



فورم درخواستی بمنظور دریافت پوشش بیمه صحی و کمک در پرداخت هزینه آن

← میتوان از طریق وبسایت **HealthCare.gov** بگونه آنلاین سریعتر درخواست نمود.

- برنامه‌های مارکت پلیس (Marketplace) که برای کمک به حفظ سلامتی شما پوشش درمانی فراگیری را پیشنهاد می‌دهند.
- اعتبار مالیاتی می‌تواند بلافاصله موجب کاهش حق بیمه شما برای پوشش درمانی شود.
- پوشش رایگان یا با هزینه کمتر در Medicaid یا برنامه بیمه سلامت کودکان (CHIP). افراد با سطوح خاصی از درآمد ممکن است واجد شرایط دریافت برنامه های رایگان یا کم هزینه باشند.



از این درخواست برای
اطلاع از اینکه واجد شرایط
چه پوششی هستید، استفاده
کنید

- با استفاده از این فرم درخواست، برای همه افراد خانواده خود درخواست دهید.
- حتی اگر شما یا همسر و فرزندان از قبل تحت پوشش درمانی قرار دارید، این درخواست را ارائه دهید.
- ممکن است شما واجد شرایط پوشش درمانی رایگان و کم هزینه باشید.
- گر شما مجرد باشید، می‌توانید فورم مختصر و کوتاه را استفاده نمایید. به وبسایت **HealthCare.gov** سرزنید.
- اعضای خانواده از جمله مهاجران واجد شرایط، می‌توانند درخواست دهند. حتی اگر شما واجد شرایط دریافت پوشش درمانی نیستید، می‌توانید برای فرزندان درخواست دهید. درخواست شما تأثیری در وضعیت مهاجرت شما یا شانس دریافت اقامت دائم یا حق شهروندی شما نخواهد داشت.
- در صورتیکه فردی شما را در پرکردن این فرم درخواستی کمک مینماید، ایجاب مینماید که شما ضمیمه C را تکمیل نمایید.



کی ها میتوانند این فورم
درخواستی را استفاده
نمایند؟

- شماره تأمین اجتماعی (SSN) (یا شماره اسناد هر مهاجر واجد شرایطی که نیاز به پوشش درمانی دارند).
- معلومات راجع به کارفرما و عاید هر عضو فامیل تان (از قبیل رسیدهای پرداختی، فرم‌های W-2 یا صورت‌حساب‌های دستمزد و مالیاتی)
- شماره پالیسی بیمه صحی کنونی
- اطلاعات مربوط به هرگونه بیمه درمانی مرتبط با شغل موجود برای خانواده شما.



هنگام درخواست به چی چیز
نیاز دارید

- معلومات عاید و سایر موضوعات به این دلیل از شما تقاضا میگردد تا درمورد نوعیت پوشش و دریافت کمک ها جهت پرداخت مصارف آن شمارا اطلاع دهیم. طبق قانون، ما تمام معلومات را که شما فراهم مینمایید مصون و محرم نگهداریم. برای بیانیه قانون حفظ حریم خصوصی، به **HealthCare.gov** مراجعه کنید یا دستورالعمل‌ها را چک کنید.



چرا ما چنین معلومات را
تقاضا مینماییم؟

- یک کپی بگیرید و نزد خود نگهدارید، سپس درخواست کامل و امضا شده خود را به آدرس موجود در صفحه 8 ارسال کنید. اگر شما تمام معلومات مطالبه شده را نداشته باشید، هنوز هم می‌توانید ورقه درخواستی تان را بفرستید. ما طی 1-2 هفته اقدامات بعدی را انجام خواهیم داد و ممکن است در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، از جانب مارکت پلیس با شما تماس گرفته شود. بعد از پردازش درخواست شما، اطلاعاتیه مربوط به صلاحیت برای شما پست خواهد شد. اگر پاسخی از ما دریافت نکردید، با مرکز خدمات تلفنی مارکت پلیس تماس بگیرید. تکمیل این درخواست به این معنی نیست که حتما باید پوشش درمانی را خریداری کنید.



