں کہ صحت کی کوریج کی ادائیگی میں کون مدد کے اہل ہے۔ SSN حاصل کرنے کے بارے میں مزید معلومات کے لئے ملاحظہ کریں SSA.gov یا 1-800-772-1213 پر سوشل سیکیورٹی پر کال کریں۔ TTY صارفین 1-800-325-0778 پر کال کر سکتے ہیں۔</p>			
7. کیا آپ کا منصوبہ اگلے سال وفاقی ٹیکس ریٹرن فائل کرنے کا ہے؟ آپ ایسی صورت میں بھی کوریج کے لئے درخواست دے سکتے ہیں اگر آپ وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن فائل نہ کرتے ہوں۔			
<p>○ ہاں۔ اگر ہاں، تو a سے c تک جوابات دیں۔ ○ نہیں۔ اگر نہیں تو ، اٹم c پر جائیں۔</p> <p>a. کیا آپ شریک حیات کے ساتھ مشترکہ طور پر فائل کریں گے؟</p> <p>○ ہاں ○ نہیں</p> <p>اگر ہاں تو شریک حیات کا نام لکھیں:</p> <p>b. کیا آپ اپنے ٹیکس ریٹرن پر منحصر افراد کا دعویٰ کریں گے؟</p> <p>○ ہاں ○ نہیں</p> <p>اگر ہاں تو، منحصر افراد کے نام درج کریں:</p> <p>c. کیا کسی دیگر فرد کے ٹیکس ریٹرن پر بطور منحصر فرد آپ کے لئے دعویٰ کیا جائے گا؟</p> <p>○ ہاں ○ نہیں</p> <p>اگر ہاں تو، ٹیکس فائلر کے نام کی فہرست بنائیں۔</p> <p>ٹیکس فائل کرنے والے سے آپ کا کیا رشتہ ہے؟</p>			
8. کیا آپ حاملہ ہیں؟			
<p>○ ہاں ○ نہیں a. اگر ہاں تو، اس حمل کے دوران کتنے بچوں کی توقع ہے؟</p>			
9. کیا آپ کو صحت کا کوریج درکار ہے؟ اگر آپ کا کوریج موجود ہو تو بھی، یہاں بہتر کوریج یا کم لاگت والا کوئی پروگرام ہوسکتا ہے۔			
<p>○ ہاں۔ اگر ہاں تو، ذیل کے تمام سوالوں کے جواب دیں۔ ○ نہیں۔ اگر نہیں تو، صفحہ 3 پر آمدنی والے سوالات پر جائیں۔ اس صفحہ کے باقی حصے کو خالی چھوڑ دیں۔</p>			
10. کیا آپ کو کوئی جسمانی، دماغی، یا جذباتی صحت کی کیفیت ہے جس کے سبب سرگرمیوں (جیسے غسل، لباس پہننے، روزمرہ کے کام کاج، وغیرہ) میں رکاوٹ پیدا ہو، کوئی خاص طبی ضرورت موجود ہو، یا کسی طبی سہولت یا نرسنگ ہوم میں رہنے کی ضرورت ہو؟			
<p>○ ہاں ○ نہیں</p>			
11. کیا آپ امریکی شہری یا امریکی نژاد ہیں؟			
<p>○ ہاں۔ اگر ہاں تو، A اور B کو مکمل کریں۔ ○ نہیں۔ اگر نہیں، تو سوال 13 پر جاری رکھیں۔</p>			
12. آپ حاصل کردہ شہریت والے یا فطری شہری ہیں؟ (عام طور پر اس کا مطلب یہ ہے کہ آپ کی پیدائش امریکہ سے باہر ہوئی ہے)			
<p>○ ہاں۔ اگر ہاں تو، A اور B کو مکمل کریں۔ ○ نہیں۔ اگر نہیں، تو سوال 13 پر جاری رکھیں۔</p>			
a. ایلین نمبر:			
b. سرٹیفکٹ نمبر:			
a اور b مکمل کرنے کے بعد سوال 14 پر جائیں۔			
13. اگر آپ امریکی شہری، یا امریکی نژاد نہیں ہیں تو، کیا آپ کے پاس اہل امیگریشن والی حیثیت ہے؟ ○ ہاں۔ دستاویز کی قسم اور ID نمبر درج کریں۔ بدلیت پر جائیں۔			
<p>امیگریشن دستاویز کی قسم</p> <p>حیثیت کی قسم (اختیاری)</p> <p>اپنا وہی نام لکھیں جو امیگریشن دستاویز پر ہے۔</p>			
ایلین یا 94-1 نمبر			
SEVIS ID یا میعاد ختم ہونے کی تاریخ (اختیاری)			
دیگر (زمرہ کا کوڈ یا جاری کرنے والا ملک)			
کارڈ نمبر یا پاسپورٹ نمبر			
a. کیا آپ 1996 سے امریکہ میں رہے ہیں؟			
b. کیا آپ، آپ کے شریک حیات یا والدین، سابق فوجی یا یو ایس ملٹری کے فعال ڈیوٹی والے ممبر ہیں؟			
○ ہاں ○ نہیں			
14. کیا آپ گزشتہ 3 مہینوں سے طبی بلوں کی ادائیگی میں مدد چاہتے ہیں؟			
○ ہاں ○ نہیں			
15. کیا آپ 19 سال سے کم عمر کے کم از کم ایک بچے کے ساتھ رہتے ہیں، اور کیا آپ اس بچے کی دیکھ بھال کرنے والے مرکزی فرد ہیں؟ (اگر آپ یا آپ کے شریک حیات اس بچے کی دیکھ بھال کرتے ہیں تو "ہاں" منتخب کریں۔)			
○ ہاں ○ نہیں			
19 سال سے کم عمر بچوں کے نام اور تعلقات کی فہرست بنائیں جو آپ کے گھر میں رہتے ہیں۔			
16. کیا آپ کل وقتی طالب علم ہیں؟			
○ ہاں ○ نہیں			
17. کیا آپ 18 سال یا زیادہ کی عمر میں رضاعی نگہداشت میں رہے ہیں؟			
○ ہاں ○ نہیں			

اگلے صفحہ پر جاری رکھیں



اختیاری: (یہ معلومات دینے سے اہلیت، پلان کے اختیارات یا اخراجات پر اثر نہیں ہو گا۔)

اختیاری:

19. نسل:

- سفید فام سیاہ فام یا افریقی امریکی امریکی انڈین یا الاسکا کے قبائلی فلپینو جاپانی کوریائی ایشیائی ہندوستانی چینی ویتنامی دیگر ایشیائی
 من مواطنی دیگر ایشیائی گوامینین یا شیمارو ساموان دیگر جزائر بحر الکاہل کا باشندہ یے دیگر

اختیارِ اجابہ واحدہ:

20. پیدائش کے وقت دی گئی جنس (آپ کے برتھ سرٹیفکیٹ پر موجود ہو سکتی ہے):

- عورت مرد دیگر:

21. موجودہ صنف:

- عورت مرد مخنث (Transgender) عورت مخنث (Transgender) مرد کوئی اور اصطلاح: معلوم نہیں جواب نہیں دینا چاہتے

22. جنسی رجحان:

- دو جنس پرست (Bisexual) ہم جنس پرست صنف مخالف کی طرف رجحان رکھنے والے (ہم جنس پرست نہیں) کوئی اور اصطلاح: معلوم نہیں جواب نہیں دینا چاہتے

