



# طلب للتغطية الصحية والمساعدة في دفع التكاليف

← قدم أسرع عن طريق الإنترن트 على موقع [HealthCare.gov](#)

- خطط من سوق التأمين الصحي تقدم تغطية شاملة تساعدك على البقاء بصحة جيدة.
- انتeman ضريبي يمكنك أن يساعدك في الحال على دفع أقساطك التأمينية الخاصة بتغطية التأمين الصحي.
- تغطية مجانية أو منخفضة التكلفة من برنامج Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP). قد يتأهل أصحاب مستويات دخل معينة للاشتراك في برنامج مجانية أو منخفضة التكلفة.

استخدم هذا التطبيق  
لمعرفة التغطية التي  
أنت مؤهل لها

- استخدم هذا الطلب للتقديم لأي فرد في عائلتك.
- قدم حتى لو كان لديك أو زوجك أو طفلك تغطية تأمينية صحية بالفعل. قد تكون مؤهلاً لتغطية مجانية أقل تكلفة.

من يمكنه استخدام هذا  
الطلب?

- إذا كنت بمفردك، يمكنك استخدام استمارة مختصرة. قم بزيارة [HealthCare.gov](#).
- يمكن للعائلات التي تضم مهاجرين تقديم طلب. يمكنك التقديم لطفلك حتى لو لم تكن أنت مؤهلاً للتغطية. لن يؤثر التقديم على حالة هجرتك أو فرصك في أن تصبح مقيد دائم أو مواطن.
- إذا كان هناك شخص ما يساعدك على استكمال هذا الطلب، قد تحتاج إلى استكمال ملحق C.

ما الذي تحتاج أن تقدم  
عليه

- أرقام الضمان الاجتماعي (SSNs) (أو أرقام الوثائق الخاصة بأي مهاجرين مؤهلين يحتاجون إلى تغطية).
- معلومات عن صاحب العمل والدخل لكل فرد في عائلتك (على سبيل المثال من إيصالات مفردات المرتب أو نماذج إقرار الدخل والضريبية W-2s أو بيانات الأجر والضريبة).
- أرقام بوليصة التأمين لأي تأمين صحي حالي.
- معلومات أي تأمين صحي مرتبط بالوظيفة متاح لعائلتك.

نحن نطلب منك معلومات حول الدخل وغيرها من المعلومات لخبرك بالتغطية التي تتأهل لها وإذا ما كان بإمكانك أن تحصل على أي مساعدة في دفع تكاليفها. سوف نحفظ بكل معلوماتك في إطار من الأمان والسرية حسبما يقتضيه القانون. للحصول على بيان قانون الخصوصية، قم بزيارة الموقع الإلكتروني [HealthCare.gov](#) أو تحقق من التعليمات.

لماذا نطلب منك هذه  
المعلومات؟

قم بعمل نسخة للاحتفاظ بها، ثم أرسل طلبك الكامل والموقع إلى العنوان في الصفحة 8. إذا لم يكن لديك كل المعلومات التي نطلبها، وقع على طلبك وسلمه على أي حال. سوف تتتابع معك خلال فترة تتراوح ما بين 1-2 أسبوع، وقد تتأخر اتصالاً من سوق التأمين الصحي إذا احتجنا إلى المزيد من المعلومات. سوف تتناقش إشعار تحديد الأهلية من خلال البريد بعد معالجتنا لطلبك. إذا لم يصلك رد منا، اتصل على مركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي. ولا يعني ملء هذا الطلب أنه ينبغي عليك شراء تغطية تأمين صحي.

ما الذي يحدث في  
الخطوة التالية؟

- عن طريق الإنترن트: [HealthCare.gov](#)
- عن طريق الهاتف: اتصل بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي على الرقم: 1-800-2596-1.
- ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY TTY الاتصال على الرقم: 1-855-889-4325.
- شخصياً: قد يكون هناك مستشارين في منطقتك يمكنهم مساعدتك. قم بزيارة موقع [HealthCare.gov](#) أو الاتصال بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي على هاتف 1-800-2596-1 لمزيد من المعلومات.
- لغات أخرى: إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف 1-800-2596-1 وأخبر ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك.

احصل على مساعدة  
في هذا الطلب



# لا تملأ هذا فقط لأغراض الإعلام فقط.

صفحة 1 من 9



اكتب بأحرف كبيرة باستخدام حبر أسود أو أزرق داكن فقط.

املأ الدوائر (○) بهذا الشكل ←

## خطوة رقم 1: أخبرنا عن نفسك.

(نحتاج إلى فرد بالغ في أسرتك ليكون جهة اتصال بشأن طلبك.)

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الآخر	اللقب
2. عنوان المنزل (اتركه فارغاً إذا لم يكن لديك منزل).			
4. المدينة	5. الولاية	6. الرمز البريدي	7. المقاطعة
8. العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)			
9. العنوان البريدي 2			
10. المدينة			
11. الولاية	12. الرمز البريدي	13. المقاطعة	
14. رقم الهاتف			
15. رقم الهاتف الثاني			
16. هل تزيد الحصول على معلومات حول هذا الطلب عن طريق البريد الإلكتروني؟ ..... ○ نعم ○ لا			
عنوان البريد الإلكتروني:			
تحديثاً	خطياً		17. اللغة المفضلة:

## خطوة رقم 2: أخبرنا عن عائلتك.

ما الذي تحتاج إلى تضمينه في هذا الطلب؟

قم بتعبئة صفحات الخطوة رقم 2 لكل فرد في عائلتك، حتى إذا كان هذا الفرد يحظى بتغطية تأمين صحي بالفعل. تساعدنا المعلومات الواردة في هذا الطلب على التأكد من أن كل فرد يصل على أفضل تغطية يمكنه أن يحصل عليها. يتوقف مقدار المساعدة أو نوع البرنامج الذي تتأهل له على عدد الأفراد الموجودين في عائلتك ودخولهم. إذا لم تدرج شخص ما، حتى لو كان لديه تغطية صحية، فإن نتائج تأهلك يمكن أن تتأثر.