قدم های بعدی چی میباشد؟

- از طریق آنلاین : به وبسایت **HealthCare.gov** از طریق آنلاین : به وبسایت
- از طریق تلفون : به مرکز تماس بازار بیمه صحی به شماره **1-800-318-2596** تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره **1-855-889-4325** تماس بگیرند.
- بصورت حضوری : میتوان از مشاورین که در منطقه تان حضور دارند کمک دریافت نمود. جهت دریافت معلومات بیشتر به وبسایت **HealthCare.gov** رفته و یا به شماره بازار بیمه صحی **1-800-318-2596** تماس بگیرید.
- سایر زبان ها : در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر جزء از انگلیسی داشته باشید، می‌توانید به شماره **1-800-318-2596** تماس و نماینده خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شمارا بگونه رایگان کمک خواهیم کرد.



راجع به فورم درخواستی ،
کمک بگیرید.

شما حق دارید که اطلاعات خود را در قالبی قابل دسترس، مانند چاپ درشت، خط بریل یا صوتی دریافت کنید.

همچنین اگر احساس می‌کنید مورد تبعیض واقع شده‌اید، حق دارید شکایت کنید. به **CMS.gov/accessibility-nondiscrimination** مراجعه کنید. یا با شماره **1-800-318-2596** تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره **1-855-889-4325** تماس بگیرند.





فقط با استفاده از جوهر سیاه یا آبی تیره با حروف بزرگ چاپ شود.
علام دایروی را پُر نکنید. (○) مثلاً این چنین ← ●.

مرحله 1 : راجع به خود صحبت نمائید.

(ما نیاز داریم که یک فرد بالغ در فامیل بعنوان شتخص تماس در فورم درخواستی تان ذکر باشد.)

نام	نام وسطی	نام فامیلی	پسونند
2. آدرس خانه (در صورت نداشتن آدرس ، خالی بگذارید.)		3. آدرس محل سکونت 2	
4. شهر	5. ایالت	6. کود پستی یا زپ کود	7. شهرستان
8. آدرس پستی (در صورتیکه از آدرس خانه تان متفاوت باشد)		9. آدرس پستی 2	
10. شهر	11. ایالت	12. کود پستی یا زپ کود	13. شهرستان
14. شماره تلفن		15. شماره تلفن پشتیبان	
16. آیا میخواهید معلومات راجع به فورم درخواست را از طریق ایمیل دریافت کنید؟ ☐ بلی ☐ نه خیر ایمیل آدرس:			
17. زبان اصلی:		کتبی	شفاهی

مرحله 2 : ما را از خانواده خود مطلع سازید.

کی ها نیاز به شامل شدن در فورم درخواستی تان دارند؟

صفحه مرحله 2 را برای هر یک از اعضای خانواده خود تکمیل کنید، حتی اگر فرد هم اکنون از پوشش درمانی برخوردار است. اطلاعات این درخواست به ما کمک می کند تا اطمینان حاصل کنیم همه افراد بهترین پوشش درمانی ممکن را دریافت می کنند. میزان کمک و نوع برنامه ای که واجد شرایط دریافت آن هستید بر اساس تعداد افراد خانواده شما و میزان درآمد خانواده شما تعیین می شود. عدم ذکر افراد، حتی افرادی که هم اکنون از پوشش درمانی برخوردار هستند، ممکن است صلاحیت شما را تحت تاثیر قرار دهد.

برای افراد بالغ که نیاز به پوشش بیمه صحت دارند:

افراد متذکره را شامل فورم درخواست تان نمائید حتی اگر آنها برای بیمه صحت درخواست نمی نمایند:

- هر همسر
- پسر یا دختر زیر 21 سالی که با شما زندگی می کنند، از جمله فرزند خوانده
- هر آن شخص که در عین اوراق مالیات عاید فدرال درج می باشد (بشمول فرزندان که بالاتر از سن 21 باشند و در اوراق مالیات عاید شامل باشند). جهت دریافت بیمه صحت ، شما نیاز ندارید که مالیات تانرا فایل ویا درج نمائید.

فرزندان که زیر سن 21 باشند و نیاز به پوشش بیمه صحت داشته باشند:

افراد متذکره را شامل فورم درخواست تان نمائید حتی اگر آنها برای بیمه صحت درخواست نمی نمایند:

- هریک از والدین (پدر ومادر خوانده) که با آنها زندگی میکنند
- خواهر ویا برادر که با آنها زندگی میکند
- پسر ویا دختر بشمول اطفال فرزندخوانده که با آنها زندگی میکنند
- همسران آنها
- هر آن شخص که در عین اوراق مالیات عاید فدرال درج می باشد. جهت دریافت بیمه صحت ، شما نیاز ندارید که مالیات تانرا فایل ویا درج نمائید.

