



Aplikim për sigurime shëndetësore dhe ndihmë për pagesat e tyre

➔ Aplikoni më shpejt online tek [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)



Përdoreni këtë aplikacion për të zbuluar se për çfarë mbulimi kualifikoheni.

- Plane në portalin "Marketplace" që ofrojnë sigurim të plotë shëndetësor për një shëndet sa më të mirë.
- Një kreditim tatimor që mund t'ju ndihmojë menjëherë të reduktoni primin e sigurimit shëndetësor.
- Sigurim shëndetësor falas ose me çmim të ulët përmes "Medicaid" ose Programit të Sigurimeve Shëndetësore të Fëmijëve (CHIP). **Në bazë të nivelit të të ardhurave mund të kualifikoheni për programe falas ose me çmim të ulët.**



Kush duhet ta përdorë këtë aplikim?

- Përdoreni këtë aplikim për këdo në familjen tuaj.
- **Aplikoni edhe nëse ju, bashkëshorti/ja, ose fëmija juaj kanë tashmë sigurim shëndetësor. Mund të keni të drejtën për sigurime falas ose me çmim të ulët.**
- Nëse jeni i/e pamartuar, mund të përdorni formularin e shkurtuar. Vizitoni [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Edhe familjet me emigrantë mund të aplikojnë. Mund të aplikoni për fëmijën tuaj edhe nëse ju nuk kualifikoheni për sigurime shëndetësore. Aplikimi nuk ndikon tek statusi i emigrantëve ose mundësia për të marrë lejen e përhershme të qëndrimit ose nënshtetësinë.
- Nëse dikush po ju ndihmon të plotësoni këtë aplikim mund t'ju kërkohet të mbushni Shtojcën C.



Çfarë ju duhet për të aplikuar

- Numrat e Sigurimeve Shoqërore (SSN) (ose numrat e dokumenteve për emigrantët e kualifikuar, që kanë nevojë për sigurime shëndetësore).
- Të dhënat e punës dhe punëdhënësit për pjesëtarët e familjes suaj (për shembull nga borderotë e rrogave, formularët W-2, ose deklaratimet e rrogave dhe të taksave).
- Numrat e dokumenteve për sigurimet shëndetësore aktuale.
- Të dhëna mbi të gjitha sigurimet shëndetësore nëpërmjet punësimit për të cilat kualifikohet familja juaj.



Pse na duhen këto të dhëna?

Ne kërkojmë të dhëna mbi të ardhurat e informacione të tjera që t'ju caktojmë llojin e sigurimeve për të cilat kualifikoheni dhe nëse mund të merrni ndihmë për pagesën e tyre. **Ne do të ruajmë fshetësinë dhe privatësinë e të dhënave që na jepni në përputhje me ligjin.** Për Deklaratën e Aktit të Pavarësisë, vizitoni faqen ueb [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ose kontrolloni udhëzimet.



Çfarë do të ndodhë më tej?

Bëni një kopje për të mbajtur dhe më pas, dërgoni aplikacionin tuaj të plotë dhe të nënshkruar në adresën e faqes 8. **Edhe nëse ju mungojnë disa nga të dhënat që kërkojmë, nënshkruani dhe dërgoni aplikimin.** Ne do t'ju kontaktojmë brenda 1-2 javësh, dhe **Marketplace mund t'ju telefonojë nëse na duhen më shumë të dhëna.** Ju do të merrni një Njoftim për Kualifikimin me postë, pasi aplikimi juaj të përpunohet prej nesh. Nëse nuk merrni përgjigje, kontaktoni në numrin e Qendrës së Thirrjeve të Marketplace. Dorëzimi i këtij aplikim nuk nënkupton se ju duhet të blini sigurime shëndetësore.



Ndihmë për plotësimin e aplikimit

- **Online:** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- **Telefoni:** Telefonojini Qendrën së Marketplace tek **1-800-318-2596**. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë në nr. **1-855-889-4325**.
- **Në person:** Mund të ketë konsulentë që mund t'ju ndihmojnë në zonën tuaj. Vizitoni [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ose telefononi tek Qendra e Marketplace **1-800-318-2596** për më shumë informacion.
- **Gjuhë të tjera:** Nëse doni ndihmë në gjuhë të tjera përveç anglishtes, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe tregojini përfaqësuesit të shërbimit me klientët gjuhën që kërkon. Do të gjejnë ndihmë falas për ju.

Keni të drejtën të merrni informacionin tuaj në një format të aksesueshëm, si printim i madh, braille ose audio. Keni gjithashtu të drejtën të depozitoni një ankesë nëse ndjeni se jeni diskriminuar. Vizitoni faqen ueb [CMS.gov/accessibility-nondiscrimination](https://www.cms.gov/accessibility-nondiscrimination) ose telefononi në numrin **1-800-318-2596**. Përdoruesit TTY mund të telefonojnë në numrin **1-855-889-4325**.

This product was produced at U.S. taxpayer expense.
Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of the U.S. Department of Health & Human Services.



HealthCare.gov



Printoni në shkronja të mëdha duke përdorur vetëm bojë të zezë ose blu të errët.

Mbushini rrathët (○) kështu → ●.

Hapi 1: Përshkruani veten tuaj.

(Ne duam që vetëm një person madhor në shtëpi të jetë personi i kontaktit për aplikimin tuaj.)

1. Emri	Emri i dytë	Mbiemri	Titulli
2. Adresa e banesës (Mos e plotësoni nëse nuk keni).			3. Adresa e shtëpisë 2
4. Qyteti	5. Shteti	6. Kodi Postar ZIP	7. Shteti
8. Adresa postare (nëse ndryshon nga adresa e banesës)			9. Adresa e shtëpisë 2
10. Qyteti	11. Shteti	12. Kodi Postar ZIP	13. Shteti
14. Nr. i telefonit		15. Nr. tjetër telefoni	
16. A dëshironi të njoftoheni për këtë aplikim me email? ☐ Po ☐ Jo			
Adresa e emailit:			
17. Gjuha e preferuar: e shkruar		e folur	

Hapi 2: Përshkruani familjen tuaj.

Cilin person duhet të përfshini në këtë aplikim?

Plotësoni faqet e Hapit 2 për çdo person në familjen dhe shtëpinë tuaj edhe nëse ky person ka sigurim shëndetësor. Të dhënat në këtë aplikim na ndihmojnë të sigurohemi që gjithkush ka sigurimin shëndetësor më të mirë të mundshëm. Niveli i ndihmës ose lloji i programit për të cilin kualifikoheni bazohet në numrin e personave në familjen tuaj dhe të ardhurat e tyre. Nëse nuk e përfshini dikë, edhe nëse ai/ajo ka sigurim shëndetësor, kualifikimi juaj mund të ndryshojë.