**بالنسبة للبالغين الذين يحتاجون إلى تغطية:**

أدرج هؤلاء الأشخاص حتى لو لم يتقدموا للتغطية الصحية بأنفسهم:

- أي زوج/زوجة
- أي ابن أو ابنة تحت سن 21 سنة يعيشون معك، بما في ذلك ابن الزوج/الزوجة
- أي شخص آخر على نفس إقرار ضريبة الدخل الفدرالي (بما في ذلك أي أطفال فوق سن 21 سنة المفترض وجودهم في إقرار الدخل الضريبي للوالدين). أنت لا تحتاج إلى أن تتقدم بالضرائب لتحصل على تغطية صحية.

**بالنسبة للأطفال تحت سن 21 سنة الذين يحتاجون إلى تغطية:**

أدرج هؤلاء الأشخاص حتى لو لم يتقدموا للتغطية الصحية بأنفسهم:

- أي والد (أو والد زوج/زوجة) يعيشون معك
- أي شفاعة يعيشون معك
- أي ابن أو ابنه يعيشون معك، بما في ذلك ابن الزوج/الزوجة
- أي زوج يعيش معك
- أي شخص آخر في نفس إقرار ضريبة الدخل الفدرالي أنت لا تحتاج إلى أن تتقدم بالضرائب لتحصل على تغطية صحية.

قم بإتمام الخطوة 2 لكل فرد في عائلتك.

ابداً بنفسك، ثم أصنف البالغين الآخرين والأطفال. إذا كان لديك أكثر من فرد في عائلتك، سوف يتبعن عليك إنشاء نسخة من الصفحات وإرفاقها.

لازم نسيت كه وضعيت مهاجرت و يا SSN اعضاي خانواده خود را که به پوشش درمانی نیاز ندارند، ارائه دهید. سوف نحتفظ بكل معلوماتك في إطار من الأمان والسرية حسبما يقتضي القانون. سوف نستخدم المعلومات الشخصية فقط لتحقّق ما إذا كانت مؤهلاً للتغطية الصحية أم لا.

هل تحتاج إلى مساعدة في طلبك؟ تفضل بزيارة الموقع التالي [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)، أو اتصل على الرقم: 1-800-318-2596. إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف

1-800-318-2596 وأخيراً مثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك. ويمكن لمستخدمي الهواتف الصوتية TTY الاتصال على الرقم: 1-855-889-4325.







# لا تملأ هذا فقط لأغراض الإعلام فقط.

صفحة 4 من 9



ملاحظة: إذا لم يكن هذا الشخص يحتاج إلى تغطية صحية، فقط أجب عن الأسئلة 1-10 في هذه الصفحة. انسخ نسخة من الصحفات 5-4 إذا كان هناك أكثر من شخصين في بيتك.

## خطوة رقم 2: شخص رقم 2

استكمل هذه الصفحة وعن زوجك والأطفال الذين يعيشون معك، وأي شخص في نفس إقرار ضريبة الدخل الفرالي إذا قدمت واحد. إذا لم تتقى بقرار ضريبي، تذكر أنه لا يزال عليك أن تدرج أفراد الأسرة الذين يعيشون معاك. انظر صفحة 1 لمزيد من المعلومات حول الأشخاص الذين ينبغي إدراجهم.

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	اللقب
2. العلاقة بالشخص؟ انتقل إلى التعليمات.	3. هل الشخص رقم 2 متزوج نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>	4. تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	5. الجنس <input type="radio"/> أنثى <input checked="" type="radio"/> ذكر
6. رقم الضمان الاجتماعي (SSN) نحوحتاج إلى هذا إذا كنت تزيد تغطية صحية للشخص رقم 2، وكان الشخص رقم 2 يمتلك رقم ضمان اجتماعي.	7. هل يقيم الشخص رقم 2 في نفس العنوان الذي يقيم فيه الشخص رقم 91? نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>	8. هل يخطط الشخص رقم 2 أن يتقدم بقرار ضريبي على الدخل الفرالي العام القادم؟ (لا يزال بإمكانك أن تتقى التغطية حتى لو لم يتقدم الشخص رقم 2 بقرار ضريبي على الدخل الفرالي). نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، قم بالإجابة على البنود من "a" إلى "c". لا. إذا كانت الإجابة بلا، تخطي إلى البند 5. 9. هل الشخص رقم 2 حامل؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>	a. هل سيتقدم الشخص رقم 2 بشك مشاركة مع زوج/زوجة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، اكتب اسم الزوجة/الزوجة: <input type="text"/> b. هل سيطالب الشخص رقم 2 بأي معايلين على الإقرار الضريبي الخاص به؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أدرج اسم (أسماء) المعالين: <input type="text"/> c. هل سيطالب الشخص رقم 2 كمعال على الإقرار الضريبي لشخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أدرج اسم مقدم الإقرار الضريبي: <input type="text"/>
10. هل يحتاج الشخص رقم 2 إلى تغطية صحية؟ (حتى لو كان لدى الشخص رقم 2 تغطية صحية، فقد يكون هناك برنامج أفضل في التغطية أو أقل في التكاليف). نعم. إذا كانت الإجابة بلا، تخطي هذا السؤال إلى أسئلة الوراء أدناه.	11. هل يعني الشخص رقم 2 من حالة صحية بدنية أو عقلية أو وجذانية تشيكليقيود على أنشطته (على سبيل المثال الاستحمام، ارتداء الملابس، الأعمال الروتينية اليومية، إلخ)، أو يقيم في مرفق طبي أو دار رعاية؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>	12. هل الشخص رقم 2 من مواطني الولايات المتحدة أو حاصل على الجنسية الأمريكية؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>	13. هل الشخص رقم 2 مواطن بالتجنس أو الاشتراك؟ (يعني هذا عادةً أنه ولد خارج الولايات المتحدة) نعم. إذا كانت الإجابة بلا، تابع إلى سؤال رقم 14. 14. إذا لم يكن الشخص رقم 2 مواطن أمريكي أو حاصل على الجنسية الأمريكية، هل هو مؤهل لحالة هجرة؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/> نوع المهاجرة: نوع الحالات (اختياري): <input type="text"/> 15. هل أقام الشخص رقم 2 مساعدة في دفع فواتير الرعاية الطبية من الشهور الثلاثة الماضية؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>
16. هل يقيم الطفل رقم 2 مع طفل واحد على الأقل تحت سن 19 سنة، و هل الشخص رقم 2 هو الشخص الرئيسي الذي يعتني بهذا الطفل؟ (أدرج الإجابة "نعم" إذا كان الشخص رقم 2 أو زوجه يعتني بهذا الطفل). نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>	17. أخبرنا عن أسماء الأطفال الذين تحت سن 19 سنة الذين يعيشون مع شخص رقم 2 في بيته وعلقته بهم: (يمكن أن يكون هؤلاء الأطفال هم نفس الأطفال المدرجون في صفحة 2) <input type="text"/> هل كان الشخص رقم 2 في دار حضانة في سن 18 أو أكبر؟ الإجابة عن هذه الأسئلة إذا كان الشخص رقم 2 في سن 22 أو أصغر: نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>	18. هل لدى الشخص رقم 2 تأمين من خلال عمله وفقه خلال الشهور الثلاثة الماضية؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/> إذا كانت الإجابة بنعم، ما هو تاريخ الانتهاء: <input type="text"/> 19. هل الشخص رقم 2 طالب بدءاً من شهر كامل؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>	20. ختيري: (لن يؤثر تقديم هذه المعلومات على الأهلية أو خيارات الخطة أو التكاليف). السالة: ○ أبيض ○ أسود أو أمريكي أفريقي ○ فلبيني ○ ياباني ○ كوري ○ هندي آسيوي ○ صيني ○ فنلندي ○ أسيوي من دولة أخرى من مواطنين هواي الأصليين ○ غامبيين أو تشارلزري ○ سامواي ○ مواطن آخر من ساكني جزر المحيط الهادئ ○ أخرى هل تحتاج إلى مساعدة في طبلة؟ تفضل بزيارة الموقع التالي <a href="http://HealthCare.gov">HealthCare.gov</a> ، أو اتصل على الرقم: 1-800-318-2596. إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف 1-800-318-2596 وأخيراً ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: 1-855-889-4325.