مرحله 2 را برای هر یک از اعضای خانواده خود تکمیل کنید.

از خودتان شروع کنید سپس سایر بزرگسالان و کودکان را اضافه کنید. اگر خانواده شما متشکل از بیش از 2 نفر است، لازم است از صفحات کپی بگیرید و آنها را ضمیمه کنید.

لازم نیست که وضعیت مهاجرت و یا SSN اعضای خانواده خود را که به پوشش درمانی نیاز ندارند، ارائه دهید. مطابق قانون، تمام اطلاعاتی که توسط شما فراهم شده است محرمانه و ایمن نگه داشته می شوند. ما تنها به منظور بررسی صلاحیت شما برای دریافت پوشش درمانی، اطلاعات شخصی شما را مورد بررسی قرار می دهیم.



مرحله 2: شخص 1 (از خود آغاز نمائید)

مرحله 2 را در مورد خودتان، همسر/شریک زندگی یا هر فرد وابسته دیگری که با شما زندگی می‌کند، و/یا در صورت تکمیل یک پرونده، هر فرد دیگری که تحت اظهارنامه مالیاتی درآمد فدرال شما قرار می‌گیرد، تکمیل کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد افراد مشمول به صفحه 1 مراجعه کنید. در صورتی که اظهارنامه مالیاتی را تکمیل نکرده‌اید، همچنان به خاطر داشته باشید که افراد خانواده خود را اضافه کنید.