مرحلہ 2: فرد 1 (خود سے شروع کریں۔)

موجودہ ملازمت اور آمدنی کی معلومات

- ملازمت میں ہیں: اگر آپ ابھی ملازمت میں ہیں تو، ہمیں اپنی آمدنی بتائیں۔
نقطہ 20 سے شروع کریں۔
- ملازمت میں نہیں ہیں: نقطہ 30 پر جائیں۔
- ذاتی روزگار: نقطہ 29 پر جائیں۔

موجودہ ملازمت 1:

20. آجر کا نام:

a. آجر کا پتہ (اختیاری)

b. شہر

21. آجر کا فون نمبر

_____-_____-_____-_____-_____-_____

d. زپ کوڈ

_____-_____-_____

c. ریاست

_____-_____-_____

22. اجرت/بخشش (ٹیکسز سے قبل) بلحاظ گھنٹہ ہفتہ واری ہر 2 ہفتے پر مہینے میں دوبار ماہانہ سالانہ \$

موجودہ ملازمت 2: (اگر آپ مزید کام کرتے ہیں اور مزید جگہ کی ضرورت ہے تو، کاغذ کا دوسرا صفحہ منسلک کریں۔)

24. آجر کا نام:

a. آجر کا پتہ (اختیاری)

b. شہر

25. آجر کا فون نمبر

_____-_____-_____-_____-_____-_____

d. زپ کوڈ

_____-_____-_____

c. ریاست

_____-_____-_____

26. اجرت/بخشش (ٹیکسز سے قبل) بلحاظ گھنٹہ ہفتہ واری ہر 2 ہفتے پر مہینے میں دوبار ماہانہ سالانہ \$

28. گزشتہ سال، کیا آپ نے: ملازمتیں تبدیل کیں کام چھوڑا کم گھنٹے کام کرنا شروع کیا ان میں سے کوئی نہیں

29. اگر اپنا روزگار ہو تو، a اور b کا جواب دیں:

a. کام کی قسم:

b. ذاتی روزگار سے اس مہینے آپ کو کتنی خالص آمدنی (بزمن کے اخراجات کی ادائیگی کے بعد منافع) حاصل ہوگی؟ ہدایات پر جائیں۔ \$

_____ \$

اگلے صفحہ پر جاری رکھیں

مکمل نہ کریں۔ یہ صف معلوماتی مقاصد کے لئے ہے

صفحہ 4 از 11



<p>30. اس مہینے آپ کو حاصل ہونے والی دیگر آمدنی: ان سبھی کو پُر کریں جس کا اطلاق ہوتا ہو، اور رقم بتائیں اور آپ کو یہ کتنی کثرت سے ملتی ہے۔ اگر کوئی نہیں ہو تو یہاں پُر کریں۔ نوٹ: آپ کو ہمیں چائلڈ سپورٹ، سابق فوجی والی ادائیگیوں، یا سیلیمنٹل سیکیورٹی انکم (SSI) کے بارے میں بتانے کی ضرورت نہیں ہے</p>	
<p>○ بے روزگار</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p>	<p>○ موصولہ گزارہ خرچ (نوٹ: صرف 1/1/2019 سے پہلے حتمی قرار دی گئی طلاقوں کے لئے۔)</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p>
<p>○ پنشن</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p>	<p>○ زراعت/ماہی گیری سے خالص آمدنی</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p>
<p>○ سوشل سیکیورٹی</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p>	<p>○ خالص کرایہ / رائلٹی</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p>
<p>○ ریٹائرمنٹ اکاؤنٹس</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p>	<p>○ دیگر آمدنی، قسم:</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p>
<p>31. کٹوتیاں: ان سبھی کو پُر کریں جس کا اطلاق ہوتا ہو، اور رقم بتائیں اور آپ کو یہ ادائیگی کتنی کثرت سے ہوتی ہے۔ اگر آپ کو بعض چیزوں کے لیے ادائیگی ہوتی ہے جسے وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں منہا کیا جاسکتا ہے تو، ہمیں اس کے بارے میں بتانے سے صحت کے کوریج کی لاگت تھوڑی کم ہوسکتی ہے۔ آپ جو چائلڈ سپورٹ ادا کرتے ہیں یا مجموعی ذاتی ملازمت کے جواب میں پہلے سے بتائی گئی قیمت (سوال 29b) شامل نہ کریں۔</p>	
<p>○ ادا کردہ گزارہ خرچ (نوٹ: صرف 1/1/2019 سے پہلے حتمی قرار دی گئی طلاقوں کے لئے۔)</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p>	<p>○ دیگر کٹوتیاں، قسم:</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p>
<p>○ طالب علم کے قرض کا سود</p> <p>\$ کتنی کثرت سے؟</p>	
<p>32. اس سوال کو مکمل کریں اگر سال کے دوران آپ کی آمدنی میں تبدیلی ہوئی ہو، جیسا کہ اگر آپ سال کے صرف کچھ عرصے کے دوران کوئی ملازمت کرتے ہیں یا کچھ مہینوں تک وظیفہ لیتے ہیں۔ اگر آپ اپنی ماہانہ آمدنی میں تبدیلی کی توقع نہیں کرتے ہیں تو، چھوڑ کر دوسرے فرد پر جائیں۔</p>	
<p>اس سال آپ کی کل آمدنی</p> <p>\$</p>	<p>اگلے سال آپ کی کل آمدنی (اگر آپ کو لگتا ہے کہ یہ مختلف ہوگی)</p> <p>\$</p> <p>○ اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ کی آمدنی کی پیش گوئی کرنا مشکل ہو تو بھریں۔</p>

شکریہ! ہم آپ کے بارے میں بس یہی جانا چاہتے ہیں۔

مکمل نہ کریں۔ یہ صف معلوماتی مقاصد کے لئے ہے



نوٹ: اگر اس فرد کو صحت کے کوریج کی ضرورت نہیں ہے تو، اس صفحہ پر بیس سوالات 1-10 کا جواب دیں۔ اگر آپ کے گھرانے میں 2 سے زیادہ لوگ ہیں تو صفحہ 5-6 کی کاپی بنا لیں۔

مرحلہ 2: فرد 2

اس صفحہ کو اپنے شریک حیات / پارٹنر اور ان بچوں کے لیے، جو آپ کے ساتھ رہتے ہوں، اور/یا اگر آپ وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن فائل کرتے ہیں تو اس میں شامل کسی فرد کے لیے مکمل کریں۔ اگر آپ ٹیکس ریٹرن فائل نہیں کرتے ہیں تو بھی گھرانے کے ان ممبران کو شامل کرنا یاد رکھیں جو آپ کے ساتھ رہتے ہوں۔ کسے شامل کرنا ہے اس کے بارے میں مزید معلومات کے لیے صفحہ 1 دیکھیں۔

