



हेल्थ कभरेज र खर्चमा सहयोगको लागि निवेदन

HealthCare.gov अनलाईनमा छिटोको लागि निवेदन दिनु होस् ।



तपाईं कुन कभरेजका लागि योग्य हुनुहुन्छ भन्ने कुरा पत्ता लगाउन यो आवेदन प्रयोग गर्नुहोस्

- बिमा-बजारका योजनाहरूले तपाईंको परिवारलाई कुशलमंगल राख्न बृहत् सेवाहरू प्रदान गर्छन् ।
- करले दिने सहूलियत (ट्याक्स क्रेडिट) ले तपाईंलाई स्वास्थ्य-बिमाबाट बेहोरिने खर्चमा तुरून्त बिमा-शुल्कहरू घटाउन सहायता गर्न सक्छ ।
- मेडिकेड (Medicaid) र बालबालिकाको स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम (Children's Health Insurance Program; CHIP) मार्फत निःशुल्क वा कम लागतको स्वास्थ्य-बिमाबाट बेहोरिने खर्च । **निश्चित आय स्तरहरू निःशुल्क वा कम लागतका कार्यक्रमका लागि योग्य हुनसक्छन् ।**



यो निवेदन कसले प्रयोग गर्न सक्छ ?

- आफ्नो घर-परिवारका कसैका लागि पनि बिमा-सुविधा माग्नका लागि यो निवेदन प्रयोग गर्नुहोस् ।
- तपाईं वा तपाईंको बच्चाको लागि कभरेज भैसकेको भए पनि निवेदन दिनुस्, के थाहा तपाईं निशुल्क वा सस्तो कभरेजको लागि योग्य ठहरिनु हुन्छ कि ।
- सिंगल वा एकलो हुनुहुन्छ भने, तपाईं छोटो फर्म प्रयोग गर्न सक्नु हुन्छ, **HealthCare.gov** मा भिजिट गर्नु होस्
- योग्य आप्रवासीहरूसहितको घर-परिवारहरूले निवेदन दिन सक्छन् । यदि तपाईं स्वास्थ्य-बिमाका लागि अयोग्य भए पनि तपाईंले नानीका लागि निवेदन दिन सक्नुहुन्छ । निवेदन दिनाले तपाईंको आप्रवास अवस्थालाई वा स्थायी बासिन्दा वा नागरिक बन्ने अवसरलाई असर गर्ने छैन ।
- यो निवेदन भर्न तपाईंलाई कसैले सहयोग गरेको भए तपाईंले अपेन्डिक्स सी परीशिष्ट सि पनि भर्नु पर्छ ।



निवेदन दिन तपाईंलाई के के चाहिन्छ ?

- सोसल सेक्युरिटी नम्बरहरू (Social Security Numbers; SSNs) (वा कुनै योग्य आप्रवासीहरू, जसलाई स्वास्थ्य-बिमा खाँचो हुन्छ, को कागजात नम्बरहरू) ।
- जागिर दिने संस्था र परिवारको सबैको लागि आमदानिको जानकारी (जस्तो: पे स्टबहरू, डब्ल्यु – २ फारमहरू, वा ज्याला र करसम्बन्धी विवरणहरू)
- हालको स्वास्थ्य बिमाको पलिसि नंबरहरू
- तपाईंको घर-परिवारमा उपलब्ध कामबाट मिलेको कुनै स्वास्थ्य-बिमाको जानकारी ।



हामी किन यो बिबरण चाहन्छौं ?

हामी तपाईंको आमदानि बारे र अन्य बिबरण बारे सोध्छौं ताकि हामी तपाईंलाई तपाईं कुन कभरेजको लागि योग्य हुनु हुन्छ र यसको रकम तिन तपाईंलाई कुनै सहयोग पु-याउन सक्छौं कि भन्ने कुरा भन्न सकौं । **कानूनतः हामी तपाईंले दिनु भएको सबै बिबरण गोप्य र सुरक्षित राख्छौं ।** गोपनीयता ऐन कथनका लागि, **HealthCare.gov** मा जानुहोस् वा निर्देशनहरू जाँच गर्नुहोस् ।



यसपछि के हुन्छ ?

राख्नका लागि प्रतिलिपि बनाउनुहोस्, त्यसपछि पृष्ठ 8 मा रहेको ठेगानामा तपाईंको पूर्ण, हस्ताक्षर गरिएको आवेदन पठाउनुहोस् । **हामीले खोजेको सबै जानकारी तपाईंसँग छैन भने पनि तपाईंको निवेदनमा सही गर्नुस् र पठाई दिनुस् ।** हामी 1-2 हप्ताभित्र तपाईंसँग यसबारे सोधखोज गर्नेछौं, र यदि हामीलाई जानकारी चाहियो भने तपाईंलाई बिमा-बजारबाट फोन आउन सक्छ । हामीले तपाईंको निवेदन प्रक्रिया सकेपछि तपाईंले हुलाकमार्फत योग्यताको सूचना पाउनुहुनेछ । यदि तपाईंले हामीबाट केही खबर पाउनुभएन भने बिमा-बजारको कल सेन्टर (Marketplace Call Center) मा सम्पर्क गर्नुहोस् । यो निवेदन दिनु भनेको तपाईंले स्वास्थ्य-बिमा किन्नु नै पर्छ भन्ने होइन ।

यो निवेदनबाट सहयोग पाउनु होस् ।

- अनलाईन **Online: HealthCare.gov**.
- फोन:** बिमा-बजारको कल सेन्टरको नम्बर **1-800-318-2596** मा फोन गर्नुहोस् । टिटिवाई (TTY) प्रयोगकर्ताले **1-855-889-4325** मा फोन गर्नुहोस् ।
- भेटर:** तपाईंको इलाकामा सुझाव दिने काउन्सेलरस् हुन सक्दछन् । **HealthCare.gov**, मा भिजिट गर्नुस् वा मार्केटप्लेस कल सेन्टरमा थप जानकारीको लागि फोन गर्नुस् **1-800-318-2596**
- अरु भाषाहरू:** अंग्रेजी भाषा बाहेक अन्य भाषामा सहयोग चाहिएमा **1-800-318-2596** मा फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूले चाहेको भाषा भन्नुस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क सहयोग गर्ने छौं ।

तपाईंसँग आफ्नो जानकारी ठूलो प्रिन्ट, ब्रेल वा अडियो जस्ता पहुँचयोग्य ढाँचामा प्राप्त गर्ने अधिकार छ । तपाईं माथि भेदभाव भएको महसुस गर्नुहुन्छ भने तपाईंसँग उजुरी दर्ता गर्ने अधिकार पनि छ । [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice) मा जानुहोस् वा **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस् । TTY प्रयोगकर्ताहरूले **1-855-889-4325** मा कल गर्न सक्नुहुन्छ ।

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



कालो वा गाढा नीलो मसी मात्रले अंग्रेजीका ठूला अक्षरहरू प्रयोग गरेर लेख्नुहोस् ।
यस्तो सर्कल वा गोलोलाई यसरी भर्नु होस् (○) यसरी भर्ने → ●

प्रथम चरण : तपाईं आफ्नो बारे हामीलाई भन्नुहोस् ।

(हामीलाई तपाईंको यो निवेदनमा परिवारका एकजना वयस्कको नाम सम्पर्क व्यक्तिका रूपमा चाहिन्छ ।)

1. पहिलो नाम	बिचको नाम	थर	सफिक्स
2. घरको ठेगाना (ठेगाना छैन भने खाली छोड्नुस्)			3. घरको ठेगाना २
4. सिटि	5. स्टेट	6. काउण्टि	7. काउण्टि
8. पत्राचार ठेगाना (घरको ठेगाना भन्दा फरक भए)			9. पत्राचारको ठेगाना २
10. सिटि	11. स्टेट	12. काउण्टि	13. काउण्टि
14. फोन नम्बर		15. दोस्रो फोन नम्बर	
16. यो निवेदन बारेको जानकारी के तपाईं ई-मेल बाट चाहनु हुन्छ ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन ई-मेल ठेगाना:			
17. बढी रुचिकर भाषा	लेखन	वाचन	

स्टेप २: तपाईंको घर-परिवारबारे हामीलाई भन्नुहोस् ।

यो निवेदनमा तपाईं कसकसलाई समावेश गर्न आवश्यक ठान्नु हुन्छ ?

यदि तपाईंको घरमा कसैको यसअघि नै स्वास्थ्य-बिमा छ भने घर-परिवारका प्रत्येक व्यक्तिका लागि चरण २ पृष्ठहरू पूरा गर्नुहोस् । यो निवेदनमा भएका जानकारीले हामीलाई प्रत्येक व्यक्तिले सम्भव भएसम्मको राम्रो स्वास्थ्य-बिमा पाए/नपाएको सुनिश्चित गर्न सहयोग गर्छ । तपाईं योग्य भएर तपाईंले पाउने सहायता वा कार्यक्रमको प्रकार तपाईंको घर-परिवारको सदस्य-संख्या र तपाईंको घर-परिवारको आम्दानीमा भर पर्छ । यदि तपाईंले कसैसँग पहिलेदेखि नै स्वास्थ्य-बिमा छ भनेर उन/उसलाई समावेश गर्नुभएन भने तपाईंको सुविधा पाउने योग्यता प्रभावित हुनसक्छ ।

वयस्क व्यक्तिहरू जसलाई कभरेजको आवश्यकता हुन्छ :

उनिहरूले आफ्नो हेल्थ कभरेजको लागि निवेदन नदिएको भए पनि यि व्यक्तिहरू समावेश गर्नुस्:

- श्रीमान/श्रीमति
- कुनै झटकेलो सन्तानसहित २१ वर्ष उमेरभन्दा कमका छोरा वा छोरी जो साथमा बस्नुहुन्छ
- अन्य कुनै व्यक्ति जो एउटै फेडरल इन्कम ट्याक्स रिटर्नमा निर्भर छ, बाबु आमा को ट्याक्स रिटर्न मा आश्रित अन्य २१ वर्ष नाघि सकेका केटा केटी समेत। हेल्थ कभरेज पाउनको लागि तपाईंले ट्याक्स फाइल गर्न जरुरी छैन ।

कभरेज आवश्यक भएका २१ वर्ष ननाघेका केटा केटीको लागि:

उनिहरूले आफैले आफ्नो हेल्थ कभरेजको लागि निवेदन दिएको नभएतापनि यि व्यक्तिहरूलाई समावेश गर्नुस्:

- संगै बस्ने आमा बुबा (सौतेनि आमा बुबा)
- संगै बस्ने नावालिगहरू
- संगै बस्ने छोरा छोरी, झटकेलो छोरा छोरी समेत
- कुनै दम्पति जो साथमा बस्नुहुन्छ
- एउटै फेडरल इन्कम ट्याक्समा आश्रित कुनै अन्य व्यक्ति, हेल्थ कभरेज पाउनको लागि तपाईंले ट्याक्स फाइल गर्नु आवश्यक छैन ।

तपाईंको घर-परिवारका प्रत्येक व्यक्तिका लागि चरण २ पूरा गर्नुहोस् ।

आफ्नैबाट शुरू गर्नुहोस्, त्यसपछि अरू वयस्कहरू र नानीहरूको थप्नुहोस् । यदि तपाईंको घर-परिवारमा २ जनाभन्दा बढी व्यक्ति हुनुहुन्छ भने तपाईंले यी पृष्ठहरूको प्रतिलिपि बनाउनुपर्छ र यसैसाथ नथी गर्नुपर्छ ।

तपाईंले स्वास्थ्य बिमा-सुविधा नचाहिँने परिवारका सदस्यको अध्यागमन स्थिति वा सोसल सेक्युरिटी नम्बर उपलब्ध गराउनु पर्दैन । कानुनले अनिवार्य गरेअनुसार हामी तपाईंले उपलब्ध गराएका सबै जानकारी गोप्य र सुरक्षित राख्छौं । हामी व्यक्तिगत जानकारी तपाईंको स्वास्थ्य-बिमाले दिने सुविधाहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भन्ने जाँचका लागि मात्र प्रयोग गर्छौं ।

? निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा 1-800-318-2596 मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा 1-800-318-2596 फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नहरूले 1-855-889-4325 मा फोन गर्नु पर्छ ।



स्टेप २: व्यक्ति १ (आफैं बाट शुरु गर्नुस्)

पहिले आफ्नो, आफ्नो दम्पति / सहवासी व्यक्ति र तपाईंसँग बस्ने निर्भरहरू, र / वा यदि तपाईंले कर बुझाउनु भएको छ जसमा उहाँहरूको नाम समावेश छ भने उहाँहरूबारे चरण २ पूरा गर्नुहोस् । कस-कसलाई समावेश गर्ने भन्नेबारे धेरै जात्रका लागि पृष्ठ १ हेर्नुहोस् । यदि तपाईं कर-दाखिला गर्नुहुन्न भने पनि तपाईंको घर-परिवारका मानिसहरूबारे जानकारी थप सम्झनुहोस् ।

1. पहिलो नाम	बिचको नाम	थर	सफिक्स
2. व्यक्ति १ संगको नाता ? आफैं	3. बिबाहित हुनु हुन्छ ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन	4. जन्म मिति(महिना/दिन/साल) []/[]/[]	5. लिंग <input type="radio"/> महिला <input type="radio"/> पुरुष
6. सोसल सेक्युरिटी नंबर (एसएसएन) []-[]-[]			
<p>★ हामीलाई सामाजिक सुरक्षा नम्बर (एस. एस. एन) चाहिन्छ यदि तपाईं स्वास्थ्य विमा चाहनुहुन्छ भने एउटा एस. एस. एन राख्न अथवा एउटा लिन सक्नु हुन्छ । तपाईंको आमदानी र अरु बिबरणको जानकारी लिंदै कुन मान्छे स्वास्थ्य उपचार सहयोगार्थ खर्च प्राप्त गर्न योग्य छ भनि जांच गर्न हामी एस. एस. न. हरु प्रयोग गर्छौं । सोसल सेक्युरिटी नम्बरबारे धेरै जानकारी पाउन SSA.gov मा हेर्नुहोस्, वा सोसल सेक्युरिटीको १.८००.७७२.१२१३ (1.800.772.1213) मा फोन गर्नुहोस् । बहिरा तथा श्रवणशक्ति कमजोर भएका व्यक्तिले १.८००.३२५.०७७८ (1.800.325.0778) मा फोन गर्नुहोस् ।</p>			
<p>7. तपाईं अर्को सालमा फेडरल इनकम ट्याक्स रिटर्न फाइल गर्ने योजनामा हुनु हुन्छ? फेडरल इनकम ट्याक्स रिटर्न फाइल नगरे पनि तपाईं कभरेजको लागि निवेदन दिन सक्नु हुन्छ । <input type="radio"/> हुन्छ । यदि 'हो' भने 'a' देखि 'c' प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस् । <input type="radio"/> हुँदैन । यदि छैन भने एकैचोटी प्रश्न 'c' मा जानुहोस् ।</p> <p>a. तपाईं आफ्नो श्रीमान/श्रीमति संग संयुक्तरूपमा ट्याक्स फाइल गर्नु हुन्छ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन यदि हो भने, श्रीमान/श्रीमतिको नाम लेख्न होस्: []</p> <p>b. तपाईंको ट्याक्स रिटर्न मा तपाईं आफुले लालन-पालन गर्नु पर्ने आश्रितहरूको नाम समावेश गर्न चाहानु हुन्छ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन यदि हो भने, आश्रितहरूको नाम लेख्न होस् । []</p> <p>c. कसैको ट्याक्स रिटर्नमा तपाईंको नाम आश्रितको रूपमा आउँछ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन यदि हो भने, भने कर-दाखिला गर्ने व्यक्ति वा संस्थाको नामको सूची बनाउनुहोस् [] उनि संग तपाईंको नाता के हो? []</p>			
8. तपाईं गर्भवति हुनुहुन्छ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन a. हो भने यो गर्भमा कतिजना बच्चाको आशा गर्नु भएको छ? []			
<p>9. तपाईंलाई हेल्थ कभरेजको आवश्यकता छ? तपाईंको कभरेज भए पनि त्यो भन्दा कम खर्च मा राम्रो कभरेज पनि हुन सक्छ । <input type="radio"/> हो. यदि हो भने, तलका सबै प्रश्नको उत्तर दिनुहोस् । <input checked="" type="radio"/> होइन । यदि होइन भने, पेज ३ मा दिइएको आमदानी बारेको प्रश्नहरू मा जानु होस् । यो पेजको बाँके भाग खाली छोड्नु होस् । <input checked="" type="radio"/></p>			
10. के तपाईंलाई शारीरिक, मानसिक, वा भावनात्मक स्वास्थ्य अवस्था छ, जसले गतिविधिहरू (जस्तो: नुहाउन, लुगा लगाउन, दैनिक घरायसी कामहरू आदि) सीमित गरेको छ, विशेष स्वास्थ्य सेवा चाहिन्छ, वा तपाईं चिकित्सा सेवा-स्थल वा नर्सिङ होममा बस्नुहुन्छ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			
11. तपाईं अमेरिकी नागरिक हुनुहुन्छ वा अमेरिकी बासिन्दा(नेशनल) हुनुहुन्छ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			
12. तपाईं बंशानुगत नागरिक वा अन्य तरिका बाट नागरिकता पाउनु भएको हो? (यसको मतलब तपाईं अमेरिका बाहिर जन्मनु भएको हो ।) <input type="radio"/> हो । यदि हो भने, ए र बि भर्नु होस् । <input type="radio"/> होइन । यदि होइन भने, प्रश्न १३ जारि राख्नु । <p>a. बिदेशि दर्ता नंबर: []</p> <p>b. प्रमाणपत्र नंबर: []</p> <p>ए र बि सकिए पछि प्रश्न १४ मा जानु होस् ।</p>			
13. यदि तपाईं अमेरिकी नागरिक होइन वा अमेरिकाको बासिन्दा (नेशनल) हैन भने, तपाईं संग कानुनि आप्रवासि स्ट्याटस् छ? <input type="radio"/> छ. कागजको किसिम र आइ डि नंबर लेख्नु । निर्देशनहरूमा जानुहोस्।			
आप्रवासि कागजको प्रकार	स्ट्याटस् को किसिम (वैकल्पिक)	आप्रवासि कागजमा भएजस्तै तपाईंको नाम लेख्न होस् ।	
[]	[]	[]	
बिदेशि दर्ता वा आइ- ९४ नंबर	कार्ड नंबर वा पासपोर्ट नंबर		
[]	[]		
एसइभिआइएस आइ डि (SEVIS ID) वा म्याद सकिने मिति(वैकल्पिक)	अन्य(बर्गिकरण कोड वा प्रदान गर्ने देश)		
[]	[]		
a. के तपाईं सन १९९६ देखि अमेरिकामा बस्दै आउनु भएको हो? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			
b. के तपाईं, वा तपाईंको श्रीमान/श्रीमति, भेटेरान वा अमेरिकि सेनाको एक्टिभ ड्युटी आर्मी मेम्बर हो? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			
14. के तपाईं गत ३ महिना देखिको औषधिको बिल तिर्न मद्दत चाहनु हुन्छ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			
15. तपाईंसँग कमसेकम एक जना १९ वर्ष भन्दा कम उमेरको बच्चा संगै बस्दछन? र के तपाईं यो बच्चाको हेरचाह, पालन-पोषण गर्ने मुख्य व्यक्ति हो? (यदि तपाईं वा तपाईंको श्रीमान/श्रीमतिले यो बच्चाको लालन-पालन गर्नु हुन्छ भने 'हो' भनि चिन्ह लगाउनुहोस्।) <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			
तपाईंसँग तपाईंको घर-परिवारमा बस्ने १९ वर्षमुनिका कुनै बालबालिकाको नाम र नाताको सूची बनाउनुहोस्।: []			
16. के तपाईं फुल-टाइम बिद्यार्थी हुनु हुन्छ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन		17. के तपाईं १८ वर्ष वा त्यो भन्दा बढि उमेरमा कसैको संरक्षण (फोस्टर) मा हुनु हुन्छो? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन	

अर्को पृष्ठमा निरन्तर गर्नुहोस्

❓ निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा 1-800-318-2596 मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा 1-800-318-2596 फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नहरूले 1-855-889-4325 मा फोन गर्नु पर्छ ।



वैकल्पिक: (यो जानकारी उपलब्ध गराउनुभयो भने योग्यता, योजनाका विकल्प वा लागतहरूलाई प्रभाव पार्ने छैन।)