نام	نام وسط	نام فامیلی	پسوندد
2. رابطه با شخص 1 ؟ خود			
3. آیا متاهل هستید ؟ بلی ☐ نه خیر ☐			
4. تاریخ تولد (ماه / روز / سال) 			
5. جنس مؤنث ☐ مذکر ☐			
6. شماره سوشیل سیکورتی (SSN) 			
اگر شما میخواهید پوشش بیمه صحت داشته باشید، درآنصورت ما نیاز به شماره سوشیل سیکورتی تان داریم. ما شماره سوشیل سیکورتی را جهت بررسی عاید وسایر معلومات شما و ارزیابی واجدیت شرایط جهت دریافت کمک برای پرداخت هزینه پوشش بیمه صحت بکارمیریم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد دریافت SSN، به SSA.gov مراجعه کنید و یا با تامین اجتماعی به شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 1-800-325-0778 تماس بگیرند.			
7. آیا پلان دارید که سال آینده اوراق مالیات فدرال تانرا فایل کنید ؟ اگر شما فایل هم نکنید، باز هم میتوانید جهت دریافت پوشش بیمه، درخواست نمائید. بلی ☐ اگر پاسخ تان بلی باشد، به موارد a تا c پاسخ دهید. ☐ نه خیر. اگر پاسخ تان نخیر باشد، به مورد c مراجعه کنید و از موارد قبلی صرف نظر کنید.			
a. آیا شما مشترکاً اوراق مالیات فدرال تانرا با همسر تان فایل میکنید ؟ اگر پاسخ تان بلی باشد، درآنصورت نام همسرتانرا بنویسید:			
b. آیا شما هنگام فایل کردن اوراق مالیات فدرال تان، اعضای فامیل یا افراد وابسته به شما را درج میکنید ؟ اگر پاسخ تان بلی باشد، درآنصورت نام های افراد وابسته به شما را بنویسید:			
c. آیا شما به عنوان فرد وابسته در اوراق مالیات شخصی دیگر درج خواهید بود ؟ رابطه شما با شخص فایل کننده مالیات چی میباشد؟			
8. آیا شما باردار (حامله) میباشید ؟ بلی ☐ نه خیر ☐ a. گر پاسخ تان بلی باشد، درآنصورت چند طفل از این بارداری توقع می‌رود.			
9. آیا شما نیاز به پوشش بیمه دارید ؟ حتی اگر شما پوشش بیمه هم داشته باشید، احتمال موجودیت برنامه های می‌رود که دارای پوشش بهتر و یا قیمت نازل باشند. بلی ☐ اگر پاسخ تان بلی باشد، درآنصورت تمام سوالات ذیل را پاسخ دهید. ☐ نخیر. اگر پاسخ تان نخیر باشد، درآنصورت به سولات راجع به عاید تان که درصفحه 3 ذکر است مراجعه نمائید. باقیمانده این صفحه را خالی بگذارید.			
10. آیا شما دارای شرایط سلامتی جسمی، روحی و یا روانی خاصی هستید که باعث اختلال در فعالیت‌هایتان (مانند استحمام، لباس پوشیدن، کارهای روزمره و غیره) شود و موجب شود به مراقبت درمانی ویژه نیاز داشته باشید و یا در مرکز پزشکی یا خانه سالمندان زندگی کنید ؟ بلی ☐ نه خیر ☐			
11. آیا شما شهروند و یا تبعه امریکا میباشید ؟ بلی ☐ نه خیر ☐			
12. آیا شما شهروند نچرلایزد و یا بخاطر تبعه والدین تان شهروند امریکا گردیدید ؟ (به این معنی که شما در خارج از امریکا تولد شده اید) بلی ☐ اگر پاسخ تان بلی باشد، درآنصورت بخش a و b را تکمیل نمائید. ☐ نخیر. اگر پاسخ تان نخیر باشد، درآنصورت به سوال 13 ادامه دهید.			
a. شماره ایلین گرین کارت : b. شماره شهادتنامه تابعیت بعد از تکمیل نمودن بخش a و b، به سوال 14 مراجعه نمائید.			
13. اگر شما شهروند و یا تبعه امریکا نمیباشید، آیا شما حالت مهاجرت قانونی دارید ؟ انواع سند مهاجرت نوع حالت مهاجرت (اختیاری) نام تانرا طوریکه در سند مهاجرت ذکر است بنویسید.			
شماره ایلین گرین کارت یا شماره I-94 کارت هویت SEVIS با تاریخ انقضاء (اختیاری) سایر موضوعات (کود کتگوری یا کشور صادرکننده) SEVIS ID با میعاد ختم بونه کی تاریخ (اختیاری)			
a. آیا شما در امریکا از سال 1996 به اینطرف زندگی کرده اید ؟ بلی ☐ نه خیر ☐			
b. آیا شما، همسر و یا والدین تان در اردوی امریکا خدمت کرده و یا همین حالا بشکل برحال خدمت میکنید ؟ بلی ☐ نه خیر ☐			
14. آیا شما جهت پرداخت مصارف بل صحتی که در 3 ماه گذشته صورت گرفته است به کمک نیاز دارید ؟ بلی ☐ نه خیر ☐			
15. آیا شما حد اقل با یک طفل که زیر سن 19 باشد زندگی میکنید و آیا شما مسئولیت مراقبت این طفل را بعهده دارید ؟ (پاسخ "بلی" را انتخاب نمائید اگر شما و یا همسر تان مسئولیت این طفل را بعهده دارد.) نام و نسبت کودکان زیر 19 سالی را که با شما زندگی می‌کنند بنویسید:			
16. آیا شما دانش آموز تمام روز میباشید ؟ بلی ☐ نه خیر ☐			
17. آیا شما درس 18 و یا بزرگتر در پرورشگاه زندگی کرده اید ؟ بلی ☐ نه خیر ☐			
اختیاری : (ارائه این اطلاعات بر واجد شرایط بودن، گزینه‌های طرح یا هزینه‌ها تأثیری نخواهد داشت.)			
19. نژاد: ☐ سفید پوست ☐ سیاه پوست یا امریکایی افریقای الاصل ☐ سرخپوست امریکایی و یا بومی الاصل ☐ فیلیپینی ☐ جاپانی ☐ کوریایی ☐ هندوستانی ☐ چینیایی ☐ ویتنامی ☐ سایر ملیت های آسیایی دولة آخری ☐ بومی هوانئی ☐ گوامی یا چامارو ☐ سمون ☐ سایر باشندگان جزیره پسیفیک ☐ دیگران			

اگر راجع به فرم درخواست تان نیاز به دریافت کمک دارید ؟ به وبسایت HealthCare.gov سرزده و یا به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر جزء از انگلیسی داشته باشید، میتوانید به شماره 1-800-318-2596 تماس و نماینده خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شمارا بگونه رایگان کمک خواهیم کرد. کاربران TTY می‌توانند با 1-855-889-4325 تماس بگیرند.