Për ata të rritur që kanë nevojë për sigurime shëndetësore:

Përfshijini këta persona edhe nëse ata nuk aplikojnë për sigurime shëndetësore për veten e tyre:

- Bashkëshortët
- Çdo djalë apo vajzë nën 21 vjeç me të cilët jetojnë ata, përfshi këtu edhe thjeshtrit/thjeshttrat.
- Çdo person tjetër të deklaruar në aplikimet e taksave federale (përfshirë këtu fëmijët mbi 21 vjeç të cilët figurojnë në ngarkim të prindërve në aplikimet e taksave). Nuk keni nevojë të plotësoni taksat për të marrë sigurimet shëndetësore.

Për fëmijët nën 21 vjeç që kanë nevojë për sigurime:

Përfshijini këta persona edhe nëse ata nuk aplikojnë për sigurime shëndetësore për veten e tyre:

- Cilindo prind (ose njeri/ë) me të cilin jetojnë
- Vëlla ose motër me të cilin jetojnë
- Djemtë ose vajzat me të cilët jetojnë, përfshirë këtu thjeshtrit/thjeshttrat.
- Bashkëshortët me të cilët jetojnë
- Çdo person tjetër të deklaruar në aplikimet e taksave federale. Nuk keni nevojë të plotësoni taksat për të marrë sigurim shëndetësor.

Plotësoni Hapin 2 për secilin person në familjen tuaj.

Filloni me veten dhe pastaj shtoni fëmijët ose të rriturit e tjerë. Nëse keni më shumë se 2 vetë në familjen tuaj, duhet të bëni fotokopje të faqes/ve dhe t'i bashkangjisni ato.

Nuk keni nevojë të deklaroni statusin e emigracionit ose numrin e sigurimeve shoqërore (SSN) për anëtarët e familjes që nuk kanë nevojë për sigurim shëndetësor. Informacionin që na jepni do ta ruajmë dhe mbrojmë në përputhje me ligjin. Do ta përdorim informacionin tuaj personal vetëm për të parë nëse i plotësoni kushtet për sigurim shëndetësor.



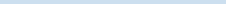
A JU DUHET NDIHMË PËR APLIKIMIN TUAJ? Vizitoni [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ose na telefononi tek **1-800-318-2596**. Nëse kërkon ndihmë në një gjuhë që nuk është anglisht, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe kërkojini gjuhën e duhur përfaqësuesit të shërbimit me klientët. Ne do të gjejmë ndihmë falas për ju. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.



Hapi 2: PERSONI 1 (Nisni me veten tuaj.)

Plotësoni Hapin 2 për veten tuaj, bashkëshortin/partnerin dhe fëmijët që jetojnë me ju, si edhe çdo që keni deklaruar në aplikimin vjetor të taksave nëse mbushni një të tillë. Shikoni faqen 1 për më shumë shpjegime mbi personat që duhet të përfshini. Nëse nuk mbushni aplikim vjetor të taksave, përsëri duhet të përfshini anëtarët e familjes që jetojnë me ju.

1. Emri		Emri i dytë		Mbiemri		Titulli	
2. Lidhja me PERSONIN 1?			3. A jeni i/e martuar		4. Data e lindjes (mm/dd/viti)		5. Gjinia
VETJA			☐ Po ☐ Jo				☐ Femër ☐ Mashkull

6. Numri i sigurimeve shoqërore (SSN) 

Ky na duhet nëse doni sigurim shëndetësor dhe keni SSN. Edhe nëse nuk doni sigurim shëndetësor për veten tuaj, SSN na ndihmon se përshpejton procesin e aplikimit. Ne e përdorim SSN për të parë nëse i përmbushni kushtet për sigurime nëpërmjet Marketplace dhe nëse aplikoni, për të ndihmuar me shpenzimet e tyre. Për më shumë informacione për të marrë një SSN, vizitoni **SSA.gov** ose telefononi Sigurimet Shoqërore në nr. 1-800-772-1213. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë në nr. 1-800-325-0778.

7. A planifikoni të plotësoni aplikimin e taksave VITIN QË VIJEN? Mund të aplikoni për sigurim shëndetësor edhe nëse nuk aplikoni për taksat federale.

☐ **PO. Nëse po,** përgjigjuni pyetjeve nga a në c.

☐ JO. Nëse jo, kaloni te pyetja c.

a. Do të aplikoni së bashku me bashkëshortin/en? ☒ Po ☐ Jo

Nëse po, shkruani emrin e bashkëshortit/es:

b. A do të deklaroni vartës në aplikimin e taksave? ☒ Po ☐ Jo

Nëse po, shkruani emrat e vartësve:

Do t'ju deklarojnë si vartës në aplikimin e taksave? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, shkruani emrin e regjistruarit të taksave:

Cila është lidhja juaj me aplikuesin e taksave?

8. A jeni shtatzanë?..... ☐ Po ☐ Jo a. **If Nëse po**, sa bebe prisni nga kjo shtatzani?

9. **A keni nevojë për sigurim shëndetësor?** Edhe nëse keni sigurim shëndetësor, mund të gjeni një program që ka sigurim më të mirë ose kosto më të ulët.

☐ **PO. Nëse po,** përgjigjuni të gjitha pyetjeve më poshtë. 

☐ **JO. Nëse jo,** shkoni tek pyetjet mbi të ardhurat në faqen 3. Lëreni bosh pjesën tjetër të kësaj faqeje. 

10. A keni ndonjë problem të shëndetit fizik, mendor ose emocional që kufizon aktivitetin tuaj (si dushin, veshjen, punët e përditshme etj.), ndonjë nevojë të veçantë të kujdesit shëndetësor ose jeton në një qendër mjekësore ose azil? ☐ Po ☐ Jo

11. Jeni **gytetar amerikan** ose me **nënshtetësi amerikane**? ☐ Po ☐ Jo

12. Jeni **qytetar i natyralizuar** apo **qytetar me prejardhje amerikane**? (Kjo zakonisht nënkupton se keni lindur jashtë SHBA-së.)

☐ PO. Nëse po, plotësoni a dhe b.

☐ JO. Nëse jo, vazhdoni me pyetjen 13.

a. Numri alien:

b. Numri i certifikatës:

Pasi të plotësoni a dhe b, shkoni tek pyetja 14.

13. Nëse nuk jeni qytetar ose nënshtetas amerikan, a keni status emigranti që ju kualifikon për sigurim? ☐ **PO.** Vendosni llojin e dokumentit dhe numrin e identifikimit. Shkoni te udhëzimet.

Lloji i dokumentit të emigracionit.

Lloji i statusit (pa detyrim)

Shkruani emrin njësoj siç paraqitet në dokumentin e emigracionit.

Numri alien ose I-94.

Numri i pashaportës ose i kartës.

Numrin identifikues SEVIS, ose datën e skadimit (pa detyrim).