आफूलाई मिल्ने मात्र भर्ने

19. जाति:

- गोरा कालो वा अफ्रिकन अमेरिकन अमेरिकन इण्डियन वा अलास्का बासिन्दा फिलिपिनो जापानि कोरियन एशियन इण्डियन चाइनिज
 भियतनामी अन्य एशियन हवाईन बासिन्दा ग्वामानियन वा चाएमोरो साएमोयन अन्य पाएसिफिक आइल्याण्डर अन्य

एउटा प्रतिक्रिया छनोट गर्नुहोस्।

20. जन्ममा तोकिएको लिङ्ग (तपाईंको जन्म प्रमाणपत्रमा फेला पार्न सकिन्छ):

- महिला पुरुष अन्य: थाहा छैन जवाफ दिन चाहन्न

21. हालको लिङ्ग:

- महिला पुरुष ट्रान्सजेन्डर महिला ट्रान्सजेन्डर पुरुष फरक शब्द: थाहा छैन जवाफ दिन चाहन्न

22. लैङ्गिक अभिव्यक्ति:

- द्विलिङ्गी समलिङ्गी महिला वा समलिङ्गी पुरुष सीधा (समलिङ्गी महिला वा समलिङ्गी पुरुष होइन) फरक शब्द: थाहा छैन जवाफ दिन चाहन्न

स्टेप २: व्यक्ति १ (आफैं बाट शुरु गर्नुस्)

हालको काम र तलव बारे जानकारी

- जागिर: अहिले काम गर्दै हुनु हुन्छ भने हामीलाई तपाईंको आमदानी बारेमा भन्नुस् । प्रश्न 20 बाट शुरु गर्नुहोस् । जागिर छैन: एकैचोटी प्रश्न 30 मा जानुहोस् । आफ्नै काम गर्छु: एकैचोटी प्रश्न 29 मा जानुहोस् ।

अहिलेको जागिर १:

20. जागिर दिनेको नाम

a. जागिर दिनेको ठेगाना (एच्छिक)

b. सिटि

c. स्टेट

d. जिप कोड

21. जागिर दिनेको फोन नंबर

22. तलव/टिप्स (ट्याक्स काटिनु अघि)

- घण्टाको कति साप्ताहिक प्रत्येक २ हप्ता
 महिनाको २ पटक मासिक बार्षिक

23. हप्तामा सालाखाला कति घन्टा काम गर्नु हुन्छ ?

हालको काम २: (यदि तपाईंको थप काम छ भने र बढि ठाउँ चाहिन्छ भने अर्को पेज संगै राख्नुस् ।)

24. जागिर दिनेको नाम

a. जागिर दिनेको ठेगाना (एच्छिक)

b. सिटि

c. स्टेट

d. जिप कोड

25. जागिर दिनेको फोन नंबर

26. तलव/टिप्स (ट्याक्स काटिनु अघि)

- घण्टाको कति साप्ताहिक प्रत्येक २ हप्ता
 महिनाको २ पटक मासिक बार्षिक

27. हप्तामा सालाखाला कति घन्टा काम गर्नु हुन्छ ?

28. गत बर्ष, के तपाईंले : काम परिवर्तन गर्नु भयो ? काम छाड्नु भयो ? कम घण्टा मात्र काम गर्न थाल्नु भयो ? कुनै पनि होईन ?

29. यदि आफ्नै काम हो भने ए र बि को जवाफ दिनु होस् ।

a. कामको प्रकार:

b. यो महिनाको खास आमदानी कति? (खर्च सबै घटाएर) । निर्देशनहरूमा जानुहोस्।

अर्को पृष्ठमा निरन्तर गर्नुहोस्



30. **यो महिनामा हुने अन्य आम्दानि:** आफूलाई मिल्ने सबै कुरा भर्नु होस् र रकम उल्लेख गर्नुस्, कहिले कहिले पाउनु हुन्छ । कुनै पनि होइन भने यो भर्नु होस् ।

टिप्पणी: तपाईंले बच्चाको लागि सहयोग, भेटेरान तर्फको आम्दानि वा सप्लिमेन्टल सिक्योरिटी आम्दानि (एसएसआइ) बारे बताउन जरुरि छैन ।

<input type="radio"/> बेरोजगार \$ <input type="text"/> कहलि कहलि ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> माना खर्च(आलमिनी) रकम (टपिपणी: 1/1/2019 भन्दा अघि छिनीफानो भएका सम्बन्ध-वचिछेदहरूका लागि मात्र ।) \$ <input type="text"/> कहलि कहलि ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> पेन्सन \$ <input type="text"/> कहलि कहलि ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> कृष/माछा पालन बाटको कुल आम्दानि \$ <input type="text"/> कहलि कहलि ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> सोसल सिक्योरिटी \$ <input type="text"/> कहलि कहलि ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> बहाल/रोयल्टी बाटको कुल आम्दानि \$ <input type="text"/> कहलि कहलि ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> रटिएरमेन्टको आम्दानि \$ <input type="text"/> कहलि कहलि ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> अन्य आम्दानि कसिमि: <input type="text"/> \$ <input type="text"/> कहलि कहलि ? <input type="text"/>

31. **छुटहरू (डिडक्शन्स):** आफूलाई मिल्ने सबै भर्नु होस् र रकम लेख्न होस् र तपाईं कति पटक तिर्नु हुन्छ । फेडेरल इन्कम ट्याक्स रिटर्न मा घटाउन सकिने तपाईंले कुनै कुराको लागि पैसा तिर्नु हुन्छ भने हामीलाई त्यस बारे भन्दा खेरि हेल्थ कभरेजको रकम केहि घटन सक्छ । तपाईंले भुक्तानी गर्ने बाल सहायता वा शुद्ध स्व-रोजगारको तपाईंको जवाफमा पहिले नै विचार गरिएको लागत समावेश नगर्नुहोस् (प्रश्न 29b) ।

<input type="radio"/> माना खर्च भरेको (टपिपणी: 1/1/2019 भन्दा अघि छिनीफानो भएका सम्बन्ध-वचिछेदहरूका लागि मात्र ।) \$ <input type="text"/> कहलि कहलि ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> अन्य घटाउन सकिने रकमहरु प्रकार: <input type="text"/>
<input type="radio"/> वदियार्थ ऋणको ब्याज \$ <input type="text"/> कहलि कहलि ? <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> कहलि कहलि ? <input type="text"/>

32. **यो बर्षमा तपाईंको आम्दानिमा फरक आउँछ भने यि प्रश्नको उत्तर दिनु होस्**, जस्तै तपाईंले वर्षको केही भागका लागि मात्र काममा काम गर्नुहुन्छ वा निश्चित महिनाका लागि लाभ प्राप्त गर्नुहुन्छ भने यो प्रश्न पूरा गर्नुहोस्, तर यदि तपाईंको मासिक आम्दानिमा कुनै खालको परिवर्तन आउने देख्न हुन्न भने अर्को व्यक्तिमा जानु होस् ।

यो बर्ष तपाईंको आम्दानि \$ <input type="text"/>	अर्को बर्षको तपाईंको कुल आम्दानि (यदि तपाईंलाई त्यो घटबढ होला जस्तो लाग्छ भने) \$ <input type="text"/> <input type="radio"/> यदि तपाईंको आम्दानि कति होला भनेर अनुमान गर्न गाह्रो हुन्छ भन्ने लाग्छ भने यो भर्नुहोस् ।
---	--

न्यवाद ! हामीले तपाईंको बारे जात्र खोजेको कुरा बस् यति हो ।

पुरा नगर्नुहोस् । यो जानकारीसम्बन्धी उद्देश्यहरूका लागि मात्र हो ।

स्टेप २: दोश्रो व्यक्ति

टिप्पणी: यदि यो मानिसलाई हेल्थ कभरेज चाहिन्न भने यो पेज मा भएको 1-10 प्रश्नहरूको जवाफ दिनुस् ।
यदि तपाईंको घरमा २ जना भन्दा बढि मानिस बस्छन भने 5-6 पेजहरूको फोटोकपि गर्नुस् ।



तपाईंसंग बस्ने तपाईंको श्रीमान/श्रीमति/पार्टनर र बच्चाहरु र/वा तपाईंले फाइल गर्नु भएको खण्डमा एउटै फेडरल इन्कम ट्याक्स रिटर्नमा निर्भर जो कोहिको लागि यो पेज भर्नु होस् । यदि तपाईं कर दाखिला गर्नुहुन्न भने पनि तपाईंसँग बस्ने परिवारका सदस्यहरूको नाम थप्न नबिर्सनुहोस् । कसको नाम समावेश गर्ने भन्ने कुराको थप जानकारीको लागि पेज १ मा हेर्नु होस् ।

1. पहिलो नाम	बिचको नाम	पछिल्लो नाम	सफिक्स
[Redacted]			

2. व्यक्ति १ संगको नाता ? निर्देशनहरूमा जानुहोस्	3. के यो व्यक्ति २ बिबाहित हुनु हुन्छ ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन	4. जन्ममिति (महिना/दिन/साल) [Redacted]	5. लिंग <input type="radio"/> महिला <input type="radio"/> पुरुष
--	--	---	--

6. सोसल सिक्योरिटी नंबर (एसएसएन) [Redacted] ★ यदि व्यक्ति २ को लागि हेल्थ कभरेज चाहनु हुन्छ र उनि संग एसएसएन छ भने मात्र हामीलाई यो चाहिन्छ ।

7. के व्यक्ति २ पनि व्यक्ति १ कै ठेगानामा बस्छन् ? हो होइन
यदि होइन भने, ठेगाना लेख्नु होस्: [Redacted]