مرحله 2: شخص 1 (موضوعات راجع به خودتان را ادامه دهید.)

وظیفه فعلی و معلومات راجع به عاید تان

● **وظیفه:** اگر وظیفه دارید، راجع به عاید تان بنویسید.
از مورد 20 شروع کنید.

● **بیکار استید:** به شماره 30 مراجعه کرده و از **کارو بار شخصی دارید:** به شماره 29 مراجعه کرده و از موارد قبلی صرف نظر کنید.

وظیفه فعلی 1:

20. اسم کارفرما

a. آدرس کارفرما (اختیاری)

b. شهر	c. ایالت	d. کد پستی	21. شماره تلفن کارفرما
22. معاش / پول بخششی (قبل از مالیات) ☐ ساعتوار ☐ هفته وار ☐ هر دو هفته		23. اوسط ساعات کاری در هر هفته	
\$			
☐ ماه دوبار ☐ ماهوار ☐ سالانه			

وظیفه فعلی 2: (در صورت داشتن وظایف بیشتر و نیاز برای جای نوشتن دارید، سپس یک ورق دیگر را ضمیمه این فرم سازید.)

24. اسم کارفرما

a. آدرس کارفرما (اختیاری)

b. شهر	c. ایالت	d. کد پستی	25. شماره تلفن کارفرما
26. معاش / پول بخششی (قبل از مالیات) ☐ ساعتوار ☐ هفته وار ☐ هر دو هفته		27. اوسط ساعات کاری در هر هفته	
\$			
☐ ماه دوبار ☐ ماهوار ☐ سالانه			

28. در گذشته، آیا شما موارد ذیل را انجام داده اید؟ ☐ تغییر وظیفه ☐ توقف دادن وظیفه ☐ کار برای چند شاعت محدود ☐ هیچ یک از موارد فوق

29. در صورتیکه وظیفه شخصی دارید، بخش a و b را پاسخ دهید:

a. نوع کار:

b. عاید خالص شما از وظیفه شخصی (منافع تجارت شما بعد از پرداخت مصارف تان) در این ماه چند خواهد بود؟ \$
به قسمت دستورالعمل ها بروید.30. سایر عاید مالی که در این ماه بدست میاورید: تمام موارد که قابل تطبیق است پُر نموده و مقدار عاید را باتوجه به اینکه چندبار آنرا بدست میاورید بنویسید. در صورتیکه پاسخ تان هیچ باشد، این جای خالی را پُر ننمایید. ☐ یادداشت: ضروریست که راجع به عاید ناشی از پول حمایتی طفل، پول نظامی ویا پول کمکی مصونیتی که بنام SSI نیز یاد میگردد صحبت نمائید.

● بیکاری	چند بار؟	\$	● دریافت نفقه از طرف همسر (توجه: فقط برای طلاق قطعی قبل از 1/1/2019)	چند بار؟	\$
● حقوق بازنشستگی	چند بار؟	\$	● عاید ناشی از کشاورزی / ماهیگیری	چند بار؟	\$
● سوشیل سیکیوریتی	چند بار؟	\$	● عاید ناشی از کرایه / حق الامتیاز	چند بار؟	\$
● حساب بازنشستگی	چند بار؟	\$	● سایر عواید، نوع:	چند بار؟	\$

31. **کسر مقدار پول از مالیات:** تمام خانه خالی های که قابل تطبیق میباشد را پُر نمائید و مقدار آنرا باتوجه به اینکه چندبار میپردازید بنویسید. اگر شما بالای بعضی چیزهای مشخص پول بمصرف می رسانید و این مقدار را هنگام فایل کردن مالیات فدرال تان کسر می نمائید ما را مطلع سازید، زیرا بادنستن چنین موضوعات میتواند پوشش بیمه صحتی را به قیمت پائین بدست آورید. نفقه ای که برای فرزند می پردازید، یا هزینه ای که قبلاً در پاسخ به خوداشتغالی صرف در نظر گرفته شده را لحاظ نکنید (سوال 29b).