# لا تملأ هذا فقط لأغراض الإعلام فقط.

صفحة 5 من 9



أخبرنا عن أي دخل يحصل عليه الشخص رقم 2.  
استكمل هذه الصفحة حتى لو كان الشخص رقم 2 لا يحتاج إلى تغطية صحية.

## خطوة رقم 2: شخص رقم 2

### الوظيفة الحالية & معلومات الدخل

موظف:

إذا كان الشخص رقم 2 موظف حاليًا، أخبرنا عن دخله. ابدأ بالبند 22.

#### الوظيفة الحالية 1:

اسم صاحب العمل 22.

عنوان صاحب العمل

b.المدينة

c.الولاية

d.الرمز البريدي

رقم هاتف صاحب العمل 23.

متوسط عدد ساعات العمل كل أسبوع 25.

كل أسبوع

كل ساعه

كل 2 أسبوع

كل ساعة

شهرياً

سنويًا

e.الأجر/الحوافز(قبل الضرائب)

مرتبين في الشهر

\$

شهرياً

سنويًا

كل ساعه

كل 2 أسبوع

كل ساعه

شهرياً

سنويًا

اسم صاحب العمل

عنوان صاحب العمل

b.المدينة

c.الولاية

d.الرمز البريدي

رقم هاتف صاحب العمل 27.

متوسط عدد ساعات العمل كل أسبوع 29.

كل أسبوع

كل ساعه

كل 2 أسبوع

كل ساعه

شهرياً

سنويًا

f.الأجر/الحوافز(قبل الضرائب)

مرتبين في الشهر

\$

شهرياً

سنويًا

كل ساعه

كل 2 أسبوع

كل ساعه

شهرياً

سنويًا

30. في العام الماضي، هل قام الشخص رقم 2 بـ:  تغير الوظيفة  بدء العمل لساعات أقل  لا شيء مما سبق

31. إذا كان الشخص رقم 2 يعمل لحسابه، أجب عن البندin "a" و "b":

a. نوع العمل:

b. ما هو مقدار صافي الدخل (الأرباح بمجرد دفع تكاليف المشروع) الذي سوف يحصل عليه الشخص رقم 2 من هذا العمل الذي يعمله لحسابه هذا الشهر؟ انتقل إلى التعليمات.

32. دخل آخر يحصل عليه الشخص رقم 2 هذا الشهر: املاً كل ما ينطبق، وقدم المبلغ وعدد مرات حصول الشخص رقم 2 عليه. املاً هنا إذا كانت الإجابة لا شيء. ملاحظة: لا تحتاج إلى أن تخبرنا حول الدخل الذي يحصل عليه الشخص رقم 2 من دعم الطفل، أو مدفوعات المحاربين القدماء، أو دخل الضمان التكميلي.

النفقة المتنقلة (ملاحظة: فقط بالنسبة لحالات الطلاق المنتهية قبل 1/1/2019).  غير موظف  كنتي كثرت سے؟ \$

صافي الزراعة/الصيد  كنتي كثرت سے؟ \$

الضمان الاجتماعي  كنتي كثرت سے؟ \$

دخل آخر، النوع:  كنتي كثرت سے؟ \$

حسابات القاعد  كنتي كثرت سے؟ \$

النفقة المدفوعة (ملاحظة: فقط بالنسبة لحالات الطلاق المنتهية قبل 1/1/2019).  فوائد قرض الطالب  كنتي كثرت سے؟ \$

استقطاعات أخرى، النوع:  كنتي كثرت سے؟ \$

كثرت سے؟ \$

33. الاستقطاعات: املاً كل ما ينطبق، وقدم المبلغ وعدد مرات حصول الشخص رقم 2 عليه. إذا كان الشخص رقم 2 يدفع مقابل أشياء معينة يمكن استقطاعها في إقرار ضريبة الدخل الفدرالي، فإن إخبارنا بها يمكن أن يجعل تكاليف النفطة الصحية أقل قليلاً. لا تدرج إعالة الطفل التي يدفعها الشخص رقم 2، أو التكاليف التي تم إنفاقها في الاعتيار بالفعل في الإجابة على صافي العمل الحر (السؤال 31b).