8. के व्यक्ति २ को अर्को सालमा फेडरल इन्कम ट्याक्स रिटर्न गर्ने योजना छ ? (व्यक्ति २ ले फेडरल इन्कम ट्याक्स रिटर्न फाइल नगरे पनि तपाईं कभरेजको लागि निवेदन दिन सक्नु हुन्छ ।)
 हुन्छ । यदि छ भने 'सी' सम्मका प्रश्नको उत्तर दिनुहोस् । हुँदैन। यदि छैन भने एकैचोटी प्रश्न 'सी' मा जानुहोस् ।

a. के व्यक्ति २ ले आफ्नो श्रीमान/श्रीमति संग संयुक्त रूपमा फाइल गर्छन्? हो होइन
यदि हो भने, श्रीमान/श्रीमतिको नाम लेख्नु होस्: [Redacted]

b. बि. के व्यक्ति २ ले आफ्नो ट्याक्स रिटर्नमा कुनै आश्रितको नाम भर्ला ? हो होइन
यदि हो भने, आश्रित(हरु) को नाम लेख्नु होस्: [Redacted]

c. के व्यक्ति २ को नाम कुनै व्यक्तिले आश्रितको रूपमा उल्लेख गर्ला ? हो होइन
यदि हो भने, यदि 'हो' भने कर दाखिला गर्नेको नाम उल्लेख गर्नुहोस्: [Redacted] व्यक्ति २ को ट्याक्स फाइल गर्नेको संगको नाता के हो ? [Redacted]

9. के व्यक्ति २ गर्भवति छन् ? हो होइन a. यदि हो भने, यो पटकको गर्भमा कतिजना बच्चाको आशा गर्नु हुन्छ ? [Redacted]

10. के व्यक्ति २ लाई कभरेजको आवश्यकता छ ? (व्यक्ति २ को कभरेज भए पनि कम पैसामा अझ राम्रो कभरेज भएको प्रोग्राम भेटाइन्छ कि?)
 छ । यदि हो भने, निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुस्: चाहिंदैन । यदि चाहिंदैन भने, पेज ५ मा आमदानी बारेको प्रश्नहरूमा जानु होस् । यो पेजको बाँकि भाग खालि राख्न होस् ।

11. के व्यक्ति २ लाई शारीरिक, मानसिक, वा भावनात्मक स्वास्थ्य अवस्था छ भने त्यसले गर्दा गतिविधिहरू (जस्तो: नुहाउन, लुगा लगाउन / खोल्न, घरका दैनिक कामहरू आदि) सीमित गर्नुपरेको छ, विशेष स्वास्थ्य-स्याहार चाहिन्छ, वा चिकित्सा-सेवा स्थल वा नर्सिङ होममा बस्नुहुन्छ ? हो होइन

12. के व्यक्ति २ अमेरिकी नागरिक वा अमेरिकी बासिन्दा हुन् ? हो होइन

13. के व्यक्ति २ बंशानुगत वा डिराइड नागरिक हुन्? (डिराइड नागरिकको अर्थ खासगरी अमेरिका बाहिर जन्मेको भन्ने हुन्छ।)
 हो । यदि हो भने, ए र बि भर्नुहोस् । होइन. यदि होइन भने, प्रश्न १४ मा लगातार जानु होस्।

a. बिदेशि दर्ता नंबर (एलिन नंबर)	b. प्रमाणपत्र नंबर	ए र बि भरिसके पछि सोझै प्रश्न १५ मा जानु होस् ।
[Redacted]	[Redacted]	

14. व्यक्ति २ यदि अमेरिकी नागरिक हैन वा अमेरिकी वासिन्दा हैन भने, उनि संग कानुनि आप्रवासी स्ट्याट्स छ ? छ. डकुमेन्ट वा कागजको प्रकार र आइडि नंबर । निर्देशनहरूमा जानुहोस्
आप्रवास कागजको प्रकार: [Redacted] स्ट्याट्स को किसिम(स्वेच्छिक): [Redacted] व्यक्ति २ को नाम जसरी आप्रवास कागज वा डकुमेन्ट लेखिएको छ । [Redacted]

बिदेशि दर्ता वा आइ- ९४ नंबर [Redacted]	कार्ड नंबर वा राहदानी (पासपोर्ट) नंबर [Redacted]
---	---

एसइभिआइएस आइडि वा म्याद सकिने मिति (स्वेच्छिक) [Redacted]	अन्य (बर्गिकृत कोड वा प्रदान गर्ने देश) [Redacted]
--	---

a. के व्यक्ति २ अमेरिकामा १९९६ देखि बस्दै आएको छन् ? हो होइन
b. के व्यक्ति २, वा उनको श्रीमान/श्रीमति, आमा बाबु, भेटेरान वा अमेरिकन मिलिटरीको भर्ती सदस्य हुन् ? हो होइन

15. के व्यक्ति २ बिगत ३ महिना देखिको औषधिको पैसा तिर्नमा सहयोग चाहन्छन् ? हो होइन

16. के व्यक्ति २ कमसेकम एकजना १९ बर्ष भन्दा कम उमेरको बच्चासंग बस्छन् र उनि यो बच्चाको हेरचाह गर्ने मुख्य व्यक्ति हुन् ?
(यदि व्यक्ति २ वा उनीहरूको दम्पतीलै बालबच्चाको स्याहार गर्छ भने "हो" भनेर भर्नुहोस् ।) हो होइन

17. व्यक्ति २ को परिवारमा बस्ने १९ बर्ष मुनिको बाल बच्चाको नाम र तिनिहरु संगको नाता लेख्नु । (उनिहरु पेज २ मा लेखिएका बच्चाहरु नै हुन सक्छन् ।)
[Redacted]

व्यक्ति २ स्वयं उनि १८ बर्ष वा माथिको उमेरमा कसैको संरक्षकत्व(फोस्टर क्यार) मा बसेका थिए ? हो होइन

यदि व्यक्ति २ को उमेर २२ वा सोभन्दा कम छ भने यी प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्:

18. के व्यक्ति २ को जागिर बाट बिमा थियो र गएको ३ महिना भित्रमा यसबाट छुटेको थियो ? हो होइन
a. यदि हो भने, छुटेको मिति: [Redacted] / [Redacted] / [Redacted] b. बिमा छुटेको कारण: [Redacted]

19. के व्यक्ति २ पूर्णकालिन (फुल- टाइम) विद्यार्थी हो ? हो होइन

अर्को पृष्ठमा निरन्तर गर्नुहोस्

निवेदन गर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा 1-800-318-2596 मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा 1-800-318-2596 फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नहरूले 1-855-889-4325 मा फोन गर्नु पर्छ ।



वैकल्पिक: (यो जानकारी उपलब्ध गराउनुभयो भने योग्यता, योजनाका विकल्प वा लागतहरूलाई प्रभाव पार्ने छैन।)

आफूलाई मिल्ने मात्र भर्ने

21. जाति:

- गोरा कालो वा अफ्रिकन अमेरिकन अमेरिकन इण्डियन वा अलास्का बासिन्दा फिलिपिनो जापानि कोरियन एशियन इण्डियन चाइनिज
 भियतनामी अन्य एशियन हवाईन बासिन्दा ग्वामानियन वा चाएमोरो साएमोयन अन्य पाएसिफिक आइल्याण्डर अन्य

एउटा प्रतिक्रिया छनोट गर्नुहोस्।

22. जन्ममा तोकिएको लिंग (व्यक्ति 2 को जन्म प्रमाणपत्रमा फेला पार्न सकिन्छ):

- महिला पुरुष अन्य: थाहा छैन जवाफ दिन चाहन्न

23. हालको लिङ्ग:

- महिला पुरुष ट्रान्सजेन्डर महिला ट्रान्सजेन्डर पुरुष फरक शब्द: थाहा छैन जवाफ दिन चाहन्न

24. लैङ्गिक अभिव्यक्ति:

- द्विलिङ्गी समलिङ्गी महिला वा समलिङ्गी पुरुष सीधा (समलिङ्गी महिला वा समलिङ्गी पुरुष होइन) फरक शब्द: थाहा छैन जवाफ दिन चाहन्न

स्टेप २: व्यक्ति २

व्यक्ति २ ले पाउने आम्दानि बारे हामीलाई भन्नुस्
 व्यक्ति २ लाई हेल्थ कभरेजको आवश्यक नभए पनि यो पेज भर्नु होस् ।

हालको काम र आम्दानि बारे जानकारी

- जागिर:** यदि व्यक्ति २ को अहिले काम छ भने, हामीलाई उनको आम्दानि बारे बताउनु होस् । प्रश्न 22 बाट शुरू गर्नुहोस् । **जागिर छैन:** एकैचोटी प्रश्न 32 मा जानुहोस् । **आफ्नै काम:** एकैचोटी प्रश्न 31 मा जानुहोस् ।

हालको काम १:

22. जागिर दिनेको नाम

a. जागिर दिनेको ठेगाना (ऐच्छिक)

b. सिटि

c. स्टेट

d. जिप कोड

23. जागिर दिनेको फोन नंबर

24. तलव/टिप्स (ट्याक्स काटिनु अघि)

- घण्टाको कति साप्ताहिक प्रत्येक २ हप्ता
 महिनाको २ पटक मासिक बार्षिक

25. हप्तामा सालाखाला कति घन्टा काम गर्नु हुन्छ ?

हालको काम २: (यदि व्यक्ति २ को अरु पनि काम छ भने अर्को कागजको पेज थपु होस्।)

26. जागिर दिनेको नाम

a. जागिर दिनेको ठेगाना (ऐच्छिक)

b. सिटि

c. स्टेट

d. जिप कोड

27. जागिर दिनेको फोन नंबर

28. तलव/टिप्स (ट्याक्स काटिनु अघि)

- घण्टाको कति साप्ताहिक प्रत्येक २ हप्ता
 महिनाको २ पटक मासिक बार्षिक

29. हप्तामा सालाखाला कति घन्टा काम गर्नु हुन्छ ?