Tjetër (kodin e kategorisë ose vendin që e ka lëshuar dokumentin).

a. A jetoni në Shtetet e Bashkuara që nga viti 1996?..... ☐ Po ☐ Jo

b. A jeni ju ose bashkëshorti, ose prindi, veteran ose anëtar aktiv i ushtrisë amerikane? ☐ Po ☐ Jo

14. A dëshironi ndihmë me pagesën e faturave mjekësore për tre muajt e fundit? ☐ Po ☐ Jo

15. A jetoni me të paktën një fëmijë nën moshën 19 vjeç, dhe a jeni ju personi kryesor që kujdeset për këtë fëmijë?
(Zgjidhni "po" nëse ju ose bashkëshorti/ja juaj kujdeseni për këtë fëmijë.)..... ☐ Po ☐ Jo

Listoni emrat dhe lidhjen me cdo fëmijë nën 19 vjeç që jeton me ju në familjen tuaj:

16. A jeni student me kohë të plotë? ☒ Po ☐ Jo

17. A ishit te birësuar nga dikush në moshën 18 e lart? ☐ Po ☐ Jo

Pa detyrim: (Dhënia e këtij informacioni nuk do të ndikojë në pranueshmërinë, opsionet e planit ose kostot.)

19. Raca: ☐ I/e bardhë ☐ I/e zi ose afrikano-amerikan ☐ Indian-Amerikan ose autokton nga Alaska ☐ Filipinas ☐ Japonez ☐ Koreane ☐ Indian-Aziatik ☐ Kinez ☐ Vietnamez ☐ Aziatik tjetër ☐ Havajan autokton ☐ Guamanian ose Kamorro ☐ Samoan ☐ Nea ishuit e tjerë të Paqësorit ☐ Tjetër

A JU DUHET NDIHMË PËR APLIKIMIN TUJ? Vizitoni [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ose na telefononi tek **1-800-318-2596**. Nëse kërkonit ndihmë në një gjuhë që nuk është anglisht, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe kërkojini gjuhën e duhur përfaqësuesit të shërbimit me klientët. Ne do të gjejmë ndihmë falas për ju. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.

**HAPI 2: PERSONI 1** (Nisni me veten tuaj.)**Puna që bëni aktualisht dhe të ardhurat**

☐ **I/e punësuar:** Nëse jeni të punësuar aktualisht, na tregoni të ardhurat tuaja. Filloni me pyetjen nr. 20.

☐ **I/e papunësuar.**
Kaloni në pyetjen 30.

☐ **I/e vet-punësuar.**
Kaloni në pyetjen 29

Puna aktuale 1:

20. Emri i punëdhënësit

a. Adresa e punëdhënësit (opsionale)

b. Qyteti

c. Shteti

d. Kodi Postar ZIP

21. Numri i telefonit të punëdhënësit

22. Rroga/bakshishet (para taksave)

☐ Në orë☐ Në javë☐ Në çdo dy javë☐ Dy herë në muaj☐ Mujore☐ Vjetore

23. Mesatarja e orëve që punoni çdo JAVË

Puna aktuale 2: (Nëse keni punë të tjera dhe keni nevojë për më shumë hapësirë, bashkangjisni dhe një fletë tjetër letre.)

24. Emri i punëdhënësit

a. Adresa e punëdhënësit (opsionale)

b. Qyteti

c. Shteti

d. Kodi Postar ZIP

25. Numri i telefonit të punëdhënësit

26. Rroga/bakshishet (para taksave)

☐ Në orë☐ Në javë☐ Në çdo dy javë☐ Dy herë në muaj☐ Mujore☐ Vjetore

27. Mesatarja e orëve që punoni çdo JAVË

28. Vitin e shkuar, ju: ☐ Ndërruar punë ☐ Ndaluar punë ☐ Punuat më pak orë ☐ Asnjë nga këto**29. Nëse jeni të vetëpunësuar, plotësoni a dhe b:**

a. Lloji i punës:

b. Sa të ardhura neto (fitimi pas pagesës së shpenzimeve) do të merrni nga vet-punësimi juaj këtë muaj? Shkoni tek udhëzimet.

30. **Të ardhurat e tjera që do të merrni këtë muaj:** Plotësojini gjithë sa aplikohet, vendosni shumën e të ardhurave dhe sa shpesh i merrni ato. Plotësoni këtu nëse nuk ka.☐ **SHËNIM:** Nuk keni pse të na tregoni të ardhurat nga pensionet për fëmijët, pagesat si veteran apo Të ardhurat Shtesë prej Sigurimeve (SSI).☐ Papunësiat

Sa shpesh?

☐ Shuma që merrni për mbështetje financiare nga divorci (Shënim: Vetëm në rast divorci/zgjidhje martese para datës 1/1/2019.)

Sa shpesh?

☐ Pensioni

Sa shpesh?

☐ Vlera neto nga bujqësia/peshkimi

Sa shpesh?

☐ Sigurimet Shoqërore

Sa shpesh?

☐ Vlera neto nga qiradhënia/interesat

Sa shpesh?

☐ Kursimet për pensionin

Sa shpesh?

☐ Të ardhura të tjera, lloji:

Sa shpesh?

31. **Zbritjet:** Plotësojini gjithë sa aplikohet, vendosni shumën e pagesave dhe sa shpesh i paguani ato. Nëse paguani për sende që mund të zbriten nga taksat federale dhe na tregoni për to, kostoja e sigurimeve shëndetësore mund të ulët pak më shumë.

Mos e përfshini mbështetjen për fëmijë që paguani o se një kosto që është tashmë konsideruar në përgjigjen tuaj për të ardhurat neto nga vetë-punësimi (pyetja 29b).

☐ Shuma që paguani për mbështetje financiare nga divorci (Shënim: Vetëm në rast divorci/zgjidhje martese para datës 1/1/2019.)

Sa shpesh?

☐ Zbritje të tjera, lloji:☐ Student Interesat e huasë studentore

Sa shpesh?

Sa shpesh?

32. **Plotësojini këtë pyetje nëse të ardhurat tuaja ndryshojnë gjatë vitit,** siç është rasti nëse punoni vetëm për një pjesë të vitit në punë ose merrni një përfitim për disa muaj të caktuar. Nëse nuk prisni ndryshime tek të ardhurat mujore, vazhdoni me personin tjetër. ➔Të ardhurat tuaja **këtë vit**Të ardhurat tuaj vitin e **ardhshëm** (nëse mendoni se do të ndryshojnë)☐ Plotësojini nëse mendoni se do të jetë e vështirë për të parashikuar të ardhurat tuaja.**Ju faleminderit! Vetëm kaq na duhet të dijme për ju.**

A JU DUHET NDIHMË PËR APLIKIMIN TUAJ? Vizitoni [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ose na telefononi tek **1-800-318-2596**. Nëse kërkonti ndihmë në një gjuhë që nuk është anglisht, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe kërkojini gjuhën e duhur përfaqësuesit të shërbimit me klientët. Ne do të gjejmë ndihmë falas për ju. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.