● پول پرداخته شده برای همسر (توجه: فقط برای طلاق قطعی قبل از 1/1/2019)	چند بار؟	\$	● سایر کسورات، النوع:	چند بار؟	\$
● سود قرض دانشجو	چند بار؟	\$			

32. در صورتیکه عاید تان در جریان سال تغییر میخورد، طور مثال، این سوال را کامل کنید، مثلاً اگر فقط در قسمتی از سال در شغلی کار می کنید یا برای ماه های خاصی مزایایی دریافت می کنید. اگر تغییرات را در عاید ماهوار تان توقع نمی کنید، در آن صورت به بخش تحت عنوان شخص بعدی مراجعه نمائید. ➡

مجموعه عاید تان در سال جاری	\$	مجموعه عاید تان در سال بعدی (در صورتی که فکر می کنید میزان آن متفاوت خواهد بود)	\$
		در صورتی که فکر می کنید تخمین درآمد شما دشوار است این قسمت را تکمیل کنید.	

تشکر! این معلومات بود که ما راجع به شناختن شما نیاز داشتیم.

آیا راجع به فرم درخواست تان نیاز به دریافت کمک دارید؟ به وبسایت HealthCare.gov سرزده و یا به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر جزء از انگلیسی داشته باشید، میتونید به شماره 1-800-318-2596 تماس و نماینده خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شمارا به گونه رایگان کمک خواهیم کرد. کاربران TTY می توانند با 1-855-889-4325 تماس بگیرند.

تکمیل نشود. این نامه تنها برای اطلاع رسانی است

مرحله 2 : شخص 2

یادداشت : اگر این شخص نیاز به بیمه صحت نداشته باشد ، در آن صورت صرفاً سوالات 1 الی 10 را پاسخ دهید. در صورتیکه در فامیل شما بیشتر از 2 نفر زندگی میکنند ، در آن صورت یک نقل (کاپی) ورق 4 و 5 را بگیرید.

این صفحه را برای همسر و فرزندان تان که با شما زندگی میکنند ویا هر آن فردی که در اوراق مالیات عاید فدرال شما درج میباشد ، تکمیل نمایند. در صورتی که اظهارنامه مالیاتی را تکمیل نکرده‌اید، همچنان به خاطر داشته باشید که افراد خانواده خود را که با شما زندگی می‌کنند، اضافه کنید. جهت دریافت اینکه کی ها را شامل فورم درخواست تان سازید ، به صفحه 1 مراجعه نمایید.