30. गतबर्ष व्यक्ति २ ले: काम परिवर्तन ग-यो ? काम छाड्यो ? केहि घण्टा मात्र काम ग-यो थाल्यो ? कुनै पनि होइन

31. यदि व्यक्ति २ स्वरोजगार हो भने 'ए' र 'बी' पूरा गर्नुहोस्:

a. कामको प्रकार:

b. अरु खर्च घटाएर खुद आम्दानी कति, व्यक्ति २ यो महिना पनि आफ्नो कामबाट यति नै कमाउँछन् ? निर्देशनहरूमा जानुहोस्।

\$

अर्को पृष्ठमा निरन्तर गर्नुहोस्



32. **व्यक्ति २ को यो महिनाको अन्य आम्दानि:** मिल्ने सबै कुरा भर्नु होस् र रकम तोक्नुस्, यो रकम कहिले कहिले पाउँछन्। केहि छैन भने यहाँ भर्नु होस् ।

नोट: व्यक्ति २ को बच्चाको सपोर्ट बाट आएको रकम, भेटेरानको आम्दानि, वा सप्लिमेन्टल सिक्योरिटी (एसएसआइ) बाट आएको आम्दानि बारे हामीलाई बताउन जरुरि छैन

<input type="radio"/> बेरोजगार \$ <input type="text"/> कहल्लि कहल्लि ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> माना खर्च(आलमिनी) रकम (टपिपणी: 1/1/2019 भन्दा अघि छिनीफानो भएका सम्बन्ध-वचिछेदहरूका लागि मात्र ।) \$ <input type="text"/> कहल्लि कहल्लि ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> पेन्सन \$ <input type="text"/> कहल्लि कहल्लि ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> कृषि/माछा पालन बाटको कुल आम्दानि \$ <input type="text"/> कहल्लि कहल्लि ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> सोसल सिक्योरिटी \$ <input type="text"/> कहल्लि कहल्लि ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> बहाल/रोयल्टी बाटको कुल आम्दानि \$ <input type="text"/> कहल्लि कहल्लि ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> रटिएरमेन्टको आम्दानि \$ <input type="text"/> कहल्लि कहल्लि ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> अन्य आम्दानि कसिमि: <input type="text"/> \$ <input type="text"/> कहल्लि कहल्लि ? <input type="text"/>

33. **डिडक्शन वा घटाउ:** मिल्ने कुरा सबै भर्नु होस्, रकमको उल्लेख गर्नुस् र भन्नुस् व्यक्ति २ ले यसरी कतिको पाउने गर्छ । यदि व्यक्ति २ ले फेडरल इन्कम ट्याक्स रिटर्न मा घटाउन सक्ने गरि कुनै कुरामा खर्च गरेको छ भने त्यस बारे हामीलाई भन्नु होस्, यसो गर्दा हेल्थ कभरेजको खर्च अलि घट्न सक्छ ।

व्यक्ति 2 ले भुक्तानी गर्ने बाल सहायता वा शुद्ध स्व-रोजगारको जवाफमा पहिले नै विचार गरिएको लागत समावेश नगर्नुहोस् (प्रश्न 31b)।

<input type="radio"/> माना खर्च भरेको (टपिपणी: 1/1/2019 भन्दा अघि छिनीफानो भएका सम्बन्ध-वचिछेदहरूका लागि मात्र ।) \$ <input type="text"/> कहल्लि कहल्लि ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> अन्य घटाउन सक्ने रकमहरु प्रकार: <input type="text"/> \$ <input type="text"/> कहल्लि कहल्लि ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> वदियार्थ ऋणको ब्याज \$ <input type="text"/> कहल्लि कहल्लि ? <input type="text"/>	

34. **व्यक्ति २ को आम्दानि यो बर्षमा परिवर्तन हुन्छ भने मात्र यो भर्नु होस्**, जस्तो कि व्यक्ति २ बर्षमा केहि महिना मात्र काम गर्छन भने वा केहि महिनाको मात्र बिनिफिट (फाइदा) पाउँछन् भने, व्यक्ति 2 ले आफ्नो मासिक आम्दानिमा परिवर्तनहरूको अपेक्षा गर्दै भने, अर्को व्यक्तिमा जानुहोस् ।

व्यक्ति २ को यो सालको खुद आम्दानि \$ <input type="text"/>	व्यक्ति २ को अर्को सालको खुद आम्दानि \$ <input type="text"/>	<input type="radio"/> यदि तपाईंको आम्दानि कति होला भनेर अनुमान गर्न गाह्रो हुन्छ भन्ने लाग्छ भने यो भर्नुहोस् ।
--	---	---

धन्यवाद ! हामीले व्यक्ति २ को बारेमा जात्र चाहेको कुरा यत्ति हो ।



स्टेप ३: अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काका रैथाने (एआई/एएन) घर-परिवारका सदस्य(हरू)

1. के तपाईं वा तपाईंको घर-परिवारमा कोही अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काका रैथाने हुनुहुन्छ ?

- छैन. यदि छैन भने, स्टेप ४ नै सुचारु राख्न होस् । छन । यदि छन भने, स्टेप ४ नै सुचारु राख्न होस् र एपेण्डिक्स बि पुरा गर्नु होस् र निवेदनमा संलग्न राख्न होस् ।

स्टेप ४: तपाईंको घर-परिवारको स्वास्थ्य-बिमा

1. गएको ९० दिनमा यस निवेदनमा उल्लेखित कोहि व्यक्ति मेडिकेड (निःशुल्क स्वास्थ्यविमा - Medicaid) वा बलबालिकाको स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम (CHIP) पाउनका लागि अयोग्य ठहरिएको थियो ? (स्वास्थ्यविमाबजार बाट नभई तपाईं बसेको राज्यले परिवारमा कसैलाई यस किसिमको बिमा पाउन अयोग्य ठहर गरेको भए मात्र 'हो' मा चिन्ह लगाउनुहोस्)..... हो होइन को ? मिति:

वा, के यो निवेदनमा उल्लेख कुनै व्यक्तिलाई उनीहरूको आप्रवास स्थिति (immigration status) का कारण गएका ५ वर्षमा मेडिकेड (Medicaid) वा सिएचआईपी (CHIP) पाउन अयोग्य ठहराइएको थियो ?..... हो होइन को ?

के यो निवेदनमा उल्लेख कुनै व्यक्तिले बिमा-बजार खुला दर्ता भइरहेका बेला (Marketplace Open Enrollment Period) वा बिमा लिन योग्य जीवनको महत्त्वपूर्ण घटनापछि बिमाका लागि निवेदन दिएको थियो ?..... हो होइन को ?

2. यो निवेदनमा समावेश गरिएको कुनै व्यक्तिलाई काम बाट हेल्थ कभरेज दिएको छ ? जो कसैको जागिर बाट कभरेज पाएको भए पनि 'छ' भनि चिन्ह लगाउनु होस्, जस्तो कि आमा बाबु वा श्रीमान/श्रीमति, उनिहरूले कभरेज स्विकार नगरेको भए पनि । यदि स्वास्थ्य बिमा-सुविधाको प्रस्तावका नाममा सिओबिआरए (COBRA) मात्र गरिएको छ भने 'होइन' मा चिन्ह लगाउनुहोस् । छ' भने । सुचारु राखनु होस् र एपेण्डिक्स ए पूरा गर्नु होस् । होइन ।

यदि 'हो' भने के यो राज्यको रोजगारदाता सुविधा योजना हो ? हो होइन

के यो निवेदनमा उल्लेख कसैलाई व्यक्तिगत बिमा-सुविधा पाउने स्वास्थ्य क्षतिपूर्ति बन्दोबस्त (Health Reimbursement Arrangement; HRA) वा अनुकूल साना रोजगारदाता एचआरए (Qualified Small Employer HRA; QSEHRA) प्रस्ताव गरिएको छ ? हो होइन

3. अहिले कुनै व्यक्ति हेल्थ कभरेजमा समाहित(इन्रोल) भएको छ ? छ. यदि छ भने, प्रश्न 4 सुचारु राख्नुहोस् । छैन । यदि छैन भने, स्टेप 5 मा जानुहोस् ।

4. हालको हेल्थ कभरेज बारे जानकारी (यदि २ जना भन्दा बढि व्यक्तिको अहिले हेल्थ कभरेज छ भने यो पेजको फोटो कपि गर्नुस् ।) कभरेजको किसिम बारे लेख्नुहोस्, जस्तो जागिरको बिमा, कोब्रा (सिओबिआरए), मेडिकेड, चिप (सिएचआईपी), मेडिक्यर, ट्राइक्यर, भिए हेल्थ क्यर प्रोग्राम, पिस कोर, वा अन्य । (यदि तपाईंको डाइरेक्ट क्यर वा लाइन अफ ड्युटि छ भने हामीलाई ट्राइक्यर बारेमा नभन्नु होला।)

हेल्थ कभरेजमा नाम लेखिएको (इन्रोल) व्यक्तिको नाम के हो ?

कभरेजको किसिम:

- जागिर बाट पाएको बिमा COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE भिए हेल्थ क्यर प्रोग्राम Peace Corps अन्य

व्यक्ति १:

जागिर बाट पाएको बिमा हो भने: (तपाईंले एपेण्डिक्स ए पनि भर्नु पर्छ।)

स्वास्थ्य बिमा कंपनिको नाम

पलिसि/आईडि नंबर

यदि यो अन्य किसिमको कभरेज हो भने: भर्नुस, यदि यो बजार स्वास्थ्य बिमा हो भने।

स्वास्थ्य बिमा कंपनिको नाम

पलिसि/आईडि नंबर

के यो सिमित वा लिमिटेड बिनफिट प्लान हो, स्कूल दुर्घटना पलिसि जस्तो ?..... हो होइन

हेल्थ कभरेजमा नाम लेखिएको (इन्रोल) व्यक्तिको नाम के हो ?

कभरेजको किसिम:

- जागिर बाट पाएको बिमा COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE भिए हेल्थ क्यर प्रोग्राम Peace Corps अन्य

व्यक्ति २:

जागिर बाट पाएको बिमा हो भने: (तपाईंले एपेण्डिक्स ए पनि भर्नु पर्छ।)

स्वास्थ्य बिमा कंपनिको नाम

पलिसि/आईडि नंबर

यदि यो अन्य किसिमको कभरेज हो भने: भर्नुस, यदि यो बजार स्वास्थ्य बिमा हो भने।

स्वास्थ्य बिमा कंपनिको नाम

पलिसि/आईडि नंबर

के यो सिमित वा लिमिटेड बिनफिट प्लान हो, स्कूल दुर्घटना पलिसि जस्तो ?..... हो होइन



स्टेप ५: तपाईंको मन्जुरी र हस्ताक्षर

1. के तपाईं आउँदो ५ वर्ष सम्म मार्केटप्लेसलाई आम्दानि डाटा, ट्याक्स रिटर्नस बारेको जानकारी समेत को प्रयोग गर्ने इजाजत दिनु हुन्छ ?