1. پہلا نام	درمیانی نام	آخری نام	لاحقہ
2. فرد 1 سے رشتہ؟ ہدایات پر جائیں			
3. کیا فرد 2 شادی شدہ ہے؟			
4. تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال)			
5. جنس			
6. سوشل سیکیورٹی نمبر (SSN)			
7. کیا فرد 2 اسی پتے پر رہتا / رہتی ہے جہاں فرد 1 رہتا/ رہتی ہے؟			
8. کیا فرد 2 کا منصوبہ اگلے سال وفاقی ٹیکس ریٹرن فائل کرنے کا ہے؟			
9. کیا فرد 2 حاملہ ہے؟			
10. کیا فرد 2 کو صحت کے کوریج کی ضرورت ہے؟			
11. کیا شخص 2 کی جسمانی، ذہنی، یا جذباتی صحت کی حالت ہے جو سرگرمیوں (جیسے غسل، کپڑے بدلنے، روز مرہ کے کام، وغیرہ) میں صحت کی دیکھ بھال کی خصوصی ضرورت ہے، یا طبی سہولت یا تیمار خانہ میں رہتا ہے؟			
12. کیا فرد 2 امریکی شہری یا امریکی نژاد ہے؟			
13. کیا فرد 2 حاصل کردہ شہریت والے یا فطری شہری ہیں؟			
14. اگر فرد 2 امریکی شہری، یا امریکی نژاد نہیں ہیں تو، کیا ان کے پاس اہل امیگریشن والی حیثیت ہے؟			
15. اگر فرد 2، 19 سال سے کم عمر کے کم از کم ایک بچے کے ساتھ رہتے/ رہتی ہیں، اور کیا فرد 2 اس بچے کی دیکھ بھال کرنے والے مرکزی فرد ہیں؟			
16. اگر فرد 2، 19 سال سے کم عمر والے بچوں کا نام اور رشتہ بتائیں جو فرد 2 کے ساتھ ان کے گھرانے میں رہتے ہوں۔ یہ وہی بچے ہوسکتے ہیں جن کا اندراج صفحہ 2 پر ہے۔			
17. کیا فرد 2، 18 سال یا زیادہ کی عمر میں رضاعی نگہداشت میں رہے/ رہی ہیں؟			
18. اگر فرد 2 کی عمر 22 سال یا کم ہے تو ان سوالوں کے جواب دیں:			
19. اگر فرد 2 کا ملازمت کے توسط سے بیمہ ہے اور گزشتہ 3 مہینوں کے دوران یہ ختم ہوچکا ہے؟			
20. اگر فرد 2 کل وقتی طالب علم ہے؟			

اگلے صفحہ پر جاری رکھیں



اختیاری: (بہ معلومات دینے سے اہلیت، پلان کے اختیارات یا اخراجات پر اثر نہیں ہو گا۔)

اختیاری:

21. نسل:

- سفید فام ○ سیاہ فام یا افریقی امریکی ○ امریکی انڈین یا الاسکا کے قبائلی ○ فلپینو ○ جاپانی ○ کوریائی ○ ایشیائی ہندوستانی ○ چینی ○ ویتنامی ○ دیگر ایشیائی ○ من مواطنی دیگر ایشیائی ○ گوامینین یا شیمارو ○ ساموان ○ دیگر جزائر بحر الکاہل کا باشندہ یے ○ دیگر

اختر اجابہ واحدہ:

22. پیدائش کے وقت دی گئی جنس (فرد 2 کے برتہ سرٹیفکیٹ پر موجود ہو سکتی ہے):

- عورت ○ مرد ○ دیگر: /

23. موجودہ صنف:

- عورت ○ مرد ○ مخنث (Transgender) عورت ○ مخنث (Transgender) مرد ○ کوئی اور اصطلاح: /

24. جنسی رجحان:

- دو جنس پرست (Bisexual) ○ ہم جنس پرست ○ صنف مخالف کی طرف رجحان رکھنے والے (ہم جنس پرست نہیں) ○ کوئی اور اصطلاح: /

مرحلہ 2: فرد 2

ہمیں کسی ایسی آمدنی کے بارے میں بتائیں جو فرد 2 کو حاصل ہوتی ہے۔ اگر فرد 2 کو صحت کے کوریج کی ضرورت نہ ہو تب بھی یہ صفحہ مکمل کریں۔

موجودہ ملازمت اور آمدنی کی معلومات

- ملازمت میں ہیں: گر فرد 2 ابھی ملازمت کر رہے / رہی ہیں تو، ہمیں ان کی آمدنی کے بارے میں بتائیں۔ نقطہ 22 سے شروع کریں۔
○ ملازمت میں نہیں ہیں: نقطہ 32 پر جائیں۔
○ ذاتی روزگار: نقطہ 31 پر جائیں۔

موجودہ ملازمت 1:

22. آجر کا نام:

a. آجر کا پتہ (اختیاری)

b. شہر
c. ریاست
d. زپ کوڈ
23. آجر کا فون نمبر

24. اجرت/بخشش (ٹیکسز سے قبل) ○ بلحاظ گھنٹہ ○ ہفتہ واری ○ ہر 2 ہفتے پر
\$ ○ مہینے میں دوبار ○ ماہانہ ○ سالانہ

موجودہ ملازمت 2: (اگر فرد 2 کے پاس زیادہ ملازمتیں ہیں تو، کاغذ کا دوسرا صفحہ منسلک کریں۔)

26. آجر کا نام:

a. آجر کا پتہ (اختیاری)

b. شہر
c. ریاست
d. زپ کوڈ
27. آجر کا فون نمبر

28. اجرت/بخشش (ٹیکسز سے قبل) ○ بلحاظ گھنٹہ ○ ہفتہ واری ○ ہر 2 ہفتے پر
\$ ○ مہینے میں دوبار ○ ماہانہ ○ سالانہ

30. گزشتہ سال، کیا فرد 2 نے: ○ ملازمتیں تبدیل کیں ○ کام چھوڑا ○ کم گھنٹے کام کرنا شروع کیا ○ ان میں سے کوئی نہیں

31. گر فرد 2 کا ذاتی روزگار ہے تو: a اور b کو مکمل کریں:

a. کام کی قسم:

b. ذاتی روزگار سے اس مہینے فرد 2 کو کتنی خالص آمدنی (بزنس کے اخراجات کی ادائیگی کے بعد منافع) حاصل ہوگی؟
\$

اگلے صفحہ پر جاری رکھیں

مکمل نہ کریں۔ یہ صف معلوماتی مقاصد کے لئے ہے



32. اس مہینے فرد 2 کو حاصل ہونی دیگر آمدنی: ان سبھی کو پُر کریں جس کا اطلاق ہوتا ہو، اور رقم بتائیں اور فرد 2 کو یہ ادائیگی کتنی کثرت سے ہوتی ہے۔ اگر کوئی نہیں ہو تو یہاں پُر کریں۔
 نوٹ: فرد 2 کو ہمیں چائلڈ سپورٹ، سابق فوجی والی ادائیگیوں، یا سیلیمانٹل سیکیورٹی انکم (SSI) کے بارے میں بتانے کی ضرورت نہیں ہے۔

بے روزگار	\$	کتنی کثرت سے؟	\$	موصولہ گزارہ خرچ (نوٹ: صرف 1/1/2019 سے پہلے حتمی قرار دی گئی طلاقوں کے لئے)۔	\$	کتنی کثرت سے؟
پنشن	\$	کتنی کثرت سے؟	\$	زراعت/ماہی گیری سے خالص آمدنی	\$	کتنی کثرت سے؟
سوشل سیکیورٹی	\$	کتنی کثرت سے؟	\$	خالص کرایہ / رائلٹی	\$	کتنی کثرت سے؟
ریٹائرمنٹ اکاؤنٹس	\$	کتنی کثرت سے؟	\$	دیگر آمدنی، قسم:	\$	کتنی کثرت سے؟