النفقة المدفوعة (ملاحظة: فقط بالنسبة لحالات الطلاق المنتهية قبل 1/1/2019).  فوائد قرض الطالب  كنتي كثرت سے؟ \$

كثرت سے؟ \$

34. أكمل هذا السؤال فقط إذا كان دخل الشخص رقم 2 يتغير أثناء السنة، لأن يكون يعمل فقط في وظيفة لجزء من السنة أو يتلقى ميزة لأشهر معينة. في حال كان الشخص رقم 2 لا يتوقع تغيرات في دخله الشهري، فانتقل إلى الشخص التالي.

إجمالي الدخل للشخص رقم 2 العام القادم  الدخل الإجمالي للشخص رقم 2 هذا العام  \$

قم بتعيينه هذا الجزء إذا كنت تعتقد أنه من الصعب التعليق به.  \$

شكراً! هذا كل ما تحتاج معرفته عن الشخص رقم 2.

هل تحتاج إلى مساعدة في طلبك؟ تفضل بزيارة الموقع التالي [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)، أو اتصل على الرقم: 1-800-318-2596. إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف

1-800-318-2596 وأخيراً ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكاليف عليك. ويمكن لمستخدمي الهواتف الصوتية TTY الاتصال على الرقم: 1-855-889-4325.





## خطوة رقم 3: فرد (أفراد) العائلة من الهنود الأمريكيين أو سكان الأسكندرية (NA/IA)

1. هل أنت أو أحد أفراد عائلتك هندي أمريكي أو من سكان الأسكندرية؟  
 نعم، إذا كانت الإجابة بنعم، تابع إلى خطوة رقم 4، وأكمل أيضًا ملحق ب وضمنه مع الطلب.  
 لا، إذا كانت الإجابة بلا، تابع إلى خطوة رقم 4.

## خطوة رقم 4: تغطية التأمين الصحي لعائلتك

<p>1. اختياري: إذا كنت قد حصلت على الائتمان الضريبي للقسط التأميني في عام سابق، فهل قدمت أسرتك إقراراً ضريبياً باستخدام معلومات النموذج A 1095 الخاص بك لتسوية تلك المدفوعات لعائلتك السنة؟  <input type="radio"/> نعم، لقد قدمنا إقراراً ضريبياً فيدراليًا وفقاً لتسوية الائتمان الضريبي للقسط التأميني أو منحتنا مصلحة الضرائب الأمريكية تمديداً.</p>	
<p>2. هل كان أحد الأشخاص المشمولين في هذا الطلب غير مؤهل للحصول على تأمين Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) خلال الـ 90 يوماً الماضية؟  <input type="radio"/> لا (اختر نعم فقط في حال كون أحد الأفراد غير مؤهل للحصول على هذه التغطية بالنسبة لولايتك وليس بالنسبة لسوق التأمين الصحي).  <input type="radio"/> نعم من؟</p>	
<p>أو، هل كان أحد الأشخاص المشمولين في هذا الطلب غير مؤهل للحصول على تأمين Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) بسبب حالة الهجرة الخاصة به خلال الـ 5 سنوات الأخيرة؟  <input type="radio"/> لا (نعم من؟)</p>	
<p>هل قام أحد الأشخاص المشمولين في هذا الطلب بالتقدم للحصول على التغطية التأمينية خلال فترة فتح باب الاشتراك في سوق التأمين الصحي أو بعد حدث حياته ما مؤهل؟  <input type="radio"/> لا (نعم من؟)</p>	
<p>3. هل هناك أي فرد مدرج في هذا الطلب قُم له تغطية صحية من وظيفته؟ أشر على نعم إذا كانت التغطية من وظيفة شخص آخر مثل والد أو زوجة، حتى لو لم يقبلوا التغطية. حدد "لا" إذا كانت التغطية التأمينية الصحية الوحيدة المقدمة هي تغطية COBRA (قانون تسوية الميزانية الشامل المود).</p>	
<p><input type="radio"/> لا (نعم، تابع ثم أكمل ملحق A).</p>	
<p>إذا كانت الإجابة بنعم، فهل هذه خطة مزايا لموظفي الدولة؟  <input type="radio"/> لا (هل أي شخص مدرج في الطلب قُم له تغطية تأمين صحي فردية "خطة ترتيب التعويضات الصحية" (HRA) أو قُم له "خطة ترتيب التعويضات الصحية" من قبل جهة عمل صغيرة مؤهلة (QSEHRA)؟  <input type="radio"/> نعم لا)</p>	
<p>4. هل هناك أي فرد مدرج في تغطية صحية الآن؟  <input type="radio"/> لا (نعم، إذا كانت الإجابة بنعم، تابع إلى سؤال رقم 5).</p>	
<p>5. معلومات حول التغطية الصحية الحالية (انسخ نسخة من هذه الصفحة إذا كان هناك أكثر من شخصين لديهم تغطية صحية الآن). اكتب نوع التغطية مثل تغطية صاحب العمل أو برامج الرعاية الصحية مثل COBRA أو CHIP أو Medicaid أو TRICARE أو VA أو Peace Corps، أو غيرهم. لا تخبرنا عن TRICARE إذا كان لديك برامج Direct Care أو (Line of Duty).</p>	
<p>اسم الشخص المدرج في التغطية الصحية</p>	
<p>نوع التغطية:</p>	
<p><input type="radio"/> تأمين صاحب العمل <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> CHIP <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> Medicaid <input type="radio"/> VA <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> برنامج الرعاية الصحية <input type="radio"/> أخرى <input type="radio"/> Peace Corps</p>	
<p>إذا كان تأمين من صاحب العمل: (سوف تحتاج أيضًا إلى استكمال ملحق A)</p>	
<p>اسم شركة التأمين الصحي</p>	
<p>إذا كان نوع آخر من التغطية: <input type="radio"/> قم بملئ الحقل إن كانت هذه تغطية صحية عن طريق سوق التأمين الصحي.</p>	
<p>اسم شركة التأمين الصحي</p>	
<p>إذا كانت هذه خطة مزايا محدودة، مثل بوليصة حوادث مدرسية؟  <input type="radio"/> لا (نعم)</p>	
<p>اسم الشخص المدرج في التغطية الصحية</p>	
<p>نوع التغطية:</p>	
<p><input type="radio"/> تأمين صاحب العمل <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> CHIP <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> Medicaid <input type="radio"/> VA <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> برنامج الرعاية الصحية <input type="radio"/> أخرى <input type="radio"/> Peace Corps</p>	
<p>إذا كان تأمين من صاحب العمل: (سوف تحتاج أيضًا إلى استكمال ملحق A)</p>	
<p>اسم شركة التأمين الصحي</p>	
<p>إذا كان نوع آخر من التغطية: <input type="radio"/> قم بملئ الحقل إن كانت هذه تغطية صحية عن طريق سوق التأمين الصحي.</p>	
<p>اسم شركة التأمين الصحي</p>	
<p>إذا كانت هذه خطة مزايا محدودة، مثل بوليصة حوادث مدرسية؟  <input type="radio"/> لا (نعم)</p>	