..... हो होइन
आउने वर्षहरूमा बिमाको सुविधामा सहयोगका लागि आफ्नो योग्यता निर्धारण गर्ने काम सजिलो पार्न कर-दाखिलाहरूसहित नवीकरण भएका आम्दानीसम्बन्धी तथ्याङ्क बिमा-बजारलाई प्रयोग गर्ने अनुमति दिन मञ्जर हुनुपर्छ । बिमा-बजारले तपाईंलाई सूचना पठाउनेछ र तपाईंलाई कुनै संशोधनहरू गर्न दिनेछ । बिमा-बजारले तपाईं सुविधा पाउन अझै पनि योग्य हो / होइन भनेर सुनिश्चित गर्नका लागि जाँचेछ, र तपाईंको आम्दानी योग्य हुनेमा पर्छ / पर्दैन भनेर पुष्टि गर्नका लागि तपाईंलाई अझै सोध्न सक्नेछ । तपाईंलाई कुनै पनि बेला यो सुविधाबाट हट्ने विकल्प छ ।

यदि होइन भने, अर्को पटकको लागि मेरो जानकारी स्वतः ताजा (अपडेट) गरिदिनु: 5 वर्ष 4 वर्ष 3 वर्ष 2 वर्ष 1 वर्ष

हेल्थ कभरेजमा तिरन सहयोगको लागि मेरो योग्यता नविकरण गर्न मेरो ट्याक्स डाटाको प्रयोग नगर्नु होला (यो रोजाईले तपाईंको नविकरणमा कभरेजको लागि रकम तिरन कुराको सहयोगमा असर पर्न सक्छ)

2. स्वास्थ्य बिमाको लागि यो निवेदन दिने मध्ये कुनै व्यक्ति थुनामा वा जेल परेको छ ?

..... हो होइन
यदि छ भने, त्यस व्यक्तिको नाम भन्नु होस् । थुनामा परेको व्यक्तिको नाम हो:

यदि यो व्यक्ति कुनै अपराध वा कसुरमा मुछिएको भए यहाँ लेख्नुहोस् ।

यदि तपाईंको निवेदनमा भएको कुनै व्यक्ति बिमा-बजारको स्वास्थ्य-सेवा पाउन दर्ता भयो र पछि उहाँ अन्य योग्य स्वास्थ्य-बिमा सुविधा (जस्तो: मेडिकेयर, मेडिकेड, वा सिएचआईपी) पाउने देखियो भने बिमा-बजारले उनीहरूको बिमा-बजारको स्वास्थ्य-बिमा सुविधा स्वतः खारेज गरिदिनेछ । यसले के पक्को गर्न सहयोग गर्छ भने जो कसैसँग अरु योग्य स्वास्थ्य-बिमा सुविधा छ, उहाँको नाम बिमा-बजारको स्वास्थ्य-बिमा सुविधा पाउनेमा रहँदैन र उहाँले पूरा लागत भुक्तान गर्नुपर्छ ।

बिमा-बजारलाई यो अवस्थामा मेरो निवेदनमा उल्लेखित व्यक्तिको स्वास्थ्य-बिमा बजारबाट लिएको सेवा अन्य गर्ने अनुमति दिन मञ्जर छ ।

बिमा-बजारलाई यो अवस्थामा स्वास्थ्य-बिमा बजारबाट लिएको सेवा अन्य गर्ने अनुमति दिन्न । मेरो निवेदनमा उल्लेख भएका प्रभावित व्यक्ति अब उप्राप्त आर्थिक सहायता पाउन योग्य हुनुहुन्न र उहाँले बिमा-बजारको स्वास्थ्य-बिमा सुविधाका लागि पूरा लागत भुक्तान गर्नुपर्छ भन्ने मैले बुझेको छु ।

यदि यो निवेदनमा भएको कुनै व्यक्ति मेडिकेडको लागि योग्य भए:

- मेडिकेड एजेन्सिलाइ अन्य स्वास्थ्य बिमा बाट कुनै पैसा खोज्न र वा तेस्रो पक्षसंग कानुनि निर्णय लिन, हाम्रो अधिकार दिएका छौं । मेडिकेड एजेन्सिलाइ मेरो श्रीमति/श्रीमति वा आमा बुबाबाट मेडिकल सहयोग लिन मेरो अधिकार प्रदान गरेको छु ।
- यो निवेदनमा भएको कुनै बालकको आमा बुबा घर बाहिर बसेका छन् ? हो होइन
- यदि हो भने, मलाई थाहा छ कि अनुपस्थित आमा बाबु बाट मेडिकल सपोर्ट लिने एजेन्सिले म संग सहयोग माग्ने छ । तर मैले यदि यसरी मेडिकल सपोर्ट गर्दा मलाई र मेरो बाल बच्चालाई नोक्सान गर्छ भन्ने लाग्यो भने मेडिकेडलाई म यो कुरा भन्न सक्ने छु र मैले यस कुरामा सहयोग गर्नु पर्ने छैन ।
- म यो निवेदनमा यो सबै कानुन अनुसार सबै कुरा सही हो भनी हस्ताक्षर गर्दै छु जसको अर्थ मैले जाने बुझे सम्म मैले यो कागजमा सबै सही उत्तर दिएको छु, मेरो उत्तर झुठा ठहरे वा मैले जानि बुझिकन झुठो कुरा लेखेको भए म फेडरल कानुन अनुसार सजायको भागी हुने छु ।
- मलाई थाहा छ कि मैले हेल्थ इन्सुरेन्स(स्वास्थ्य बिमा) मार्केटप्लेसलाई मैले यहाँ लेखेको मेरो बिबरणमा भन्दा कुनै परिवर्तन भएमा ३० दिन भित्र सो बारेमा भन्नु पर्ने छ । म HealthCare.gov मा भिजिट गर्न सक्छु वा **1-800-318-2596** मा फोनगरी यस्ता परिवर्तन बारे रिपोर्ट गर्न सक्ने छु । मलाई राम्ररी थाहा छ कि मेरो बिबरणमा आएको कुनै परिवर्तनले मेरो एवं मेरो घर परिवारको योग्यतामा असर पर्न सक्ने छ ।
- मलाई थाहा छ कि फेडरल कानुन अनुसार जात, रूप रंग, जन्मेको देश, लिङ्ग, उमेर, सेक्स स्वभाव, जेन्डर आइडेन्टिटी, वा अपांगता को कारण कुनै किसिमको पक्षपात गरिने छैन । म पक्षपात भएको बारे HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint मा भिजिट गरेर उजुरी गर्न सक्छु ।
- मलाई राम्ररी थाहा छ कि यो फर्म मा दिइएको जानकारी हेल्थ कभरेजमा मेरो योग्यताको जाँच गर्न र मेरो कभरेज (मैले अनुरोध गरेको खण्डमा) को पैसा तिरनको लागि मार्केटप्लेसको कानुनि प्रयोग, र मेरो कभरेजमा पैसा तिरन सहायक हुने कार्यक्रम (प्रोग्राम) मा मात्र प्रयोग गरिने छ ।

यदि तपाईं स्वास्थ्य-बिमा सुविधाका लागि भुक्तान गर्न सहायता पाइयोस् भनेर निवेदन दिन चाहनुहुन्छ भने तपाईंको योग्यता जाँचका लागि हामीलाई यो जानकारी खाँचो पर्छ । हामी हामीसँग भएका विद्वति तथ्याङ्कका जानकारी तथा इन्टरनल रेभिन्यू सर्भिस (Internal Revenue Service; IRS), सोसल सेक्युरिटी, डिपार्टमेन्ट अफ होमल्याण्ड सेक्युरिटी (Department of Homeland Security), र / वा उपभोक्ता रिपोर्टिङ एजेन्सीका तथ्याङ्क प्रयोग गरेर तपाईंका उत्तरहरू जाँचेछौं । यदि जानकारी मिलेन भने हामी तपाईंलाई सुनिश्चित गर्न पठाउनुहोस् भनेर भन्न सक्छौं ।

यदि मलाई मेरो योग्यताको सूचना गलत हो भन्ने लाग्यो मैले के गर्नुपर्छ ?

हामीले तपाईंको आवेदन प्रक्रिया गरेपछि तपाईंले मेलमा योग्यता सूचना प्राप्त गर्नु हुने छ । तपाईंलाई यो अफर चित्त बुझेन भने, अक्सरगरी तपाईं मुद्दा मा जान्छु भन्न सक्नु हुन्छ । तपाईंको घर-परिवारका हरेक व्यक्तिका निम्ति विशिष्ट पुनरावेदन निर्देशनहरू फेला पार्न योग्यता सूचना समीक्षा गर्नुहोस्, जसले स्वास्थ्य बिमा-सुविधाका लागि निवेदन दिएको छ, उक्त समीक्षामा पुनरावेदन दिन तपाईंलाई कति दिन छन् भन्नेसमेत समावेश छ । यसमा अपिलमा जान कति दिन बाँकि छ भन्ने कुरा समेत दिइएको हुन्छ । अपिलको लागि अनुरोध गर्दा निम्न महत्वपूर्ण कुराको जानकारी लिनु राम्रो :

- तपाईं चाहनु हुन्छ भने तपाईं आफ्नो अपिलको लागि कसैको सहयोग लिन सक्नुहुन्छ । त्यो व्यक्ति तपाईंको साथि, नातेदार, वकिल, वा अन्य कुनै व्यक्ति । वा आफ्नो अपिल तपाईं आफै लेख्न सक्नु हुन्छ ।
- अपिलको लागि अनुरोध गर्नु भयो भने तपाईंको अपिल चलिरहँदा तपाईंको कभरेज लागिको योग्यता यथावत रहि रहने हुन्छ ।
- अपिलको नतिजाले तपाईंको घर परिवारका अन्य सदस्यको योग्यतामा पनि परिवर्तन ल्याउने हुन्छ ।