33. کٹوتیاں: ان سبھی کو پُر کریں جس کا اطلاق ہوتا ہو، اور رقم بتائیں اور فرد 2 کو یہ ادائیگی کتنی کثرت سے ہوتی ہے۔ اگر فرد 2 کو بعض چیزوں کے لیے ادائیگی ہوتی ہے جسے وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں منہا کیا جاسکتا ہے تو، ہمیں اس کے بارے میں بتانے سے صحت کے کوریج کی لاگت تھوڑی کم ہوسکتی ہے۔
 فرد 2 جو چائلڈ سپورٹ ادا کرتے ہیں یا مجموعی ذاتی ملازمت کے جواب میں پہلے سے بتائی گئی قیمت (سوال 31b) شامل نہ کریں۔

ادا کردہ گزارہ خرچ (نوٹ: صرف 1/1/2019 سے پہلے حتمی قرار دی گئی طلاقوں کے لئے)۔	\$	کتنی کثرت سے؟	\$	دیگر کٹوتیاں، قسم:	\$	کتنی کثرت سے؟
طالب علم کے قرض کا سود	\$	کتنی کثرت سے؟	\$			

34. اس سوال کو تبھی مکمل کریں اگر سال کے دوران فرد 2 کی آمدنی میں تبدیلی ہوئی ہو، جیسے فرد 2 سال کے کسی حصے میں صرف ایک کام کرتے / کرتی ہیں یا چند مہینوں کے لیے وظیفہ حاصل کرتے / کرتی ہیں۔ اگر فرد 2 کو ماہانہ آمدن میں تبدیلیوں کی توقع نہیں تو اسے چھوڑ کر اگلے شخص پر جائیں۔

اس سال فرد 2 کی کل آمدنی	\$	اگلے سال فرد 2 کی کل آمدنی	\$
		اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ کی آمدنی کی پیش گوئی کرنا مشکل ہو تو بھریں۔	

شکریہ! ہم فرد 2 کے بارے میں بس یہی جاننا چاہتے ہیں۔



مرحلہ 3: امریکی اینڈین یا الاسکا آبائی (AI / AN) گھریلو ممبران

1. کیا آپ ہیں یا آپ کے گھر والے کوئی امریکی اینڈین یا الاسکا آبائی؟

○ نہیں۔ اگر نہیں، تو مرحلہ 4 پر جاری رکھیں۔ ○ ہاں۔ اگر ہاں تو، مرحلہ 4 پر جاری رکھیں، ساتھ ہی ضمیمہ B مکمل کریں اور اسے درخواست کے ساتھ شامل کریں۔

مرحلہ 4: آپ کے گھر کی صحت کی کوریج۔

1. کیا اس درخواست میں کوئی بھی ایسا فرد تھا جو گزشتہ 90 دنوں میں Medicaid یا چلڈرنز ہیلتھ انشورنس پروگرام (CHIP) کے لئے اہل نہیں تھا؟ (ہاں کو تہی منتخب کریں جب کوئی شخص آپ کی ریاست کے ذریعہ اس کوریج کا اہل نہ پایا گیا ہو نہ کہ Marketplace کے)۔ ○ ہاں ○ نہیں

تاریخ: _____ کون؟ _____

یا، کیا اس درخواست میں کوئی ایسا شخص بھی تھا جو گزشتہ 5 سالوں میں Medicaid یا CHIP کے لئے امیگریشن کی حیثیت کی وجہ سے اہل نہیں پایا گیا تھا؟ ○ ہاں ○ نہیں

تاریخ: _____ کون؟ _____

کیا اس درخواست پر کسی نے بھی Marketplace اوپن انرولمنٹ پیریڈ کے دوران یا کسی کوالیفائنگ لائف ایونٹ کے بعد کوریج کے لئے درخواست دی ہے؟ ○ ہاں ○ نہیں

تاریخ: _____ کون؟ _____

2. کیا اس درخواست میں مذکور کسی شخص کو ملازمت سے صحت کی کوریج کی پیشکش ملی ہے؟ ہاں پر نشان لگائیں چاہے کوریج کسی اور کی ملازمت سے ہو، جیسے والدین یا شریک حیات، کوریج کو قبول نہ کرنے کی صورت میں بھی۔ اگر صرف COBRA کی کوریج فراہم کی جا رہی ہے تو نہیں پر نشان لگائیں۔ ○ ہاں ○ جاری رکھیں اور پھر ضمیمہ A کو مکمل کریں۔

اگر ہاں تو کیا یہ ملازمین کے وظیفوں کا ریاستی پلان ہے؟ ○ ہاں ○ نہیں

کیا درخواست میں درج کسی شخص نے انفرادی کوریج والے صحت کے باز ادائیگی کے معاہدے (HRA) یا اہل چھوٹے ایمپلائر (QSEHRA) کی پیش کش کی ہے؟ ○ ہاں ○ نہیں

3. کیا ابھی کوئی اور صحت کی کوریج میں مندرج ہے؟ ○ ہاں۔ اگر ہاں، تو سوال 4 پر جاری رکھیں۔ ○ نہیں۔ اگر نہیں، تو سوال 5 پر جائیں۔

4. موجودہ صحت کی کوریج کے بارے میں معلومات (ابھی 2 سے زیادہ لوگوں کے صحت کا کوریج ہونے کی صورت میں اس صفحہ کی ایک کاپی بنائیں)۔ کوریج کی قسم لکھیں، جیسے آجر کا بیمہ، COBRA، میڈیکیڈ، CHIP، میڈیکینر، VA، TRICARE، ہیلتھ کیئر پروگرام، پیس کارپس، یا دیگر۔ (اگر آپ کے پاس راست نگہداشت یا لائن آف ڈیوٹی ہے تو ہمیں TRICARE کے بارے میں نہ بتائیں)۔

صحت کی کوریج میں مندرج شخص کا نام _____

کوریج کی قسم: ○ آجر کا بیمہ ○ COBRA ○ میڈیکیڈ ○ CHIP ○ میڈیکینر ○ TRICARE ○ VA ہیلتھ کیئر پروگرام ○ پیس کارپس ○ دیگر

اگر یہ آجر کا بیمہ ہے تو: (آپ کو ضمیمہ A بھی مکمل کرنے کی ضرورت ہوگی)۔

صحت سے متعلق بیمہ کمپنی کا نام _____

پالیسی نمبر / ID نمبر _____

اگر یہ دوسرے قسم کا کوریج ہے تو: ○ اگر یہ Marketplace ہیلتھ کوریج ہے تو یہاں پُر کریں۔

صحت سے متعلق بیمہ کمپنی کا نام _____

پالیسی نمبر / ID نمبر _____

کیا یہ محدود بینفٹس پلان ہے، جیسے اسکول کے حادثہ کی پالیسی؟ ○ ہاں ○ نہیں

صحت کی کوریج میں مندرج شخص کا نام _____

کوریج کی قسم: ○ آجر کا بیمہ ○ COBRA ○ میڈیکیڈ ○ CHIP ○ میڈیکینر ○ TRICARE ○ VA ہیلتھ کیئر پروگرام ○ پیس کارپس ○ دیگر