Hapi 2: PERSONI 2

Shënim: Nëse ky person nuk ka nevojë për kujdes shëndetësor, plotësoni vetëm pyetjet 1-10 në këtë faqe. Kopjoni faqet 4-5 nëse ka më shumë se 2 veta në familjen tuaj.

Plotësoni këtë faqe për bashkëshortin/partnerin dhe fëmijët që jetojnë me ju, dhe cilindo që keni deklaruar në aplikimin vjetor të taksave nëse mbushni një të tillë. Nëse nuk dorëzoni deklaratën vjetore të të ardhurave, kujtohuni të përfshini gjithsesi anëtarët e familjes që jetojnë me ju. Shikoni faqen 1 për më shumë shpjegime për personat që duhet të përfshini.

[illegible]

Pa detyrim: (Dhënia e këtij informacioni nuk do të ndikojë në pranueshmërinë, opsionet e planit ose kostot.)

21. Raca: ☐ I/e bardhë ☐ I/e zi ose afrikano-amerikan ☐ Indian-Amerikan ose autokton nga Alaska ☐ Filipinas ☐ Japonez ☐ Koreane ☐ Indian-Aziatik ☐ Kinez
☐ Vietnamez ☐ Aziatik tjetër ☐ Havajan autokton ☐ Guamanian ose Kamorro ☐ Samoan ☐ Nga ishit e tierë të Paqësorit ☐ Tjetër



A JU DHUET NDIHMË PËR APLIKIMIN TUAJ? Vizitoni [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ose na telefononi tek **1-800-318-2596**. Nëse kërkonti ndihmë në një gjuhë që nuk është anglisht, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe kërkojini gjuhën e duhur përfaqësuesit të shërbimit me klientët. Ne do të gjejmë ndihmë falas për ju. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.

**Hapi 2: PERSONI 2**

Na tregoni për të ardhurat që merr PERSONI 2.

Plotësojeni këtë faqe edhe nëse PERSONI 2 nuk ka nevojë për sigurime shëndetësore.

Puna që bëni aktualisht dhe të ardhurat☐ **I/e punësuar:** Nëse PERSONI 2 është i punësuar aktualisht, na tregoni të ardhurat e tij/saj. Filloni me pyetjen 22.☐ **I/e papunësuar.** Shkoni tek pyetja 32.☐ **I/e vetëpunësuar.** Shkoni tek pyetja 31.**Puna aktuale 1:**

22. Emri i punëdhënësit

a. Adresa e punëdhënësit (opsionale)

b. Qyteti

c. Shteti

d. Kodi Postar ZIP

23. Numri i telefonit të punëdhënësit

24. Rroga/bakshishet (para taksave)

\$

☐ Në orë☐ Në javë☐ Në çdo dy javë☐ Dy herë në muaj☐ Mujore☐ Vjetore

25. Mesatarja e orëve që punoni çdo JAVË

Puna aktuale 2: (Nëse PERSONI 2 ka punë të tjera, bashkangjisi edhe një fletë tjetër letre.)

26. Emri i punëdhënësit

a. Adresa e punëdhënësit (opsionale)

b. Qyteti

c. Shteti

d. Kodi Postar ZIP

27. Numri i telefonit të punëdhënësit

28. Rroga/bakshishet (para taksave)

\$

☐ Në orë☐ Në javë☐ Në çdo dy javë☐ Dy herë në muaj☐ Mujore☐ Vjetore

29. Mesatarja e orëve që punoni çdo JAVË

30. Vitin e shkuar, PERSONI 2: ☐ Ndërruar punë ☐ Ndaluar punë ☐ Punuar më pak orë ☐ Asnjë nga këto**31. Nëse PERSONI 2 është i vetëpunësuar, plotësoni pyetjen a dhe b:**

a. Lloji i punës:

b. Sa të ardhura neto (fitimi pas pagesës së shpenzimeve) do të marrë PERSONI 2 nga vetëpunësimi këtë muaj?

Shkoni tek udhëzimet.

\$

32. **Të ardhura të tjera që do të marrë PERSONI 2 këtë muaj:** Plotësoni gjithë sa aplikohet, vendosni shumën e të ardhurave dhe sa shpesh i merr PERSONI 2 ato. Plotësoni këtu nëse nuk ka. ☐ **SHËNIM: Nuk** keni pse të na tregoni të ardhurat e PERSONIT 2 nga pensionet për fëmijët, pagesat si veteran apo Të ardhurat Shtesë prej Sigurimeve (SSI).

☐ Papunësiat

\$

Sa shpesh?

☐ Shuma që merrni për mbështetje financiare nga divorci (Shënim: Vetëm në rast divorci/zgjidhje martese para datës 1/1/2019.)

\$

Sa shpesh?

☐ Pensioni

\$

Sa shpesh?

☐ Vlera neto nga bujqësia/peshkimi

\$

Sa shpesh?

☐ Sigurimet Shoqërore

\$

Sa shpesh?

☐ Vlera neto nga qiradhënia/interesat

\$

Sa shpesh?

☐ Kursimet për pensionin

\$

Sa shpesh?

☐ Të ardhura të tjera, lloji:

\$

Sa shpesh?

33. **Zbritjet:** Plotësoni gjithë sa aplikohet, vendosni shumën e të ardhurave dhe sa shpesh i merr PERSONI 2 ato. Nëse PERSONI 2 paguan për sende që mund të zbriten nga taksat federale dhe na tregoni për to, kostoja e sigurimeve shëndetësore mund të ulet pak më shumë.

Mos e përfshini mbështetjen për fëmijë që paguan PERSONI 1 të 2-të ose një kosto që është tashmë konsideruar në përgjigjen tuaj për të ardhurat neto nga vetë-punësimi (pyetja 31b).

Shuma që paguani për mbështetje financiare nga divorci (Shënim: Vetëm në rast divorci/zgjidhje martese para datës 1/1/2019.)

\$

Sa shpesh?

☐ Zbritje të tjera, lloji:

Student Interestat e huasë studentore

\$

Sa shpesh?

\$

Sa shpesh?

34. **Complete Plotësojeni këtë pyetje nëse të ardhurat e PERSONIT 2 ndryshojnë gjatë vitit**, p.sh. nëse PERSONI 2 punon në një punë vetëm për një pjesë të vitit ose merr benefite për disa muaj. Nëse PERSONI 2 nuk pret ndryshime në të ardhurat e tyre mujore, kaloni te personi tjetër. ➔

Të ardhurat e PERSONIT 2 këtë vit

\$

Të ardhurat e PERSONIT 2 vitin e ardhshëm

\$

☐ Plotësojeni nëse mendoni se do të jetë e vështirë për të parashikuar të ardhurat tuaja.**Ju faleminderit! Vetëm kaq na duhet të dimë për PERSONIN 2.**

A JU DUHET NDIHMË PËR APLIKIMIN TUAJ? Vizitoni [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ose na telefononi tek **1-800-318-2596**. Nëse kërkon ndihmë në një gjuhë që nuk është anglisht, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe kërkojini gjuhën e duhur përfaqësuesit të shërbimit me klientët. Ne do të gjejmë ndihmë falas për ju. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.