मार्केटप्लेस इलिजिबिलिटी (योग्यता) को नतिजा को अपिलको लागि तपाईं HealthCare.gov/marketplace-appeals/ मा भिजिट गर्नुहोस् वा मार्केटप्लेस कल सेन्टरमा **1-800-318-2596** मा फोन गर्नुहोस् । टिटीवाई (TTY) को प्रयोगकर्ताले **1-855-889-4325** मा फोन गर्नुपर्छ । अपिल रिक्वेस्ट फर्मको लागि वा तपाईं आफ्नै पत्रको लागि तलको ठेगानामा अपिलको लागि रिक्वेस्ट मेल गर्न सक्नुहुन्छ: **Health Insurance Marketplace**, Dept. Of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. मार्केटप्लेस बाट हेल्थ इन्सुरेन्स खरिद, आवेदन अवधि, ट्याक्स छुट, खर्चको छुट, मेडिकेड र सीएचआईपी आदि जस्ता विषयमा अस्विकृत भइ आएको अवस्थामा पनि तपाईंले आफुले पाउन सक्ने वा पर्ने भन्ने योग्यता भएको दावीका लागि पुनरावेदन अपिल गर्न पाउनु हुन्छ । यदि ट्याक्स छुट वा आम्दानीबाट खर्च कटाउने संबन्धमा तपाईं सुविधा पाउन लायक ठहरिनु भो भने त्यो ठहरिएको रकम पाउनका लागि तपाईंले अपिल गर्न सक्नु हुन्छ । कुन राज्यमा बसे हो त्यसका लागि मार्केटप्लेस कै मार्फत तपाईंले अपिल गर्न पाउनु हुन्छ अनि तपाईंले राज्यको मेडिकेड वा सिएचआईपी को संस्थाको लागि पनि तपाईंले अपिलको लागि निवेदन गर्न गर्न अनुरोध गर्न सक्नु हुन्छ ।

नंबर एक को ब्यक्तीले यो निवेदनमा सही गर्ने पर्छ । यदि तपाईं आधिकारिक वारेस प्रतिनिधि हो भने तपाईंले यहाँ सही गर्नु पर्छ जवकि परीशिष्ट सी मा मुख्य वा पहिलो नंबरको ब्यक्तीले सही गर्छन भने ।

सही	सही गरेको मिति (महिना/गते/साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

यदि तपाईं यो आवेदन खुल्ला भर्ना (नोभेम्बर 1 र जनवरी 15 बीच) भन्दा बाहिरको मिति मा हस्ताक्षर गर्दै हुनुहुन्छ भने, परिशिष्ट डी (Appendix D) को निश्चित रुपमा समीक्षा गर्नुहोला। (" जीवन परिवर्तनका बारेमा प्रश्नहरू")

? निवेदन गर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा **1-800-318-2596** मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा **1-800-318-2596** फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटीवाई (TTY) प्रयोग गर्नहरूले **1-855-889-4325** मा फोन गर्नु पर्छ ।



स्टेप ६: निवेदन राम्रोसंग पुरै भरे पछि हुलाक मार्फत पठाइ दिनु होला ।



तपाईंले सही गरेको यस निवेदन यो ठेगाना लेखी हुलाक मार्फत पठाउनु होला ।

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



यदि तपाईंले मतदाता नामावलीमा नाम दर्ता गर्न चाहानु हुन्छ भने मतदाता दर्ता फारम यो वेब-साइट [Vote.gov](https://www.vote.gov) मा गइ भर्नुहोला ।

अंग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग लिनका लागि

यदि तपाईं, अथवा तपाईंले सहयोग गरिरहनु भएको अरु कोहि संग स्वास्थ्य बिमाको बजारको बारेमा प्रश्नहरू छन् भने, तपाईंलाई आफ्नो भाषामा निशुल्क सहयोग र जानकारी लिने अधिकार छ। दोभाषे संग कुरा गर्नको लागि **1-800-318-2596** मा फोन गर्नुहोस्।

यहाँ, उपलब्ध भाषाहरू र ती भाषामाथि दुरुस्त प्रदान गरिएको सन्देशको एक सूची छ:

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.

पिआरए डिस्कलोजर स्टेटमेन्ट: १९९५ को कागजको काम घटाउने कानून अनुसार, कुनै पनि मानिसले संग्रहित सबै जानकारीको जवाफ दिनु आवश्यक छैन जब सम्म त्यसले कानूनसम्मत वा प्रमाणित ओएमबि नियन्त्रण नंबर देखाउँदैन । यो जानकारी संग्रहको लागि प्रमाणित नियन्त्रण नंबर ०९३८-११९१ हो । यो जानकारीको संग्रह प्रत्येकको जवाफ दिन निर्देशन हेर्न, डाटाको स्रोत हेर्न, आवश्यक डाटा जम्मा गर्न, यो जानकारी भर्न र दोह-याउन औसतमा ४५ मिनेट लाग्छ । यदि यो समय बारे तपाईंको कुनै टिप्पणी भए वा यो फर्मलाई अझ राम्रो बनाउन कुनै सुझाव भए कृपया निम्न ठेगानामा लेख्न होस्: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

? निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) मा हेर्नुहोस् वा **1-800-318-2596** मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा **1-800-318-2596** फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरूले **1-855-889-4325** मा फोन गर्नु पर्छ ।

अंग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग लिनका लागि (निरन्तर)

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, કૌલ 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。

पिआरए डिस्क्लोजर स्टेटमेन्ट: १९९५ को कागजको काम घटाउने कानून अनुसार, कुनै पनि मानिसले संग्रहित सबै जानकारीको जवाफ दिनु आवश्यक छैन जब सम्म त्यसले कानूनसम्मत वा प्रमाणित ओएमबि नियन्त्रण नंबर देखाउँदैन । यो जानकारी संग्रहको लागि प्रमाणित नियन्त्रण नंबर ०९३८-११९१ हो । यो जानकारीको संग्रह प्रत्येकको जवाफ दिन निर्देशन हेर्न, डाटाको स्रोत हेर्न, आवश्यक डाटा जम्मा गर्न, यो जानकारी भर्न र दोह-याउन औसतमा ४५ मिनेट लाग्छ । यदि यो समय बारे तपाईंको कुनै टिप्पणी भए वा यो फर्मलाई अझ राम्रो बनाउन कुनै सुझाव भए कृपया निम्न ठेगानामा लेख्न होस्: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

? निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) मा हेर्नुहोस् वा **1-800-318-2596** मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा **1-800-318-2596** फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरूले **1-855-889-4325** मा फोन गर्नु पर्छ ।



परिशिष्ट A: काम गर्ने ठाँउबाट स्वास्थ्य बीमा ब्यहोर्ने कुरा

यदि तपाईंको घरका सदस्य वहाँ/उन को कामबाट हेल्थ कभरेज पाउन लायक भएमा मात्रै, अन्यथा यि प्रश्नहरूको जवाफ तपाईंले दिनु पर्दैन, उनिहरूले हेल्थ कभरेज नदिने भएमा पनि समेत, । यदि कसैलाई स्वास्थ्य बिमा-सुविधाको प्रस्तावका नाममा सिओबिआरए (COBRA) मात्र गरिएको छ भने तपाईंले यी प्रश्नहरूको पनि उत्तर दिनुपर्दैन । जती पनि कामको अफिसबाट हेल्थ कभरेज दिने ब्यवस्था छ, हरेकको लागि यो पेजको फोटोकपी संलग्न गर्नु होला ।

हेल्थ कभरेज सुबिधा दिने कामको बारेमा भन्नुहोस ।

यो पेजको फोटोकपी गरी जुन कामको अफिसले हेल्थ कभरेज उपलब्ध गराउंछ, उक्त काम दिने रोजगारदाता कहाँ लागि सोधिएका प्रश्नहरूको जवाफ भर्न मद्दत माग्यु होस ।

रोजगारदाताको जानकारी

1. काम गर्ने ब्यक्तिको (पुरा नाम थर)	2. काम गर्ने ब्यक्तिको सोसल सेक्युरिटी नंबर (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

काम दिने को विवरण

3. रोजगारदाता/ कम्पनीको नाम	
<input type="text"/>	
4. काम दिने को इम्प्लोइमेन्ट आइडेन्टिफिकेसन नंबर (EIN)	5. काम दिनेको फोन नंबर
<input type="text"/>	<input type="text"/>

अब, कर्मचारी लाभ प्रबन्धन गर्ने व्यक्ति वा विभागको जानकारी प्रविष्ट गर्नुहोस । यदि हामीलाई थप जानकारी चाहिएमा हामी यो व्यक्तिलाई सम्पर्क गर्न सकौं ।

6. हामीले कर्मचारीको स्वास्थ्य बिमाको बारेमा सम्पर्क गर्न सक्ने व्यक्ति वा विभाग		
<input type="text"/>		
7. रोजगारदाताको ठेगाना (बजारले यो ठेगानामा सुचनाहरु पठाउन सक्छ)		
<input type="text"/>		
8. सीटी	9. स्टेट	10. जीप कोड
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. फोन नंबर (यदि माथि लेखेको भन्दा फरक भएमा मात्रै)	12. इमेल ठेगाना	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. के कर्मचारीलाई यो रोजगारदाताले स्वास्थ्य बिमा-सुविधाको प्रस्ताव गरेको छ ? यदि उहाँहरूले अर्को महिनादेखि स्वास्थ्य बिमा-सुविधा पाउने प्रस्ताव गर्नुहुन्छ वा जनवरी १ अनुसार स्वास्थ्य बिमा-सुविधाका लागि खुला दर्ता म्यादमा निवेदन दिइराखेको छ भने मात्र 'हो' छान्नुहोस् (नोभेम्बर १ - जनवरी १५)।

- यदि हो भने (जारी) राख्न होस । छैन (रोजगारदाता: रोक्नुहोस र यो फारम कर्मचारीलाई फिर्ता गर्नुहोस।
कर्मचारी: बजार बिमाको लागि तपाइको आबेदन मा फिर्ता जानुहोस।)

के रोजगारदाताले एक यस्तो स्वास्थ्य योजना प्रस्ताव गरेको छ जसले कर्मचारीको पति /पत्नी वा उसमा निर्भर (हरु) लाई बीमा गर्दछ?

- हो। यदि हो भने, कसलाई? पति/ पत्नी निर्भर (हरु) होइन (प्रश्न १४ मा जानुहोस)

कर्मचारीको परिवारका कुनैपनि मान्छेका नामहरु सुचिकृत गर्नुहोस जो उहाँको जागिरबाट बिमाको लागि योग्य छन्।

नाम
<input type="text"/>
नाम
<input type="text"/>
नाम
<input type="text"/>

अर्को पृष्ठमा निरन्तर गर्नुहोस्



यो रोजगारदाताले दिने सब भन्दा सस्तो मूल्यको हेल्थ इन्सुरेन्स प्लानका बारेमा बताउनु होस ।

14. के रोजगारदाताले उपलब्ध गराउने हेल्थ इन्सुरेन्स प्लानले अत्यावश्यक* न्यूनतम सेवा उपचार प्राप्त गर्न सक्छ ?