اگر یہ آجر کا بیمہ ہے تو: (آپ کو ضمیمہ A بھی مکمل کرنے کی ضرورت ہوگی)۔

صحت سے متعلق بیمہ کمپنی کا نام _____

پالیسی نمبر / ID نمبر _____

اگر یہ دوسرے قسم کا کوریج ہے تو: ○ اگر یہ Marketplace ہیلتھ کوریج ہے تو یہاں پُر کریں۔

صحت سے متعلق بیمہ کمپنی کا نام _____

پالیسی نمبر / ID نمبر _____

کیا یہ محدود بینفٹس پلان ہے، جیسے اسکول کے حادثہ کی پالیسی؟ ○ ہاں ○ نہیں

فرد 1:

فرد 2:



1. کیا آپ اگلے 5 سالوں کے لیے، مارکیٹ پلیس کو آمدنی کے ڈیٹا، بشمول ٹیکس ریٹرن کی معلومات کا استعمال کرنے کی اجازت دینے کے لیے متفق ہیں؟..... ہاں نہیں
 آئندہ برسوں میں کوریج کی اپنی اہلیت کا تعین کرنے اور ادائیگی میں مدد آسان بنانے کے لیے، آپ مارکیٹ ٹیکس کو ٹیکس گوشواروں سے متعلق معلومات سمیت جدید آمدنی کا ڈیٹا استعمال کرنے کی اجازت دینے پر رضامند ہیں۔ Marketplace نوٹس بھیجے گی اور آپ کو ہر قسم کی تبدیلی کرنے دے گی۔ Marketplace اس بات کو یقینی بنائے گا کہ آپ ابھی بھی اہل ہیں یا نہیں، اور ہوسکتا ہے کہ آپ سے اس بات کی تصدیق کرنی پڑے کہ آپ کی آمدنی اب بھی اہل ہے۔ آپ کسی بھی وقت باہر اختیار کرسکتے ہیں۔

اگر نہیں، تو میری معلومات کو خود کا طور درج ذیل سالوں کے لیے اپ ڈیٹ کریں: 5 سال 4 سال 3 سال 2 سال 1 سال

صحت کے کوریج کے لیے ادائیگی میں مدد کے واسطے میری اہلیت کی تجدید کے لیے میرے ٹیکس ڈیٹا کا استعمال نہ کریں (اس اختیار کو منتخب کرنے سے کوریج کے لیے ادائیگی میں مدد حاصل کرنے کی آپ کی اہلیت متاثر ہوسکتی ہے۔)

2. کیا اس درخواست میں صحت کے بیمہ کے لیے کوئی ایسا شخص درخواست دے رہا جسے قید بونی ہو (حراست میں لیا گیا یا جیل بونی ہو)؟..... ہاں نہیں
 اگر ہاں، تو ہمیں شخص کا نام بتائیں۔ سزایافتہ شخص کا نام ہے:

اگر الزامات کے لیے تصفیہ کا سامنا کر رہا ہے تو یہاں بھریں۔

اگر آپ کی درخواست پر موجود کسی بھی شخص کو Marketplace کی کوریج میں داخلہ لیا گیا ہے اور بعد میں اسے صحت کے دیگر اہلیت (جیسے طبی دیکھ بھال، طبی امداد، یا CHIP) کی قابلیت پائی گئی تو، Marketplace خود بخود ان کے مارکیٹ پلیس پلان کی کوریج کو ختم کردے گی۔ اس سے یہ یقینی بنانے میں مدد ملے گی کہ جو بھی شخص کو الیافائی کی دوسری کوریج پایا گیا ہے وہ Marketplace کوریج میں داخلہ نہیں لے سکے گا اور اسے پوری قیمت ادا کرنا پڑے گی۔
 میں اس صورتحال میں Marketplace کی جگہ درخواست پر لوگوں کی Marketplace کو ختم کرنے کی اجازت دینے سے اتفاق کرتا ہوں۔

میں اس صورتحال میں Marketplace کو کوریج ختم کرنے کی اجازت نہیں دیتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میری درخواست پر متاثرہ افراد مالی مدد کے اہل نہیں ہوں گے اور انہیں اپنے Marketplace کی منصوبہ بندی کے لئے پوری قیمت ادا کرنا ہوگی۔

اگر اس درخواست پر کوئی شخص میڈیکل کے لیے اہل ہے تو:

- میں میڈیکل ایجنسی کو دیگر صحت کے بیمہ، قانونی تصفیہ، یا دیگر فریقین ثالث سے حاصل کرنے اور کوئی بھی رقم لینے کے اپنے حقوق دینا/دیتی ہوں۔ میں میڈیکل ایجنسی کو شریک حیات یا والدین سے حاصل کرنے اور طبی تعاون لینے کے اپنے حقوق دینا/دیتی ہوں۔
- کیا اس درخواست میں کوئی بچہ ایسا ہے جس کے والدین گھر سے باہر رہتے ہیں؟..... ہاں نہیں
- اگر ہاں، تو مجھے معلوم ہے کہ مجھ سے ایجنسی کے ساتھ تعاون کرنے کے لیے کہا جائے گا جو والدین کی غیرحاضری میں طبی تعاون حاصل کریں گے۔ اگر میرے خیال میں طبی تعاون حاصل کرنے میں مدد کرنا مجھے یا میرے بچے کو نقصان پہنچائے گا، تو میں میڈیکل کو بتا سکتا ہوں اور ہوسکتا ہے کہ میں تعاون نہ کروں۔
- میں اس درخواست پر دروغ حلفی کی سزا کے تحت دستخط کر رہا/رہی ہوں، جس کا مطلب ہے کہ میں نے اپنی بہترین علم کے مطابق سبھی سوالوں کے درست جوابات فراہم کیے ہیں۔ مجھے معلوم ہے کہ اگر میں نے جان بوجھ کر غلط یا چھوٹی معلومات فراہم کی تو میں وفاقی قانون کے تحت جرمانوں کا مستوجب ہوں گا۔
- مجھے معلوم ہے کہ میں نے اس درخواست میں جو کچھ لکھا ہے اس میں کسی بھی تبدیلی کی صورت میں (اگر مختلف ہے تو) میرے لیے بیلنڈ انشورنس مارکیٹ پلیس کو 30 دنوں کے اندر بتانا ضروری ہے۔ کسی بھی تبدیلی کی اطلاع دینے کے لیے میں HealthCare.gov پر جاسکتا/سکتی ہوں یا **1-800-318-2596** پر کال کرسکتا/سکتی ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری معلومات میں تبدیلی سے میری اہلیت ساتھ ہی میرے گھرانے کی فرد(افراد) کی اہلیت پر اثر پڑسکتا ہے۔
- مجھے معلوم ہے کہ وفاقی قانون کے تحت، نسل، رنگ، قومیت، جنس، عمر، جنسی رجحان، جنسی شناخت، یا معذوری کی بنیاد پر امتیاز ممنوع ہے۔
 میں HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint پر جا کر امتیاز کی شکایت درج کرسکتا/سکتی ہوں۔
- مجھے معلوم ہے کہ اس فارم کی معلومات کا استعمال صرف صحت کے کوریج کی اہلیت کا تعین کرنے، کوریج کی ادائیگی میں مدد کرنے (درخواست کیے جانے پر)، اور کوریج کی ادائیگی میں مدد کے لیے مارکیٹ پلیس اور پروگراموں کے قانونی مقاصد کے لیے جانے گا۔