## **خطوة رقم 5: موافقتك و توقيعك**

1. هل توافق على السماح لسوق التأمين الصحي **MarketPlace** باستخدام بيانات الدخل، بما في ذلك معلومات الإقرارات الضريبية لمدة 5 سنوات قادمة؟ ○ نعم ○ لا

لنجلع الأمور أسهل في تحديد تأهلك للمساعدة على الدفع مقابل التغطية في السنوات المستقبلية، يمكنك الموافقة على السماح لسوق التأمين الصحي **Marketplace** باستخدام بيانات الدخل المحدثة بما في ذلك معلومات من الإقرارات الضريبية. سوف يرسل سوق التأمين الصحي **Marketplace** إشعار ويجعلك تقوم بأي تغييرات سوف يقوم سوق التأمين الصحي بإجراء التحقق للتأكد من أنك لا زلت مؤهلاً، وقد يطلب منك تأكيد أن دخلك ما زال يؤهلك. يمكنك الخروج في أي وقت.

إذا كانت الإجابة بلـا، حدث معلوماتي تلقائياً لمدة قادمة مقدارها: ○ 5 سنوات ○ 4 سنوات ○ 3 سنوات ○ 2 سنة ○ 1 سنة

○ لا تستخدم بيانات الدخل الخاصة بي لتجديد تأهلي للمساعدة على الدفع مقابل التغطية الصحية (يمكن أن يؤثر اختيار هذا الخيار على قدرتك على الحصول على مساعدة لدفع مقابل التغطية عند التجديد).

2. هل هناك أي فرد ينتمي إلى التأمين الصحي في هذا الطلب مقيد الحرية (معتقل أو مسجون)؟ ○ نعم ○ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، أخبرنا باسم الشخص. اسم الشخص المحبوس هو:

○ املأ الاسم هنا إذا كان الشخص يواجهتهم  
نهاية.

إذا تم تسجيل أي شخص مقيد في طلبك في تغطية سوق التأمين الصحي ووحد لاحقاً أنه لديه تغطية تأمينية صحية مؤهلة أخرى (مثل تغطية برنامج Medicare أو Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP)) ، فسوف يتم إنهاء تغطية خطة سوق التأمين الصحي تلقائياً. سيساعد هذا في التأكد من عدمبقاء أي شخص لديه تغطية تأمينية مؤهلة أخرى مشتركاً في تغطية سوق التأمين الصحي ودفع الكلفة الكاملة.

○ أنا أوافق على السماح لسوق التأمين الصحي بإنها تغطية سوق التأمين الصحي للأشخاص المقيدين في طلبي في تلك الحالة.

○ أنا لا أمنح سوق التأمين الصحي الإذن لإنهاء تغطية سوق التأمين الصحي في تلك الحالة. وأنا أدرك أن الأشخاص المتأثرين المقيدين في طلبي لن يبقوا مؤهلين للحصول على مساعدة مالية ويجب عليهم دفع الكلفة الكاملة لخطة سوق التأمين الصحي الخاصة بهم.

**إذا كان فرد في هذا الطب مؤهل لخطبة Medicaid:**

- Medicaid أنا أعطي إلى Medicaid حقوق الوكالة في تحصيل وقبض أي أموال من أنظمة التأمين الصحي، أو التسويات القضائية، أو غيرها من التعامل مع الأطراف الخارجية. أنا أعطي أيضاً إلى Medicaid حقوق الوكالة في تعقب الدعم الطبي والحصول عليه من الزوج/الزوجة أو الوالدين.

  - هل أي طفل في هذا الطلب لديه والد يعيش خارج المنزل؟ ○ نعم ○ لا
  - إذا كانت الإجابة بنعم، سوف يُطلب مني التعاون مع الوكالة التي تجمع الدعم الطبي من الآباء الغائبين. إذا كنت تعتقد أن التعاون في جمع الدعم الطبي سوف يؤذني أو يؤذني أهالي، يمكنني أن أخبر Medicaid ويمكنني عدم التعاون.
  - مين اس درخواست پر دروغ طلفی کی سزا کے تحت دستخط کر رہا / ربی ہوں ، جس کا مطلب یہ کہ مین نے اپنی بہترین علم کے مطابق سبھی سوالوں کے درست جوابات فراہم کیے ہیں۔ مجھے معلوم یہ کہ اگر مین نے جان بوجہ کا غلط یا جھوٹی معلومات فراہم کی تو میں وفاqi قانون کے تحت جرمانتوں کا مستوجب ہوں گا۔
  - أنا أعلم أنه يجب على أن أخبر سوق التأمين الصحي خلال 30 يوم إذا حدثت أي تغييرات (وكانت مختلفة عن) ما ذكرته في هذا الطلب. يمكنني زيارة [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) أو الاتصال على هاتف 2596-318-800 للإبلاغ عن أي تغييرات. أفهم أن التغيير في المعلومات يمكن أن يؤثر على أهليتي وكذلك أهليّة فرد (أفراد) بيتي.
  - أعلم أنه بموجب القانون الفيدرالي، لا يسمح بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العمر أو الإعاقة. يمكنني تقديم شكوى بشأن التمييز من خلال زيارة [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](http://HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint)

[HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint)

- ٥٠ أعلم أن المعلومات الواردة في هذه الاستماراة سوف تُستخدم فقط لتحديد أهليتك للتغطية الصحية، ومساعدتك على الدفع مقابل التغطية (إن طلب ذلك)، وللأغراض القانونية لسوق التأمين الصحي والبرامـج التي تساعد على الدفع مقابل التغطية.