- हो (प्रश्न १५ मा जानुस) होइन (रोकनुस र यो फारम कामदारलाई फिर्ता गर्नुहोस्)

15. १५. प्रस्तावित न्यूनतम शुल्कको योजनाको लागि कर्मचारीले कति तिर्नु पर्ला **कामदार को लागि मात्र** जसले न्यूनतम मूल्य मानकलाई पुरा गर्छ*? पारिवारिक योजनालाई संलग्न नगर्नुस।

a. कामदारले यो प्रिमियम भुक्तानी गर्नेछ। \$

विवरण: कामदारले भुक्तानी गर्न सक्ने न्यूनतम स्वास्थ्य बिमाकृत राशी प्रविष्ट गर्नुहोस्।

- b. कामदारले यो शुल्क भुक्तानी गर्नेछ : हप्तैपिच्छे हरेक दुइ हप्तामा महिनामा दुइ पटक महिनामा एक पटक तीन महिनामा एकचोटी
 वार्षिक

16. यदि अरू परिवारका सदस्य प्रश्न 13 मा सूचीकृत गरिएको छ: कर्मचारी र प्रश्न 13 मा सूचीकृत घरका सदस्यहरूको बिमा-खर्च बेहोर्ने सबैभन्दा कम लागतको बिमाका लागि कर्मचारीले कति तिर्नुपर्छ ? यदि रोजगारदाताले आरोग्यता कार्यक्रमहरू अधिसार्नुहुन्छ, कर्मचारीले कुनै पनि सुतिसेवन छाड्ने कार्यक्रमहरूका लागि अधिकतम छुट पाउने र आरोग्यता कार्यक्रमहरूमा आधारित अरू कुनै छुटहरू नपाएका खण्डमा कर्मचारीले तिर्नुपर्ने बिमा-शुल्क भर्नुहोस् ।

a. कामदारले यो प्रिमियम भुक्तानी गर्नेछ। \$

- b. कामदारले यो शुल्क भुक्तानी गर्नेछ : हप्तैपिच्छे हरेक दुइ हप्तामा महिनामा दुइ पटक महिनामा एक पटक तीन महिनामा एकचोटी
 वार्षिक

* एउटा स्वास्थ्य योजनाले न्यूनतम मूल्य मानक तब पूरा गर्छ जब यसले चिकित्सा सेवाको कुल लागतको कम्तिमा ६०% भुक्तानी गर्छ जहाँ एक मान्य जनसंख्याका लागि अस्पताल र डाक्टर सेवाहरूको पर्याप्त सुबिधा प्रदान गरिन्छ। सबैभन्दा धेरै, काममा आधारित योजनाहरूले न्यूनतम मूल्य मानक पूरा गर्छन।





परिशिष्ट C: यो निवेदन पूरा गर्न सहायता गर्नुहोस् ।

निवेदन भर्न अनुमती प्राप्त वकिल, परामर्श-दाता, संचालक, प्रतिनिधि र दलालका लागि मात्र

यदि तपाईं कसैको निवेदन भर्न अनुमती प्राप्त वकिल, परामर्शदाता, संचालक, प्रतिनिधि र दलाल हो भने यो खण्डमा भनेको कुरा पूरा गर्नु होला ।

1. निवेदन सुरु मिति (महिना/गते/साल) / /	
2. पुरा नाम, थर र कुनै जोडिएको शब्द भएमा	
3. संस्थाको नाम	
4. परिचयपत्र नंबर (यदि छ भने)	5. प्रतिनिधि / दलालका लागि मात्र : एनपिएन नंबर

तपाईंले अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि छनौट गर्न सक्नु हुन्छ ।

तपाईंले आफ्नो विश्वासिलो मानिसलाई यस निवेदनका संबन्धमा तपाईंको तर्फबाट हामी संग कुराकानी गर्न, तपाईंका विवरणहरू हेर्न र यस निवेदनका संदर्भमा तपाईंले गर्नु पर्ने कार्यहरू तपाईंका तर्फबाट कार्य गर्ने, तपाईंको निवेदनको बारेमा जानकारी लिने, तपाईंको तर्फबाट निवेदनमा सही गरी दिने, जस्ता कार्यहरू गर्ने यस्ता ब्यक्तिलाई "अक्तियार प्राप्त प्रतिनिधि" भनिन्छ । यदि कुनै बखत अक्तियार प्राप्त प्रतिनिधि फेरु पर्‍यो वा हटाउनु पर्‍यो भने "मार्केटप्लेस" मा संपर्क गर्नु पर्ने हुन्छ । यस निवेदनका सन्दर्भमा यदि तपाईं कसैको आधिकारिक वारेस, कानूनत नियुक्त प्रतिनिधि हो भने त्यसको प्रमाण समेत यस निवेदनमा संलग्न गर्नु होला ।

1. आधिकारिक प्रतिनिधिको नाम (पुरा नाम थर)		
2. ठेगाना	3. घरको ठेगाना २	
4. सिटी	5. स्टेट वा राज्य	6. जिप कोड
7. फोन नंबर () -		
8. फोन नंबर		
9. परिचयपत्र नंबर (यदि छ भने)		

यसमा हस्ताक्षर गरेर, तपाइले यस ब्यक्तिलाई तपाइको निवेदनमा तपाइको तर्फबाट सही गर्न, यस निवेदन बारेमा आधिकारिक सूचना प्राप्त गर्न र यस निवेदनका विषयमा भविष्यमा आइपर्ने विषयहरूमा तपाइको तर्फबाट कार्य गर्न मन्जुरी दिइएको मानिने छ ।

10. यस निवेदनमा माथि PERSON 1 नंबर एक भनिएको ब्यक्तिको सही ।	11. सही गरेको मिति (महिना/गते/साल)
--	------------------------------------





परिशिष्ट D: जिन्दगीमा आउने परिवर्तन संबन्धका प्रश्नहरू

(तपाईंले यो निवेदन पूर्ण रूपले भर्दा यो पृष्ठ अनिवार्य रूपले साथै भर्नु पर्ने हुन्छ । यो पृष्ठ मात्रै छुट्टै नबुझाउनु होला ।)

यदि यो निवेदनमा उल्लेख कुनै व्यक्तिको बितेका 60 दिनभित्र (वा आउँदा 60 दिनभित्र हुने आशा गरिएको) जीवनका महत्त्वपूर्ण घटना जस्तो- बिमा-सेवा गुमेको, बिहे गरेको, वा सन्तान भएको छ भने यो पृष्ठका खाली ठाउँ भर्नुहोस् र पूरा गरेर तपाईंले हस्ताक्षर गरेको निवेदनसँग समावेश गर्नुहोस् । जीवनका निश्चित परिवर्तनहरूले तपाईंलाई बिमाले दिने सेवा तत्काल शुरू गर्ने अनुमति दिन्छ । यदि तपाईं स्वास्थ्य बिमा-सुविधाका लागि खुला दर्ता म्याद (Open Enrollment) भन्दा अरु समयमा निवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने हामी यी प्रश्नहरूको पनि उत्तर दिन सिफारिश गर्छौं (नोभेम्बर 1 - जनवरी 15) ।

यी प्रश्नहरू स्वेच्छिक हुन । यदि तपाईंको जिवनमा खासै बदलाव आएको छैन भने तपाईंले जवाफको कोठा खाली छोडे पनि हुन्छ । यदि तपाईंको जिवनमा कुनै बदलाव आएको छैन भने पनि तपाईंले मेडिकेड र चिल्ड्रेन्स हेल्थ इन्सुरेन्स प्रोग्राम (CHIP)मा वर्षको जुन सुकै अवधिमा पनि नाम दर्ता गर्न सक्नु हुन्छ । केन्द्रीय सरकारबाट मान्यता प्राप्त जनजाति र अलस्का नेटिभ हिस्सेदारले पनि मार्केटप्लेस मार्फत वर्षको जुनसुकै समयमा पनि कभरेजका लागि दर्ता गर्न सक्नु हुनेछ ।

तपाईंको घर-परिवारमा आएको फेर-बदल संबन्धमा भन्नुहोस् ।

1. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कसैले आफ्नो योग्य स्वास्थ्य बिमा गुमाएको छ, अथवा आउने ६० दिन भित्रमा योग्य स्वास्थ्य बिमा गुमाउने सम्भावना छ?

नाम(हरू)	कभरेज अन्त्य भएको वा अन्त्य हुने मिति (महिना/गते/साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कसैले विवाह गरेको छ?

नाम(हरू)	मिति (महिना/गते/साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

a. पछिल्लो ६० दिन भित्र कुनै पनि समयमा यी कुनै मान्छेहरू संग योग्य स्वास्थ्य बिमा थियो ?..... हो होइन

थियो भने उनीहरूको यहाँ नाम (हरू) भर्नुहोस्:

3. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कसैले बंदिकरण (जेल अथवा थुना) बाट छुटकारा पाएको छ?

नाम(हरू)	मिति (महिना/गते/साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कसैले योग्य आप्रवासी दर्जा प्राप्त गर्नु भएको छ?

नाम(हरू)	मिति (महिना/गते/साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कोहि कसैबाट गोद लीइएको, गोद लिनको लागि राखिएको, अथवा पालन पोषणको लागि राखिएको थियो?

नाम(हरू)	मिति (महिना/गते/साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा बच्चाको समर्थन अथवा अरु कुनै अदालतको आदेशको कारण कोहि आश्रित हुनुभएको छ?

नाम(हरू)	मिति (महिना/गते/साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. के बितेका ६० दिनभित्र तपाईंको घरमा कोही बसाइँ सरेर आएको छ ?

नाम(हरू)	घर सरेको मिति (महिना/ गते/ साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

a. तपाइको पुरानो ठेगानाको जिप कोड कुन हो? यदि तपाईं अन्य देश वा अमेरिकी भू-स्वामित्वका भूमिबाट बसाइँ सर्नुभएको हो भने यहाँ भर्नुहोस् ।

b. पछिल्लो ६० दिन भित्र कुनै पनि समयमा यी कुनै मान्छेहरू संग योग्य स्वास्थ्य बिमा थियो ?..... हो होइन

यदि थियो भने, उनीहरूको नाम (हरू) निम्न रूपमा प्रविष्ट गर्नुहोस्:

नाम(हरू)
<input type="text"/>