اگر آپ درخواست دینے کا انتخاب کرتے ہیں تو صحت کی کوریج کی ادائیگی میں مدد کے لیے آپ کی اہلیت کو جانچنے کے لیے ہمیں اس معلومات کی ضرورت ہے۔ ہم اندرونی محصولات کی خدمت (IRS)، سوشل سیکیورٹی، پوم لینڈ سیکیورٹی کے محکمہ، اور / یا صارف کی اطلاع دینے والی ایجنسی سے اپنے الیکٹرانک ڈیٹا بیس اور ڈیٹا بیس میں معلومات کا استعمال کرتے ہوئے آپ کے جوابات کا معائنہ کریں گے۔ اگر معلومات مماثل نہیں ہیں تو، ہم آپ سے تصدیق بھیجنے کے لئے کہہ سکتے ہیں۔

اگر مجھے لگا کہ میری اہلیت کا نوٹس غلط ہے تو مجھے کیا کرنا چاہیے؟

جب ہم آپ کی درخواست پر عمل درآمد کر لیں گے تو آپ کو ڈاک میں اہلیت کا نوٹس موصول ہو گا۔ آپ جس چیز کے لیے اہل ہیں اگر اسے سے متفق نہیں ہیں، تو بہت سے معاملات میں، آپ اپیل کر سکتے ہیں۔ اپنے گھرانے کے کوریج کے لیے درخواست دینے والے ہر فرد کے لیے مخصوص اپیل سے متعلق ہدایات، ساتھ ہی اپیل کرنے کے لیے آپ کے پاس کتنے دن ہیں، کا جائزہ لینے کے لیے اپنی اہلیت کے نوٹس کو پڑھیں۔ اپیل کے لیے درخواست دینے وقت غور کرنے کے لیے اہم معلومات یہ ہیں:

- اگر آپ چاہیں تو آپ دیگر کسی شخص سے اپنے اپیل کی درخواست یا شرکت کرنے کے لیے کہہ سکتے/سکتی ہیں۔ وہ شخص دوست، رشتہ دار، وکیل، یا دیگر فرد ہوسکتے ہیں۔ یا، آپ اپنے اپیل کی خود سے درخواست دے سکتے یا اس میں شرکت کرسکتے /سکتی ہیں۔
- اگر آپ اپیل کی درخواست کرتے ہیں، تو آپ اپنے اپیل کے زیر التواء رہنے تک کوریج کے لیے اپنی اہلیت برقرار رکھنے کے اہل ہوسکتے ہیں۔
- اپیل کے نتیجے سے آپ کے گھرانے کے دوسرے افراد کی اہلیت میں تبدیلی ہوسکتی ہے۔

اپنے مارکیٹ پلیس کی اہلیت کے نتائج کی اپیل کے لیے، HealthCare.gov/marketplace-appeals پر جائیں۔ یا مارکیٹ پلیس کال سینٹر کو **1-800-318-2596** پر کال کریں۔ TTY صارفین **1-855-889-4325** پر کال کر سکتے ہیں۔ آپ اپیل کی درخواست کا فارم یا اپنے خط کے ذریعہ اپیل کی درخواست Health Insurance Marketplace, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 کے اشتراک میں تخفیف، میڈیکل، اور CHIP کے ذریعہ صحت کا کوریج خریدنے کے لیے اپیل کرسکتے ہیں۔ اگر آپ ٹیکس کریڈٹس یا لاگت کے اشتراک میں تخفیف کے لیے اہل ہوتے ہیں تو، آپ کی اہلیت کے لیے ہمارے ذریعہ تعین کردہ رقم پر آپ اپیل کرسکتے ہیں۔ اپنے صوبہ کے لحاظ سے، آپ مارکیٹ پلیس کے ذریعہ اپیل کرنے کے اہل ہوسکتے ہیں یا پھر آپ کو اسٹیٹ میڈیکل یا CHIP ایجنسی کے یہاں اپیل کی درخواست کرنی ہوگی۔

فرد 1 کو اس درخواست پر دستخط کرنا چاہیے۔ اگر آپ ایک مجاز نمائندہ ہیں، تو فرد 1 کے ضمیمہ C پر دستخط کرنے پر، آپ یہاں دستخط کرسکتے ہیں۔

دستخط	دستخط کی تاریخ (م/د/س س س س)

اگر آپ اس درخواست پر کھلے اندراج والے وقفہ (1 نومبر اور 15 جنوری) سے باہر دستخط کرتے ہیں، تو ضمیمہ D ("زندگی کی تبدیلیوں کے بارے میں سوالات") کا جائزہ لینا یقینی بنائیں۔



اگر آپ ووٹ دینے کے لیے رجسٹر ہونا چاہتے ہیں، تو آپ Vote.gov پر ووٹر رجسٹریشن فارم مکمل کرسکتے ہیں۔



اپنی دستخط شدہ درخواست اس پتے پر بذریعہ ڈاک بھیجیں:
Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
Attn. Appeals, 465 Industrial Blvd
London, KY 40750-0001



انگریزی کے علاوہ دیگر زبان میں مدد حاصل کرنا

اگر آپ یا جس کسی کی آپ مدد کر رہے ہیں اسے ہیلتھ انشورنس مارکیٹ پلیس کے بارے میں سوالات درپیش ہیں تو آپ کو بلا قیمت اپنی زبان میں مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے **1-800-318-2596** پر کال کریں۔

یہاں دستیاب زبانوں کی فہرست ہے اور یہی پیغام ان زبانوں میں فراہم کیا گیا ہے:

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.

افشاء کا بیان: کاغذی کارروائی میں کمی کے قانون برائے 1995 کے مطابق، کسی شخص کو معلومات جمع کرنے کے عمل کا جواب دینے کی ضرورت نہیں ہے تاوقتیکہ اس پر ایک جائز OMB نمبر موجود نہ ہو۔ معلومات کی اس جمع آوری کے لیے جائز OMB کنٹرول نمبر 0938-1191 ہے۔ معلومات کی اس جمع آوری کو مکمل کرنے کے لیے مطلوبہ وقت کا تخمینہ اوسطاً 45 منٹ فی جواب کا اندازہ ہے، جس میں ہدایات کو پڑھنے، ڈیٹا کے موجودہ ماخذات تلاش کرنے، درکار ڈیٹا جمع کرنے، اور معلومات کی جمع آوری مکمل کر کے اس پر نظر ثانی کرنے کا وقت شامل ہے۔ اگر وقت کے تخمینہ (تخمینے) کی درستگی کے بارے میں آپ کے تشویشات ہوں یا اس فارم کو بہتر بنانے کے لیے مشورے ہوں تو، براہ کرم اس پتے پر لکھیں: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

اپنی درخواست کے سلسلے میں مدد کی ضرورت ہے؟ HealthCare.gov ملاحظہ کریں یا ہمیں **1-800-318-2596** پر کال کریں۔ اگر آپ کو انگریزی کے علاوہ زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو، **1-800-318-2596** پر کال کریں اور کسٹمر سروس کے نمائندے کو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں۔ ہم آپ کو بلا معاوضہ مدد فراہم کریں گے۔ TTY صارفین **1-855-889-4325** پر کال کر سکتے ہیں۔