Hapi 3: Anëtarët e familjes që janë indiano-amerikanë ose autoktonë nga Alaska



1. A jeni ju ose dikush në familjen tuaj indiano-amerikan ose autokton nga Alaska?

- ☐ JO. Nëse jo, vazhdoni me Hapin 4. ☐ PO. Nëse po, vazhdoni me Hapin 4 dhe plotësoni Shtojcën B, dhe bashkangjiteni me aplikimin tuaj.

Hapi 4: Sigurimet shëndetësore të familjes suaj.

1. Opsionale: Nëse keni përfituar kreditin tatimor për primet në një vit të mëparshëm, a ka paraqitur familja juaj një deklaratë tatimore duke përdorur informacion nga Formulari juaj 1095-A për të rakorduar ato pagesa për atë vit?

- ☐ PO, ne paraqitëm një deklaratë tatimore federale dhe rakorduam kreditin tatimor për primet ose IRS na dha një zgjatje afati.

2. A doli dikush në këtë aplikim si person që nuk kualifikohet për Medicaid ose për Programin e Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP) gjatë 90 ditëve të fundit? (Zgjidhni po vetëm në qoftë se dikush doli si person që nuk kualifikohet për këtë mbulim nga shteti, jo nga Marketplace.)

- ☐ Po ☐ Jo

Kush? Data:

Apo, doli dikush në këtë aplikim si person që nuk kualifikohet për Medicaid ose CHIP si rezultat i statusit të tij të emigracionit në 5 vitet e fundit?

- ☐ Po ☐ Jo

Kush?

A ka aplikuar njeri për sigurim gjatë periudhës së hapjes së regjistrimit të Marketplace ose pas një ndryshimi jetësor kualifikues?

- ☐ Po ☐ Jo

Kush?

3. A ka ndonjë nga personat e vendosur në këtë aplikim ofertë për sigurim shëndetësor nga puna e vet? Shënoni po edhe nëse sigurimet shëndetësore ofrohen nga puna e dikujt tjetër, p.sh. prind ose bashkëshort/e edhe nëse ata nuk e kanë pranuar këtë sigurim shëndetësor. Plotësoni jo nëse mbulimi i vetëm i ofruar është COBRA.

- ☐ PO. Vazhdoni dhe pastaj plotësoni Shtojcën A. ☐ JO.

Nëse po, a është ky një plan përfitimi për punonjësit e shtetit? ☐ Po ☐ Jo

A i ofrohet dikujt të listuar në aplikacion një mbulim individual i Marrëveshjes së Rimbursimit Shëndetësor (HRA) ose një Punëdhënësi të Vogël të Kualifikuar HRA (QSEHRA)?

- ☐ Po ☐ Jo

4. A ka ndonjë nga ju sigurime shëndetësore aktualisht?

- ☐ PO. Nëse po, vazhdoni me pyetjen 5. ☐ JO. Nëse jo, SHKONI tek Hapi 5.

5. Të dhëna për sigurimin shëndetësor aktual. (Kopjojeni këtë faqe nëse më shumë se dy veta kanë sigurime shëndetësore aktualisht.)

Vendosni llojin e mbulimit si sigurime nga punëdhënësi, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE; programet shëndetësore të (veteranëve) VA; Peace Corps, etj. (Mos na tregoni për TRICARE, nëse keni Direct Care apo Line of Duty.)

PERSONI 1:	Emri i personit të regjistruar në sigurime shëndetësore	
	Lloji i sigurimeve:	
	☐ Sigurimet nga Punëdhënësi ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Programi shëndetësor VA ☐ Korpusi i Paqes ☐ Tjetër	
	Nëse sigurimet janë nga punëdhënësi: (Do t'ju duhet të plotësoni edhe Shtojcën A.)	
	Emri i kompanisë të sigurimeve.	Numri identifikues i policës së sigurimeve
	Nëse është lloj tjetër sigurimesh ☐ Plotësoni këtu nëse ky është sigurim shëndeti nga Marketplace.	
	Emri i kompanisë të sigurimeve.	Numri identifikues i policës së sigurimeve
	Nëse ky është plan me benefite të kufizuara si p.sh. sigurimet për aksidentet në shkollë? ☐ Po ☐ Jo	

PERSONI 2:	Emri i personit të regjistruar në sigurime shëndetësore	
	Lloji i sigurimeve:	
	☐ Sigurimet nga Punëdhënësi ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Programi shëndetësor VA ☐ Korpusi i Paqes ☐ Tjetër	
	Nëse sigurimet janë nga punëdhënësi: (Do t'ju duhet të plotësoni edhe Shtojcën A.)	
	Emri i kompanisë të sigurimeve.	Numri identifikues i policës së sigurimeve
	Nëse është lloj tjetër sigurimesh ☐ Plotësoni këtu nëse ky është sigurim shëndeti nga Marketplace.	
	Emri i kompanisë të sigurimeve.	Numri identifikues i policës së sigurimeve
	Nëse ky është plan me benefite të kufizuara si p.sh. sigurimet për aksidentet në shkollë? ☐ Po ☐ Jo	



Hapi 5: Miratimi dhe nënshkrimi juaj:

1. A i jepni leje portalit Marketplace të përdorë të dhënat mbi të ardhurat,

përfshirë këtu informacionin nga taksat për 5 vitet e ardhshme?..... ☐ Po ☐ Jo

Që të lehtësoni aprovimin tuaj për marrjen e sigurimeve shëndetësore në vitet e ardhshme, jepini leje Marketplace të përdorë informacionin më të ri mbi të ardhurat, përfshirë këtu ato në aplikimet vjetore të taksave. Marketplace do t'ju dërgojë një njoftim ku mund të bëni ndryshimet përkatëse. Marketplace do të kontrollojë nëse ende kualifikoheni, dhe mund t'ju kërkojë të konfirmoni që të ardhurat tuaja ju japin ende të drejtën. Ju mund të refuzoni në çdo kohë.

Nëse jo, rifreskoni informacionin tim automatikisht për: ☐ 5 vjet. ☐ 4 vjet. ☐ 3 vjet. ☐ 2 vjet. ☐ 1 vjet.

☐ Mos përdorni të dhënat nga taksat e mia për të vërtetuar nëse i plotësoj kushtet për ndihmë me pagesën e sigurimeve shëndetësore (zgjedhja e këtij opsiioni mund të ndikojë në marrjen e ndihmës për sigurimet shëndetësore në momentin e rinovimit.)

2. A është ndonjë nga aplikantët e sigurimeve shëndetësore në këtë aplikim i burgosur (paraburgim ose burgim?) ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, vendosni emrin e personit. Emri i të burgosurit është:

☐ Shënoni këtu nëse ky person po pret dënimin përfundimtar.