نـحن نحتاج إلى هـذه المعلومات لـتحقيق من أهـليتك لـالمساعدة في الدفع مقابل التـغطـية الصـحيـة إـذا اخـترت الـتقـدمـ. سـوف تـتحققـ مـن إـجابـاتـك باـسـتـخدـامـ المـعـلـومـاتـ الـوارـدةـ فـيـ قـوـادـنـاـ الـإـلـيـكـتـرـونـيـةـ وـقـوـادـنـاـ الـبـيـانـاتـ الـوارـدةـ مـن جـهاـزـ العـوـانـدـ الـدـاخـلـيـ، وـضـمـانـ الـاجـتمـاعـيـ، وـوزـارـةـ الـآمـنـ الدـاخـلـيـ، وـأـوـاـحـدـ وكـالـاتـ الإـلـبـاغـ عنـ الـمـسـتـهـاكـينـ. إـذـا لمـ تـتوـافـقـ الـمـعـلـومـاتـ الـتـىـ تـقـدـمـهاـ مـعـ هـذـهـ الـمـعـلـومـاتـ، قـدـ نـظـلـبـ مـنـكـ أـنـ تـرـسـلـ لـنـاـ دـلـيـلـاـ عـلـىـ صـدـقـ مـعـلـومـاتـكـ.

ما الذى ينبغى على فعله إذا كنت أعتقد أن إشعار تحديد الأهلية الخاص به خطأً؟

- ستتفق إشعاراً بالأهلية عبر البريد بعد أن تقوم بمعالجة طلبك. إذا لم تكن توافق على ما تأهل له، في كثير من الحالات، يمكنك أن تطلب استئناف. راجع إشعار الأهلية الخاص بك للعثور على تعليمات الاستئناف الخاصة بكل شخص في أسرتك يستأنف من أجل التغطية، بما في ذلك عدد الأيام المتأخر لك فيها طلب استئناف. فيما يلي معلومات هامة لأخذها في الاعتبار عندما تطلب استئناف:

  - يمكن أن يجعل شخص آخر يطلب أو يشارك في استئنافك إذا أردد ذلك. يمكن أن يكون ذلك الشخص صديق أو قريب أو محامي أو فرد آخر. أو يمكنك طلب استئناف والمشاركة فيه بنفسك.
  - إذا طلبت استئناف، يمكن أن تكون قادر على الإبقاء على أهليتك للتغطية أثناء انتظار مراجعة استئناف.
  - يمكن أن تغير نتيجة الاستئناف من أهلية الأعضاء الآخرين في بيتك.

للاستئناف على نتائج أهليتك لسوق التأمين الصحي Marketplace، قم بزيارة [HealthCare.gov/marketplace-appeals](http://HealthCare.gov/marketplace-appeals). أو اتصل بمقرك الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي على الرقم: 1-800-2596-318. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصيّة TTY الاتصال على الرقم: 1-855-889-4325. يمكن أيضًا أن ترسل نموذج طلب استئناف عن طريق البريد أو ترسل خطاب من صياغتك تطلب فيه استئناف على العنوان التالي Health Insurance Marketplace, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. يمكن أن تستأنف على أهليتك شراء التغطية الصحية من خلال التأمين الصحي، وفترات الإدراج، والانتهاءات الضريبية، واستقطاعات مشاركة التكلفة، وCHIP وMedicaid إذا تم رفض منك هذه الأشياء. إذا كنت تأهل للإعفاءات الضريبية أو استقطاعات مشاركة التكلفة، يمكنك الاستئناف على المبلغ الذي حددت أنه مؤهل له. بناءً على ذلك، يمكن أن تكون قادرًا على الاستئناف من خلال سوق العمل أو قد يكون عليك أن تطلب استئناف على حالة وكالة CHIP أو Medicaid.

**يتبين على شخص رقم 1 أن يوقع على هذا الطلب.** إذا كنت وكيل مخول، يحق لك التوقيع هنا طالما أن الشخص رقم 1 قد وقع على ملحق ج.

التوقيع تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)

إذا كنت توقع هذا الطلب خارج التسجيل المفتوح (بين 1 نوڤمبر الى 15 ينابر)، تأكيد من مراجعتك لملحق D ("أسئلة حول تغيرات الحياة").

## خطوة رقم 6: أرسل طلب المستكملي بالبريد

إذا أردت التسجيل للتصويت، يمكنك استكمال نموذج تسجيل مصوّت على

eac.gov



أرسل طلبك الموقع إلى:

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



## للحصول على المساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية

ان كان لديك أو لدى شخص تقوم بمساعدته أسئلة بخصوص سوق التأمين الصحي، فلنك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون دفع أي تكلفة. للتحدث مع مترجم، اتصل بالرقم 1-800-318-2596.

اليك قائمة باللغات المتوفرة ونفس الرسالة المذكورة أعلاه بتلك اللغات:

### 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)

لنك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجاناً. للتحدث 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.