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, કોલ 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。

افشاء کا بیان: کاغذی کارروائی میں کمی کے قانون برائے 1995 کے مطابق، کسی شخص کو معلومات جمع کرنے کے عمل کا جواب دینے کی ضرورت نہیں ہے تاوقتیکہ اس پر ایک جائز OMB نمبر موجود نہ ہو۔ معلومات کی اس جمع آوری کے لیے جائز OMB کنٹرول نمبر 0938-1191 ہے۔ معلومات کی اس جمع آوری کو مکمل کرنے کے لیے مطلوبہ وقت کا تخمینہ اوسطاً 45 منٹ فی جواب کا اندازہ ہے، جس میں ہدایات کو پڑھنے، ٹیٹا کے موجودہ ماخذات تلاش کرنے، درکار ٹیٹا جمع کرنے، اور معلومات کی جمع آوری مکمل کر کے اس پر نظر ثانی کرنے کا وقت شامل ہے۔ اگر وقت کے تخمینہ (تخمینے) کی درستگی کے بارے میں آپ کے تشویشات ہوں یا اس فارم کو بہتر بنانے کے لیے مشورے ہوں تو، براہ کرم اس پتے پر لکھیں: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

اپنی درخواست کے سلسلے میں مدد کی ضرورت ہے؟ HealthCare.gov ملاحظہ کریں یا ہمیں 1-800-318-2596 پر کال کریں۔ اگر آپ کو انگریزی کے علاوہ زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو، 1-800-318-2596 پر کال کریں اور کسٹمر سروس کے نمائندے کو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں۔ ہم آپ کو بلا معاوضہ مدد فراہم کریں گے۔ TTY صارفین 1-855-889-4325 پر کال کر سکتے ہیں۔

آپ کو تب تک ان سوالوں کے جواب دینے کی ضرورت نہیں ہے جب تک گھرانے کا کوئی فرد ملازمت سے صحت کے کوریج کا اہل نہیں ہوجاتا، چاہے وہ کوریج کو قبول نہ کرے۔ اگر صرف COBRA کی کوریج پیش کی جا رہی ہے تو آپ کو ان سوالات کے جوابات دینے کی ضرورت نہیں۔ کوریج کی پیشکش والی ہر ملازمت کے لئے اس صفحہ کی ایک کاپی منسلک کریں۔

ہمیں اس ملازمت کے بارے میں بتائیں جو کوریج کی پیشکش کرتی ہے۔
ان سوالوں کے جواب میں مدد کے لئے اس صفحہ کی ایک کاپی بنائیں اور اسے اس آجر کے پاس لے جائیں جو کوریج کی پیشکش کرتے ہیں۔

ملازم کی معلومات

1. ملازم کا نام (پہلا، درمیانی، آخری) _____

2. ملازم کا سوشل سیکیورٹی نمبر _____

آجر کی معلومات

3. آجر / کمپنی کا نام _____

4. آجر کا شناختی نمبر (EIN) _____

5. آجر کا فون نمبر _____

اب، اس فرد یا ڈیپارٹمنٹ کی معلومات درج کریں جو ملازمین کے بینیفٹس کا نظم کرتا ہو۔ اگر ہمیں مزید معلومات کی ضرورت ہوگی تو ہم اس فرد سے رابطہ کرسکتے ہیں:

6. ایسا فرد یا شعبہ جس سے ہم ملازمین کے صحت کے کوریج کے سلسلے میں رابطہ کرسکتے ہیں _____

7. آجر کا پتہ (Marketplace اس پتے پر نوٹسز بھیج سکتا ہے) _____

8. شہر _____

9. ریاست _____

10. زپ کوڈ _____

11. فون نمبر (اگر مذکور بالا سے مختلف ہو) _____

12. ای میل پتہ _____

13. کیا ملازم کو آجر نے ہیلتھ کوریج کی پیش کش کی ہے؟ صرف اس صورت میں "ہاں" منتخب کریں اگر انہیں اگلے ماہ کے آغاز سے یا عام اندراج کے دوران درخواست دینے کی صورت میں 1 جنوری سے کوریج کی پیش کش کی جائے گی۔ (1 نومبر تا 15 جنوری)

ہاں (جاری) نہیں (آجر: نہیں (رکیں اور یہ فارم ملازم کو واپس کر دیں)

ملازم: Marketplace کوریج کے لئے اپنی درخواست واپس کریں۔

کیا آجر ایک ایسا ہیلتھ پلان پیش کرتا ہے جو اس ملازم کے شریک حیات یا منحصر فرد (افراد) کا احاطہ کرتا ہو؟

ہاں اگر ہاں تو، کن لوگوں کا؟ شریک حیات منحصر فرد (افراد) نہیں (سوال 14 پر جائیں۔)

ملازم کے گھرانے کے کسی ایسے دیگر فرد کا نام درج کریں جو اس ملازمت سے کوریج کے لئے اہل ہے۔

نام

نام

نام

اگلے صفحہ پر جاری رکھیں



مکمل نہ کریں۔ یہ صف معلوماتی مقاصد کے لئے ہے

ہمیں اس آجر کے ذریعہ پیش کردہ ہیلتھ کوریج کے بارے میں بتائیں۔

14. کیا آجر نے ایسے ہیلتھ پلان کی پیشکش کی ہے جو معیاری کم از کم قدر کی تکمیل کرتا ہو؟
○ ہاں (سوال 15 پر جائیں) ○ نہیں (رکیں اور اس فارم کو ملازم کو واپس کر دیں)۔

15. ملازم کو پیشکش کردہ کم تر لاگت کے پلان کے لیے ملازم کو کتنی ادائیگی کرنی ہوگی جو صرف معیاری کم از کم قدر کی تکمیل کرتا ہے؟* فیملی پلانز کو شامل نہ کریں۔

a. ملازم اس پریمیم کی ادائیگی کرے گا: \$

نوٹ: کم تر رقم درج کریں جسے ملازم صحت کے کوریج کے لیے ادا کر سکتا ہے۔

b. ملازم اس رقم کی ادائیگی کرے گا: ○ ہفتہ واری ○ ہر 2 ہفتہ پر ○ مہینہ میں دو بار ○ مہینہ میں ایک بار ○ سہ ماہی ○ سالانہ

16. اگر گھرانے کے دیگر افراد سوال 13 کے لیے درج ہیں: ملازم سب سے کم لاگت والے منصوبے کے لیے کتنی رقم ادا کرے گا جو سوال 13 میں درج ملازم اور گھرانے کے ممبران کا احاطہ کرتا ہے؟ اگر آجر فلاح و بہبود کے پروگرام پیش کرتا ہے، تو وہ پریمیم درج کریں جو ملازم ادا کرے گا اگر ملازم کو تمباکو نوشی ترک کرنے کے پروگراموں کے لیے زیادہ سے زیادہ ڈسکاؤنٹ ملے اور اسے فلاح و بہبود کے پروگراموں کی بنیاد پر کوئی اور ڈسکاؤنٹ نہ ملے۔

a. ملازم اس پریمیم کی ادائیگی کرے گا: \$

b. ملازم اس رقم کی ادائیگی کرے گا: ○ ہفتہ واری ○ ہر 2 ہفتہ پر ○ مہینہ میں دو بار ○ مہینہ میں ایک بار ○ سہ ماہی ○ سالانہ