Nëse dikush në aplikimin tuaj është i regjistruar për sigurim shëndetësor në Marketplace dhe më vonë rezultojnë se ka sigurim tjetër shëndetësor kualifikues (si Medicare, Medicaid, ose CHIP) Marketplace do ta heqë automatikisht planin shëndetësor të Marketplace. Kjo do t'ju ndihmojë të siguroheni që secili që rezultojnë të ketë sigurim tjetër shëndetësor kualifikues nuk do të vazhdojë të jetë i regjistruar në mbulimin e Marketplace dhe duhet të paguajë koston e plotë.

☐ Unë pranoj që Marketplace të heqë sigurimin shëndetësor Marketplace të personave në aplikimin tim në këtë situatë.

☐ Unë refuzoj që Marketplace të heqë sigurimin shëndetësor Marketplace në këtë situatë. Unë kuptoj se njerëzit e prekur në aplikimin tim nuk do të kenë më të drejtën për ndihmë financiare dhe duhet të paguajnë koston e plotë për planin e tyre Marketplace.

Nëse dikush në këtë aplikim i plotëson kushtet për Medicaid:

• I jap agjencisë së Medicaid të drejtat tona për të kërkuar dhe marrë para nga sigurimet e tjera shëndetësore, dëmshpërblime ligjore ose palë të treta. Po ashtu i jap agjencisë së Medicaid të drejtë për të kërkuar dhe marrë mbështetje mjekësore nga bashkëshorti/ja ose prindi.

• A ka ndonjë fëmijë i përfshirë në këtë aplikim prind që jeton jashtë banesës?..... ☐ Po ☐ Jo

• Nëse po, unë e di që do të më kërkohet të bashkëpunoj me agjencinë që mbledh mbështetje mjekësore nga prindi që mungon. Nëse mendoj se do të më dëmtojë mua ose fëmijët e mi bashkëpunimi për të mbledhur mbështetje mjekësore, mund t'ia them Medicaid dhe mund të mos bashkëpunoj me ta.

• E nënshkruaj këtë aplikim duke e ditur se gënjeshtër dënohet me ligj, që do të thotë se u jam përgjigjur ndershmërisht të gjitha pyetjeve në këtë formular me aq sa di unë. E di që mund të dënohem sipas ligjit federal nëse qëllimisht jap të dhëna false ose të pavërteta.

• E di që duhet ta njoftoj portalin Marketplace për Sigurime Shëndetësore (Health Insurance Marketplace®) brenda 30 ditësh nëse ndryshon diçka (dhe ndryshon nga) ato që kam shkruar në këtë aplikim. Mund të vizitohet [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ose të telefonohet **1-800-318-2596** për të raportuar çdo ndryshim. E kuptoj se ndryshimi në informacionin tim mund të ndikojë në mundësinë time ose të anëtarëve të familjes sime për marrjen e sigurimeve.

• E di se sipas ligjit federal, diskriminimi nuk lejohet në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, gjinisë, moshës ose aftësisë së kufizuar. Mund të paraqes një ankesë për diskriminim duke vizituar [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint).

• E di që të dhënat në këtë formular do të përdoren vetëm për të vendosur nëse kualifikohem për sigurim shëndetësor, nëse duhet të paguaj për atë (po të ma kërkojnë) dhe për qëllimet ligjore të Marketplace dhe programeve të tjera që mbulojnë pagesat e sigurimeve shëndetësore.

Ne e duam këtë informacion për të kontrolluar nëse kualifikoheni për ndihmë me pagesat e sigurimeve shëndetësore nëse aplikoni. Përgjigjet tuaja i kontrollojmë me anë të informacionit në arkivat tona elektronike dhe arkivat e Shërbimit të Brendshëm të Taksave (IRS); Sigurimeve Shoqërore, Departamentit të Mbrojtjes së Vendit, dhe/ose agjencive që raportojnë mbi konsumatorët. Nëse informacioni nuk përputhet, mund t'ju kërkojmë prova të mëtejshme.

Çfarë duhet të bëj nëse rezultatet për kualifikim janë të gabuara?

Do të merrni një Njoftim për Pranueshmërinë në postën tuaj pasi të kemi shqyrtuar aplikimin tuaj. Nëse nuk jeni dakort me rezultatet e kualifikimit, shumicën e rasteve mund të kërkonit apel. Rishikoni Njoftimin tuaj për Kualifikimin për të gjetur udhëzime për ankimet specifike për çdo person në familjen tuaj që aplikon për mbulim, duke përfshirë sa ditë keni për të depozituar një ankim. Këtu keni informacion të rëndësishëm për të lexuar nëse kërkonit apel:

• Nëse doni, mund të keni dikë tjetër që të kërkojë apel për ju ose të marrë pjesë në apelin tuaj. Ky person mund të jetë shok, kushëri, avokat ose tjetër person. Ose, mund të kërkonit apel dhe ta kryeni vetë atë.

• Nëse kërkonit apel, mund ta mbani sigurimin shëndetësor gjatë shqyrtimit të apelit tuaj.

• Rezultati i apelit mund ta ndryshojë kualifikimin për anëtarët e tjerë të familjes suaj.

Për të apeluar rezultatet e kualifikimit për Marketplace, vizitoni [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](https://www.healthcare.gov/marketplace-appeals/). Ose telefononi tek Qendra e Marketplace në **1-800-318-2596**. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**. Po ashtu, mundeni të dërgoni kërkesë për apel duke përdorur formularin tonë ose letrën tuaj që kërkon apel tek [Health Insurance Marketplace](https://www.healthinsurancemarketplace.gov), Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Ju mund të apelonit kualifikimin për të blerë sigurime shëndetësore nëpërmjet Marketplace, periudhat e regjistrimit, kompensimet nga taksat, uljen e pagesës kundrejt koston, Medicaid, dhe CHIP, nëse këto u janë refuzuar. Nëse kualifikoheni për kompensime nga taksa ose ulje të pagesës kundrejt koston, mund të apelonit shumat që kemi llogaritur për ju. Në varësi të shtetit ku jetoni, mund të apelonit nëpërmjet Marketplace ose mund të kërkonit apel nga agjencia shtetërore e Medicaid ose CHIP.

PERSONI 1 duhet ta nënshkruajë këtë aplikim. Nëse jeni përfaqësues i autorizuar mund të nënshkruani, por PERSONI 1 duhet të ketë nënshkruar Shtojcën C.

Nënshkrimi

Data e nënshkrimit (mm/dd/viti)

Nëse po e nënshkruani këtë aplikim jashtë Periudhës së Regjistrimit të Hapur (ndërmjet 1 nëntorit dhe 15 janarit), duhet të lexoni Shtojcën D ("Pyetje mbi ndryshimet jetësore.")



A JU DUHET NDIHMË PËR APLIKIMIN TUJ? Vizitoni [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ose na telefononi tek **1-800-318-2596**. Nëse kërkonit ndihmë në një gjuhë që nuk është anglisht, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe kërkojini gjuhën e duhur përfaqësuesit të shërbimit me klientët. Ne do të gjejmë ndihmë falas për ju. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.