بيان الإفصاح عن قانون الحد من الأعمال الورقية: طبقاً لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995، لا يطلب من الأشخاص الاستجابة إلى جمع المعلومات إلا إذا كانت تعرض رقم تحكم صالح لمكتب الإدارة والموازنة. إن رقم التحكم صالح لمكتب الإدارة والموازنة لجمع هذه المعلومات هو 0938-1191-0398. يقدر الوقت المطلوب لاستكمال جمع هذه المعلومات بمتوسط 45 دقيقة لاجابة الواحدة، بما في ذلك وقت مراجعة التسليات، والبحث عن مصادر البيانات الحالية، وجمع البيانات المطلوبة، واستكمال ومراجعة جميع المعلومات. إذا كان لديك تعقيبات بخصوص دقة الإحصائيات الزمنية أو اقتراحات لتحسين هذه الاستمار، يُرجى أن تكتب إلى: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

هل تحتاج إلى مساعدة في طلب؟ تفضل بزيارة الموقع التالي [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)، أو اتصل على الرقم: 1-800-318-2596. إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف 1-800-318-2596 وأخير مثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: 1-855-889-4325.



## 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 કુભાખ્યા 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、通訳とお話しください。

بيان الإفصاح عن قانون الحد من الأعمال الورقية: طبقاً لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من الأشخاص الاستجابة إلى جمع المعلومات إلا إذا كانت تعرض رقم تحكم صالح لمكتب الإدارة والموازنة. إن رقم التحكم صالح لمكتب الإدارة والموازنة لجمع هذه المعلومات هو 0938-1191. يقدر الوقت المطلوب لاستكمال جمع هذه المعلومات بمتوسط 45 دقيقة لاجابة الواحدة، بما في ذلك وقت مراجعة التسليمات، والبحث عن مصادر البيانات الحالية، وجمع البيانات المطلوبة، واستكمال ومراجعة جميع المعلومات. إذا كان لديك تعابيرات بخصوص دقة الإحصائيات الزمنية أو اقتراحات لتحسين هذه الاستمار، يُرجى أن تكتب إلى: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



## ملحق A: التغطية الصحية من الوظائف

لا تحتاج إلى الإجابة على هذه الأسئلة إلا إذا كان شخص ما في بيتك مؤهلاً للتغطية الصحية من وظيفته، حتى لو لم يقبل التغطية. لا يتبعن عليك أيضاً الإجابة على هذه الأسئلة إذا كانت تغطية التأمين الصحي الوحيدة المقدمة إلى شخص ما هي تغطية COBRA (خطة قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد). أرفق صورة من هذه الصفحة لكل وظيفة تقدم تغطية.

## أخبرنا عن الوظيفة التي تقدم التغطية.

أنسخ نسخة من هذه الصفحة وأحضرها معك إلى صاحب العمل الذي يقدم التغطية للمساعدة في الإجابة على هذه الأسئلة.

## معلومات صاحب العمل

2. اسم صاحب العمل (الأول، الأوسط، الآخر) SSN	1. اسم صاحب العمل (الأول، الأوسط، الآخر)

## معلومات صاحب العمل

3. صاحب العمل اسم الشركة
4. الرقم التعريفي لصاحب العمل (EIN)
5. رقم هاتف صاحب العمل

والآن، قم بإدخال المعلومات الخاصة بالشخص أو القسم الذي يتولى أمور مُخصصات الموظفين. قد نقوم بالاتصال بهذا الشخص إن احتجنا للمزيد من المعلومات:

6. الشخص أو القسم الذي نستطيع الاتصال به بخصوص التغطية الصحية للموظفين
7. عنوان صاحب العمل (قد يرسل سوق التأمين الصحي إشعارات إلى هذا العنوان)
8. المدينة
9. الولاية
10. الرمز البريدي
11. رقم الهاتف (إذا كان مختلفاً عن الهاتف المدرج سابقاً)
12. عنوان البريد الإلكتروني

13. هل يحظى الموظف بتغطية تأمين صحي من قبل جهة العمل هذه؟ حدد "نعم" فقط إذا كان يحظى بتغطية اعتباراً من بداية الشهر المقبل، أو اعتباراً من 1 يناير في حالة تقديم طلب أثناء فترة التسجيل المقترنة (نوفمبر - 15 يناير).

نعم (تابع)  كلا (صاحب العمل: توقف وقام باعادة هذه الاستئناف إلى الموظف. الموظف: ارجع إلى طلبك من أجل تغطية سوق التأمين الصحي). هل يقوم صاحب العمل خطوة صحية تغطي زوج ازوجة الموظف وآخرين يعيشون معهم؟

نعم. ان كانت الإجابة بنعم، فمن هؤلاء الأشخاص؟  الزوج/ الزوجة  شخص أو اشخاص آخرين يعيشون (كالاطفال)  كلا (اذهب للسؤال رقم 14). درج أسماء أي اشخاص آخرين في أسرة الموظف من المؤهلين للحصول على تغطية من خلال هذا العمل.

الاسم:

## أخبرنا عن التغطية الصحية المقدمة من قبل صاحب العمل هذا.

14. هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تلي معيار القيمة الدنيا؟\*

نعم (انتقل إلى سؤال 15)  لا (توقف وارجع إلى هذا النوذج للموظف).

15. كم ينبغي على الموظف دفعه مقابل أقل خطة في التكلفة مقدمة إلى الموظف فقط وتلي معيار القيمة الدنيا؟ لا تدرج الخطط الصحية.

a. الموظف سيسدفع هذا القسط: دولار

ملاحظة: أدخل أقل مبلغ يستطيع الموظف دفعه مقابل التغطية الصحية.

b. الموظف سيسدفع هذا المبلغ:  كل 2 أسبوع  كل 4周  مرتبين في الشهر  مرة في الشهر  سنوياً  ربع سنوياً

16. إذا تم إدراج أفراد الأسرة الآخرين في السؤال 13: كم سيسدفع الموظف مقابل الخطة الأقل تكلفة التي تغطي الموظف وأفراد أسرته المذكورين في السؤال 13؟ إذا كانت جهة العمل تقدم برامج الحفاظ على العافية، فاندخل مقدار القسط التأميني الذي سيسدفعه الموظف إذا حصل على أحد الأقصى للخصم بشأن أي من برامج الإقلاع عن التدخين ولم يحصل على أي خصومات أخرى مستندة إلى برنامج العافية.

a. الموظف سيسدفع هذا القسط: دولار

b. الموظف سيسدفع هذا المبلغ:  كل 2 أسبوع  كل 4周  مرتبين في الشهر  مرة في الشهر  سنوياً  ربع سنوياً

\* تلي الخطة الصحية معيار الحد الأدنى للقيمة إذا كان يدفع 60% على الأقل من التكلفة الإجمالية للخدمات لعدد قياسي من الناس ويقدم تغطية واسعة لخدمات المستشفى والأطباء. تلي معظم الخطط المبنية على الوظائف الحد الأدنى من معيار القيمة.