* صحت کا بیمہ ایسی صورت میں کم از کم قدر والے معیار کی تکمیل کرتا ہے اگر یہ معیاری آبادی کے لیے طبی خدمات کی کل لاگت کے کم از کم 60% کی ادائیگی کرتا ہو اور ہسپتال اور ڈاکٹر کی خدمات کا معقول کوریج پیش کرتا ہو۔ ملازمت پر مبنی زیادہ تر پلانز کم از کم قدر والے معیار کی تکمیل کرتے ہیں۔





مکمل نہ کریں۔ یہ صف معلوماتی مقاصد کے لئے ہے

ضمیمہ C: اس درخواست کو مکمل کرنے میں مدد کریں۔

صرف درخواست کے مستند صلاح کاران، نیویگیٹرز، ایجنٹس، اور بروکرز کے لیے۔
اگر آپ کسی اور کے لیے اس درخواست کو مکمل کرنے والے مستند صلاح کار، نیویگیٹر، ایجنٹ، اور بروکر ہیں تو اس سیکشن کو مکمل کریں۔

1. درخواست کے شروع ہونے کی تاریخ (ماہ/دن/سال)

2. پہلا نام، درمیانی نام، آخری نام، اور لاحقہ

3. تنظیم کا نام

4. ID نمبر (اگر اطلاق ہو)

5. صرف ایجنٹس / بروکرز: NPN نمبر

آپ ایک مستند نمائندہ منتخب کر سکتے ہیں۔

آپ ہمارے ساتھ اس درخواست پر بات کرنے، اپنی معلومات کو دیکھنے، اور اس درخواست سے متعلق معاملات پر آپ کی جانب سے عمل کرنے، بشمول آپ کی درخواست کے بارے میں معلومات حاصل کرنے اور آپ کی جانب سے آپ کی درخواست پر دستخط کرنے کے لیے، کسی قابل اعتماد شخص کو اجازت دے سکتے ہیں۔ ایسے شخص کو ایک "مجاز نمائندہ" کہا جاتا ہے۔ اگر آپ کبھی بھی اپنے مجاز نمائندہ کو تبدیل یا ہٹانا چاہتے ہیں، تو مارکیٹ پلیس سے رابطہ کریں۔ اگر آپ نے اس درخواست کے لیے کسی کو قانونی طور پر اپنا نمائندہ مقرر کیا ہے، تو درخواست کے ساتھ ثبوت جمع کریں۔

1. مجاز نمائندہ کا نام (پہلا نام، درمیانی نام، آخری نام)

2. پتہ

3. گھر کا پتہ 2

4. شہر

7. فون نمبر

8. تنظیم کا نام

9. ID نمبر (اگر اطلاق ہو)

دستخط کر کے، آپ اس شخص کو اپنی درخواست پر دستخط کرنے، اس درخواست کے بارے میں باضابطہ معلومات حاصل کرنے، اور مستقبل میں اس درخواست سے متعلق سبھی معاملات میں اپنی جانب سے کام کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔

11. دستخط کی تاریخ (ماہ/دن/سال)

10. اس درخواست میں مندرجہ فرد 1 کا دستخط





ضمیمہ D: زندگی کی تبدیلیوں کے بارے میں سوالات

(آپ کو اس صفحہ کے ساتھ اس درخواست کے باقی حصوں کو مکمل کرنا چاہئے۔ صرف اسی صفحہ کو جمع نہ کریں۔)

اگر اس درخواست کے کسی فرد نے زندگی کی کچھ تبدیلیاں تجربہ کیں جیسے صحت کا احاطہ کھونے، شادی کرنا، یا ایک بچہ پیدا کرنا - پچھلے 60 دنوں میں (یا اگلے 60 دنوں میں توقع کرتا ہے)، تو یہ صفحہ پر کریں اور اپنی مکمل، دستخط شدہ درخواست میں اسے شامل کریں۔ زندگی میں کچھ تبدیلیاں آپ کے کوریج کو Marketplace کے ذریعہ فوراً ہی شروع ہونے دیتی ہیں۔ اگر آپ سالانہ اوپن اندراج کے عرصے سے باہر درخواست دے رہے ہیں تو ہم آپ کو ان سوالوں کے جوابات دینے کی بھی سفارش کرتے ہیں (1 نومبر تا 15 جنوری)۔

یہ سوالات اختیاری ہیں۔ اگر آپ کے حالات زندگی میں تبدیلی نہیں ہوئی ہے تو، آپ جوابات کو خالی چھوڑ سکتے ہیں۔ آپ سال میں کسی بھی وقت میڈیکل اور چلڈرنز ہیلتھ انشورنس پروگرام (CHIP) میں اندراج کروا سکتے ہیں، خواہ آپ کو زندگی میں تبدیلیوں کا سامنا نہ بھی ہوا ہو۔ وفاقی طور پر شناخت کردہ قبائل کے ممبران اور شیئر ہولڈر الاسکاٹی باشندے سال کے کسی بھی وقت مارکیٹ پلیس کے ذریعہ کوریج میں اندراج کروا سکتے ہیں۔

اپنے گھرانے میں ہوئی تبدیلیوں کے بارے میں ہمیں بتائیں۔

1. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی شخص کا تخصیصی صحت کا کوریج ختم ہوا ہے، یا اگلے 60 دنوں میں تخصیصی صحت کا کوریج ختم ہونے کی توقع ہے؟

ان کے نام		
وہ تاریخ جب کوریج ختم ہوئی یا ختم ہوگی (م م / د د / س س / س س)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی کی شادی ہوئی ہے؟

ان کے نام		
تاریخ (م م / د د / س س / س س)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی بھی وقت ان میں سے کسی فرد کو صحت کا تخصیصی کوریج حاصل رہا؟ ہاں نہیں

اگر ہاں تو، یہاں ان کا (کے) نام درج کریں:

3. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی کو قید (حراست یا جیل) سے رہائی ملی ہے؟

ان کے نام		
تاریخ (م م / د د / س س / س س)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی نے اہل امیگریشن والی حیثیت حاصل کی ہے؟

ان کے نام		
تاریخ (م م / د د / س س / س س)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی کو گود لیا گیا، گود لینے کے لیے پیش کیا گیا ہے، یا رضاعی نگہداشت کے لیے دیا گیا ہے؟

ان کے نام		
تاریخ (م م / د د / س س / س س)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کوئی چائلڈ سپورٹ یا دیگر عدالتی حکم کے تحت منحصر بنا ہے؟

ان کے نام		
تاریخ (م م / د د / س س / س س)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. کیا پچھلے 60 دنوں میں کوئی منتقل ہوا؟

ان کے نام		
منتقلی کی تاریخ (م م / د د / س س / س س)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. آپ کے سابقہ پتہ کا زپ کوڈ کیا ہے؟ اگر آپ کسی بیرون ملک یا امریکی علاقے سے منتقل ہو گئے ہیں تو یہاں پر کریں۔

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

b. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی بھی وقت ان میں سے کسی فرد کو صحت کا تخصیصی کوریج حاصل رہا؟ ہاں نہیں

اگر ہاں تو، ذیل میں ان کا نام درج کریں:

ان کے نام

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