Hapi 6: Postoni aplikimin e plotësuar



Postoni aplikimin e nënshkruar tek:

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



Nëse doni të regjistroheni për të votuar, mund të plotësoni formularin e votimit tek eac.gov.

Marrja e ndihmës në gjuhë tjetër përveç anglishtes

Nëse ju apo dikush që ju po ndihmoni ka pyetje rreth Sigurimit Shëndetësor të Marketplace, ju keni të drejtë të merrni ndihmë dhe informacion në gjuhën tuaj falas. Për të folur me një përkthyes, telefononi në numrin **1-800-318-2596**.

Kjo është lista e gjuhëve në dispozicion dhe i njëjti mesazh është shkruar më lart në këto gjuhë.

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.

Deklaratë zbulimi për PRA: Në përputhje me ligjin për reduktimin e dokumenteve të vitit 1995, personat duhet t'i përgjigjen grumbullimit të të dhënave me përjashtim të rasteve kur kanë një numër të vlefshëm kontrolli OMB. Numri i vlefshëm i kontrollit OMB për këto të dhëna është 0938-1191. Afati i plotësimit të këtij grumbullimi të të dhënave është mesatarisht 45 minuta për çdo përgjigje, duke përfshirë kohën e leximit të udhëzimeve, kërkimin për burimet e të dhënave, grumbullimin e të dhënave, plotësimin dhe rishikimin e grumbullimit të të dhënave. Nëse keni komente mbi saktësinë e kohës së llogaritur ose sugjerime për përmirësimin e këtij formulari, ju lutemi shkruani tek: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



A JU DUHET NDIHMË PËR APLIKIMIN TUJ? Vizitoni HealthCare.gov, ose na telefononi tek **1-800-318-2596**. Nëse kërkon ndihmë në një gjuhë që nuk është anglisht, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe kërkojini gjuhën e duhur përfaqësuesit të shërbimit me klientët. Ne do të gjejmë ndihmë falas për ju. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.

Marrja e ndihmës në gjuhë tjetër përveç anglishtes (Vazhdim)**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。

Deklaratë zbulimi për PRA: Në përputhje me ligjin për reduktimin e dokumenteve të vitit 1995, personat duhet t'i përgjigjen grumbullimit të të dhënave me përjashtim të rasteve kur kanë një numër të vlefshëm kontrolli OMB. Numri i vlefshëm i kontrollit OMB për këto të dhëna është 0938-1191. Afati i plotësimit të këtij grumbullimi të të dhënave është mesatarisht 45 minuta për çdo përgjigje, duke përfshirë kohën e leximit të udhëzimeve, kërkimin për burimet e të dhënave, grumbullimin e të dhënave, plotësimin dhe rishikimin e grumbullimit të të dhënave. Nëse keni komente mbi saktësinë e kohës së llogaritur ose sugjerime për përmirësimin e këtij formulari, ju lutemi shkruani tek: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



A JU DUHET NDIHMË PËR APLIKIMIN TUAJ? Vizitoni [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ose na telefononi tek **1-800-318-2596**. Nëse kërkon ndihmë në një gjuhë që nuk është anglisht, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe kërkojini gjuhën e duhur përfaqësuesit të shërbimit me klientët. Ne do të gjejmë ndihmë falas për ju. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.



Shtojca A: Sigurimet shëndetësore nga puna

DUHET tu përgjigjeni këtyre pyetjeve vetëm nëse dikush në familjen tuaj kualifikohet për sigurime shëndetësore nga puna edhe kur ata e refuzojnë atë. Gjithashtu, ju nuk keni nevojë tu përgjigjeni këtyre pyetjeve nëse mbulimi i vetëm që dikush ju ka ofruar është COBRA. Bashkangjisni një kopje të kësaj faqeje për secilën punë që ofron sigurime.

Na përshkruani punën që ofron sigurime.

Kopjojeni këtë faqe dhe jepjani punëdhënësit që ofron sigurime për t'ju ndihmuar në përgjigjen e këtyre pyetjeve.

Informacioni i punonjësit

1. Emri i punonjësit (Emri, Emri i dytë, Mbiemri)	2. Numri i sigurimeve shoqërore të punonjësit

Informacioni i punëdhënësit

3. Emri i punëdhënësit/ kompanisë	
4. Numri identifikues i punëdhënësit (EIN)	5. Numri i telefonit të punëdhënësit

Tani shkruani informacionin mbi personin apo departamentin që menaxhon përfitimet e punonjësve. Ne mund të kontaktojmë me këtë person nëse kemi nevojë për më shumë informacion:

6. Personi apo departamenti me të cilin mund të kontaktojmë rreth sigurimit shëndetësor të punonjësve		
7. Adresa e punëdhënësit (Marketplace mund të dërgojë njoftime në këtë adresë)		
8. Qytet	9. Shteti	10. Kodi Postar ZIP
11. Numri i telefonit (nëse ndryshon nga ai më sipër)	12. Adresa e emailit:	

13. A i është ofruar punëmarrësit mbulim sigurimi shëndetësor prej këtij punëdhënësi? Zgjidhni "po" vetëm nëse ata do të kenë një ofertë mbulimi duke nisur nga fillimi i muajit tjetër ose nga 1 janari, nëse ata aplikojnë gjatë regjistrimit të hapur (Nëntor 1 - Janar 15).

☐ PO (Vazhdoni)

☐ JO (PUNËDHËNËSI: NDALONI dhe jepjani formularin punonjësit.
PUNONJËSI: kthehuni tek aplikimi juaj për sigurim nga Marketplace.)

A ofron punëdhënësi plan shëndeti që mbulon bashkëshortin/en apo vartësit e punonjësit?

☐ PO. Nëse po, për cilët njerëz? ☐ Bashkëshorti/ja ☐ Vartësi(t) ☐ JO (Shkoni tek pyetja 14.)

Shënoni emrat e çdo personi tjetër në familjen e punonjësit që kualifikohet për sigurim nga kjo punë.

Emri: Emri: Emri:

Përshkruani planin shëndetësor më të lirë që ofron ky punëdhënësi.