## ملحق C: المساعدة في تعبئة هذا الطلب

للمستشاري الطلبات المعتمدين، والمرشدين، والوكلاء، والوسطاء فقط.  
استكمال هذا القسم إذا كنت مستشار طلبات معتمد، أو مرشد، أو وكيل، أو وسيط تملأ هذا الاستبيان عن شخص آخر.

1. تاريخ بدء الطلب (شهر/يوم/سنة)			
2. الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير ولقب			
3. اسم المؤسسة			
4. رقم الهوية (إن وجد)		5. الوكلاء/الوسطاء فقط: رقم المنتج الوطني	

يمكنك اختيار ممثل مخول.  
يمكنك أن تعطي شخص مؤمن أذن بالحديث عن هذا الطلب معنا، ومطالعة المعلومات، والتصرف نيابة عنك في الأمور المتعلقة بهذا الطلب، بما في ذلك الحصول على معلومات حول طلبك والتوجيه على طلبك نيابة عنك. يُسمى هذا الشخص "ممثل مخول". إذا احتجت في أي وقت أن تغير أو تلغى ممثلك المخول، اتصل بسوق التأمين الصحي Marketplace. إذا كنت ممثلاً معيناً قانوناً عن شخص ما في هذا الطلب، سلم إثبات على ذلك مع الطلب.

1. اسم الممثل المخول (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)		
2. العنوان		3. عنوان المنزل
4. المدينة		
5. الولاية	6. الرمز البريدي	
7. رقم الهاتف		
8. اسم المؤسسة		
9. رقم الهوية (إن وجد)		

بتوقيعك، أنت تسمح لهذا الشخص أن يوقع الطلب، ويحصل على معلومات حول هذا الطلب، ويتصرف نيابة عنك في كل الأمور المستقبلية المتعلقة بهذا الطلب.

10. توقيع الشخص رقم 1 المدرج في هذا الطلب	11. تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)		



## ملحق D: أسئلة حول تغيرات في الحياة



( يجب عليك أن تستكمل باقي هذا الطلب بالإضافة إلى هذه الصفحة. لا تسلم هذه الصفحة وحدها.)

إذا مز أي شخص مقيد في هذا الطلب بتغيرات حياتية معينة - مثل فقدان التغطية الصحية أو الزواج أو الإنجاب - خلال الـ 60 يومًا الماضية (أو كان يتوقع حدوث ذلك خلال الـ 60 يومًا التالية)، فقم بالإجابة على الأسئلة قسم بالإجابة على الأسئلة التالية. تسمح بعض التغيرات في الحياة بهذه التغطية عن طريق سوق التأمين الصحي في الحالة التالية. تسمح بعض التغيرات في الحياة بهذه التغطية عن طريق سوق التأمين الصحي في الحال. ونحن نوصي أيضًا بالإجابة عن هذه الأسئلة إذا كنت تقوم طلبك في غير فترة التسجيل المفتوحة (1 نوفمبر - 15 يناير).

هذه الأسئلة اختيارية إذا لم تتغير ظروف حياتك، يمكنك ترك الأسئلة فارغة. ويمكنك التسجيل في برنامج Medicaid (ميديكيد) وبرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) (تشبيب) في أي وقت خلال العام حتى لو لم تتعرض لتغيرات في الحياة. يمكن لأفراد الفيابال المعترف بها فدراليًا ومساهمي الأساكا الأصليين التسجيل في التغطية من خلال سوق العمل في أي وقت من العام.

## أخبرنا حول التغيرات في بيتك.

1. هل فقد أي فرد التغطية الصحية المؤهل لها في الـ 60 يوم الماضية، أو توقف فقدان التغطية الصحية المؤهل لها في الـ 60 يوم التالية؟

التاريخ الذي انتهت فيه التغطية أو ستنتهي فيه (شهر/يوم/سنة)	الاسم (الأسماء)

2. هل تزوج أي فرد في الـ 60 شهر الماضية؟

التاريخ (شهر/يوم/سنة)	الاسم (الأسماء)

a. هل امتلك أي فرد من هؤلاء الناس تغطية صحية مؤهلة في أي وقت في الـ 60 يوم الماضية؟  نعم  لا

ان كانت الإجابة بنعم فقم بادراج اسمه(اسمائهم هنا):	
--	--

3. هل خرج أي فرد من الحبس (الاعتقال أو السجن) في الـ 60 يوم الماضية؟

التاريخ (شهر/يوم/سنة)	الاسم (الأسماء)

4. هل اكتسب أي فرد حالة هجرة شرعية في الـ 60 يوم الماضية؟

التاريخ (شهر/يوم/سنة)	الاسم (الأسماء)

5. هل تم تبني أي فرد، أو أدرج للتبني، أو أدرج في حضانة في الـ 60 يوم الماضية؟

التاريخ (شهر/يوم/سنة)	الاسم (الأسماء)

6. هل أصبح أي معيل بسبب دعم الأطفال أو غيرها من قرارات المحكمة في الـ 60 يوم الماضية؟

التاريخ (شهر/يوم/سنة)	الاسم (الأسماء)

7. هل انتقل أي فرد خلال الـ 60 يومًا الماضية؟

تاريخ الانقال (شهر/يوم/سنة)	الاسم (الأسماء)

a. ما هو الرمز البريدي لعنوانك السابق؟  أماً هنا إذا كنت قد انتقلت من دولة أجنبية أو أراضي تابعة للولايات المتحدة.

--

b. هل امتلك أي فرد من هؤلاء الناس تغطية صحية مؤهلة في أي وقت في الـ 60 يوم الماضية؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، أدخل اسمه (اسمائهم) أدناه:

الاسم (الأسماء)
-----------------

--