14. A ofron punëdhënësi një plan që plotëson standardin e vlerës minimale*?
☐ PO (Shko tek pyetja 15.) ☐ JO (NDALO dhe ktheje këtë formular tek punonjësi.)
15. Sa duhet të paguajë punonjësi për planin me koston më të ulët që përmbush standartin e vlerës minimale që i ofrohet vetëm punonjësit*? Mos përfshini planet familjare.
a. Punonjësi duhet të paguajë këtë prim: \$
SHËNIM: Shënoni shumën më të vogël që punonjësi duhet të paguajë për sigurim shëndetësor.
b. Punonjësi duhet të paguajë këtë shumë: ☐ Në javë ☐ Në çdo dy javë ☐ Dy herë në muaj ☐ Një herë në muaj ☐ Një herë në tre muaj ☐ Vjetore
16. Nëse pjesëtarët e tjerë të familjes janë renditur për pyetjen 13: Nëse Sa do të paguante punëmarrësi për planin me kosto më të ulët i cili mbulon punëmarrësin dhe pjesëtarët e familjes të renditur në pyetjen 13? Nëse punëdhënësi ofron programe mirëqenieje, vendosni çmimin premium që punëmarrësi do të paguante nëse punëmarrësi do të përfitonte zbritjen maksimale për çdo program të ndërprerjes së duhanit dhe nuk do të përfitonte asnjë zbritje tjetër në bazë të programeve të mirëqenies.
a. Punonjësi duhet të paguajë këtë prim: \$
b. Punonjësi duhet të paguajë këtë shumë: ☐ Në javë ☐ Në çdo dy javë ☐ Dy herë në muaj ☐ Një herë në muaj ☐ Një herë në tre muaj ☐ Vjetore

*Një plan shëndeti përmbush standartin e vlerës minimale nëse paguan të paktën 60% të koston totale të shërbimeve mjekësore për një popullsi standarte dhe ofron mbulim substancial të shërbimeve spitalore dhe të mjekut. Shumica e planeve që ofrohen nga puna përmbushin standartin e vlerës minimale.



A JU DUHET NDIHMË PËR APLIKIMIN TUAJ? Vizitoni [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ose në telefononi tek **1-800-318-2596**. Nëse kërkon ndihmë në një gjuhë që nuk është anglisht, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe kërkojini gjuhën e duhur përfaqësuesit të shërbimit me klientët. Ne do të gjejmë ndihmë falas për ju. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.



Shtojca B



Shtojca C: Ndihmë për plotësimin e aplikimit tuaj

Vetëm për këshilltarët e çertifikuar për aplikimet, navigatorët, agjentët dhe komisionerët.

Plotësoni këtë seksion nëse jeni këshilltar i çertifikuar për aplikimet, navigator agjent ose komisioner që po e mbush aplikimin për dikë tjetër.

1. Data e fillimit të aplikimit (mm/dd/viti)	
2. Emri, emri i dytë, mbiemri dhe titulli	
3. Emri i organizatës	
4. Numri i Identifikimit (nëse ka)	5. Vetëm agjenti/komisioneri: Numri i NPN

Mund të autorizoni një përfaqësues.

Mund t'i jepni një personi të besuar leje që të flasë me ne për këtë aplikim, të shohë informacionin tuaj dhe të veprojë për ju në çështjet që lidhen me këtë aplikim, si marrja e informacionit për aplikimin tuaj dhe nënshkrimi i tij për ju. Ky person quhet "përfaqësues i autorizuar". Nëse doni të ndryshoni ose hiqni përfaqësuesin tuaj të autorizuar, kontaktoni Marketplace. Nëse jeni përfaqësues i ligjshëm i dikujt në këtë aplikim, dorëzoni një provë së bashku me aplikimin..

1. Emri i përfaqësuesit të autorizuar (Emri, emri i dytë, mbiemri)		
2. Adresa	3. Adresa e shtëpisë 2	
4. Qyteti	5. Shteti	6. Kodi Postar ZIP
7. Numri i telefonit		
8. Emri i organizatës		
9. Numri i Identifikimit (nëse ka)		

Nënshkrimi i këtij dokumenti e lejon këtë person të nënshkruajë aplikimin tuaj, të informohet zyrtarisht për këtë aplikim dhe t'ju përfaqësojë ju në të gjitha çështjet e lidhura me këtë aplikim.

10. Nënshkrimi i PERSONIT 1 të vendosur në këtë aplikim	11. Data e nënshkrimit (mm/dd/viti)



**Shtojca D: Pyetjet për ndryshimet jetësore****(Duhet ta plotësoni aplikimin së bashku me këtë faqe. Mos e dorëzoni këtë faqe vetëm.)**

Nëse dikush në këtë aplikim ka pasur ndryshime jetësore si humbja e sigurimit shëndetësor, është martuar ose ka lindur një fëmijë në 60 ditët e fundit (OSE pret që këto të ndodhin në 60 ditët e ardhshme), plotësoni këtë faqe dhe përshijeni atë në aplikimin tuaj të plotësuar, të nënshkruar. Ne rekomandojmë gjithashtu që t'ju përgjigjeni këtyre pyetjeve, nëse po aplikoni jashtë Regjistrimit të hapur (Nëntor 1 - Janar 15).

Pyetjet nuk janë të detyrueshme. Nëse jeta juaj nuk ka ndryshuar, lërini përgjigjet bosh. Mund të regjistroheni në Medicaid dhe Programin e Sigurimeve Shëndetësore të Fëmijëve (CHIP) në çdo kohë gjatë vitit, edhe nëse jeta juaj nuk ka ndryshuar. Anëtarët e fiseve që njihen nga qeveria federale dhe aksionerët autoktonë nga Alaska mund të regjistrohen për sigurime nëpërmjet Marketplace në çdo kohë gjatë vitit.

Përshekruani ndryshimet në familjen tuaj.**1. A ka humbur ndokush sigurim kualifikues shëndetësor në 60 ditët e fundit, apo pret të humbë sigurim kualifikues shëndetësor në 60 ditët e ardhshme?**

Emri(at)	Data kur mbaroi ose do të mbarojë sigurimi (mm/dd/viti)

2. A është martuar ndokush në 60 ditët e fundit?

Emri(at)	Data (mm/dd/viti)

a. A ka patur ndonjë nga këta individë sigurim kualifikues shëndetësor gjatë 60 ditëve të fundit? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, shënoni emrin/emrat këtu:

3. A është liruar ndokush nga burgu (apo paraburgimi) në 60 ditët e fundit?

Emri(at)	Data (mm/dd/viti)

4. A ka fituar ndokush status të ri emigracioni në 60 ditët e fundit?

Emri(at)	Data (mm/dd/viti)

5. A është adoptuar ndokush, është vendosur për adoptim apo kujdestari në 60 ditët e fundit?

Emri(at)	Data (mm/dd/viti)

6. A është bërë ndokush vartës si pasojë e një vendimi gjykate për mbështetje financiare për fëmijë apo vendimi tjetër në 60 ditët e fundit?

Emri(at)	Data (mm/dd/viti)

7. A ka ndryshuar ndokush vendbanimin në 60 ditët e fundit?

Emri(at)	Data e transferimit (mm/dd/viti)

a. Cili është kodi postar (ZIP) i adresës tuaj të mëparshme? ☐ Shënoni këtu nëse keni ardhur nga një shtet i huaj apo territor i SH.B.A.-së.

b. A ka patur ndonjë nga këta individë sigurim kualifikues shëndetësor gjatë 60 ditëve të fundit? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, shkruani emrin (emrat) këtu poshtë:

Emri(at)