نام	نام وسط	نام فامیلی	پسوند
1. نام			
2. رابطه با شخص 1 ؟ به قسمت دستورالعمل‌ها بروید		3. آیا شخص 2 متاهل است؟	4. تاریخ تولد (ماه / روز / سال)
☐ بلی ☐ نه خیر		☐ مؤنث ☐ مذکر	
5. جنس		6. شماره سوشیل سیکورتی (SSN)	
7. آیا شخص 2 در عین آدرس شخص 1 زندگی میکند ؟		8. آیا شخص 2 پلان دارد که سال آینده مالیات عاید فدرال خود را درج یا فایل کند؟ (اگر شخص 2 مالیات عاید فدرال خود را فایل نمیکند ، شما هنوز هم میتوانید برای پوشش بیمه درخواست نمایید).	
اگر پاسخ نه خیر باشد، در آن صورت آدرس او را بنویسید:		نخیر. اگر پاسخ بلی باشد ، به موارد a تا c پاسخ دهید. ☐ بلی. اگر پاسخ بلی باشد ، به همسرش مشترکاً مالیات اش را فایل میکند؟	
9. آیا شخص 2 با همسر را بنویسید:		اگر پاسخ بلی باشد ، نام همسر را بنویسید:	
b. آیا شخص 2 هنگام فایل کردن اوراق مالیات فدرال ، اعضای فامیل یا افراد وابسته را درج میکند؟		اگر پاسخ بلی باشد ، در آن صورت نام وابسته گان را بنویسید:	
c. آیا شخص 2 به عنوان فرد وابسته در اوراق مالیات شخصی دیگر درج خواهد بود؟		اگر پاسخ بلی باشد ، نام پرداخت کننده مالیاتی را بنویسید:	
رابطه شخص 2 با شخص فایل کننده مالیات چی میباشد؟		اگر پاسخ بلی باشد ، نام پرداخت کننده مالیاتی را بنویسید:	
9. یا شخص 2 باردار (حامله) میباشد؟ ☐ مؤنث a. اگر پاسخ تان بلی باشد ، در آن صورت چند طفل از این بارداری توقع می‌رود. ☐ مذکر			
10. آیا شخص 2 نیاز به پوشش بیمه دارد؟ (حتی اگر شخص 2 پوشش بیمه هم داشته باشد ، احتمال موجودیت برنامه های می‌رود که دارای پوشش بهتر ویا قیمت نازل باشند). ☐ بلی. اگر پاسخ بلی باشد ، در آن صورت تمام سوالات ذیل را پاسخ دهید. ☐ نخیر. اگر پاسخ نخیر باشد، در آن صورت به سوالات راجع به عاید که در صفحه 5 ذکر است مراجعه نمایید. باقیمانده این صفحه را خالی بگذارید.			
11. آیا شخص 2 دارای شرایط سلامتی جسمی، روحی و یا روانی خاصی است که باعث اختلال در فعالیت‌های او (مانند استحمام، لباس پوشیدن، کارهای روزمره و غیره) شده، و موجب شود فرد به مراقبت درمانی ویژه نیاز داشته باشد و یا در مرکز پزشکی یا خانه سالمندان زندگی کند؟ ☐ بلی ☐ نه			
12. آیا شخص 2 شهروند ویا تبعه امریکا میباشد؟ ☐ بلی ☐ نه			
13. آیا شخص 2 شهروند نچرالایزد ویا باخاطر تابعیت والدین شهروند امریکا گردیده است؟ (به این معنی که آنها در خارج از امریکا تولد شده است) ☐ بلی. اگر پاسخ بلی باشد ، در آن صورت بخش a و b را تکمیل نمایید. ☐ نخیر. اگر پاسخ تان نخیر باشد ، در آن صورت به سوال 14 ادامه دهید.			
a. شماره ایلین گرین کارت		b. شماره شهادتنامه تابعیت	
بعد از تکمیل نمودن بخش a و b ، به سوال 15 مراجعه نمایید.			
14. اگر شخص 2 شهروند ویا تبعه امریکا نمی‌باشید ، آیا آنها حالت مهاجرت مجوز دارند ؟ ☐ بلی. شماره نوعیت اسناد و کارت هویت را بنویسید. به قسمت دستورالعمل‌ها بروید			
نوع سند مهاجرت :		نوع حالت مهاجرت (اختیاری):	
نام شخص 2 طوریکه در سند مهاجرت ذکر است بنویسید .			
شماره ایلین گرین کارت یا شماره I-94		شماره پاسپورت یا کارت هویت	
کارت هویت SEVIS یا تاریخ انقضای (اختیاری)		سایر موضوعات (کود کتگوری یا کشور صادرکننده)	
a. آیا شخص 1 در امریکا از سال 1996 به اینطرف زندگی کرده است؟ ☐ بلی ☐ نه			
b. آیا شخص 2 با همسر و والدین شخص 2 در اردوی امریکا خدمت کرده ویا همین حالا بشکل برحال خدمت میکنند؟ ☐ بلی ☐ نه			
15. آیا شخص 2 جهت پرداخت مصارف بل صحتی که در 3 ماه گذشته صورت گرفته است به کمک نیاز دارد؟ ☐ بلی ☐ نه			
16. آیا شخص 2 حد اقل با یک طفل که زیر سن 19 باشد زندگی میکند و آیا شخص 2 مسئولیت مراقبت این طفل را بعهده دارد؟ (در صورتی که فرد 2 یا همسر او از این کودک مراقبت می‌کند، گزینه «بله» را انتخاب کنید). ☐ بلی ☐ نه			
17. نام ها و رابطه اطفال که زیر سن 19 می‌باشند ویا شخص 2 در یک خانه زندگی میکنند ، بنویسید: (افراد مذکور میتوانند اطفال باشند که در صفحه 2 ذکر گردیده اند).			
آیا شخص 2 در سن 18 ویا بزرگتر در پرورشگاه زندگی کرده است؟ ☐ بلی ☐ نه			
اگر فرد دوم 22 سال یا کمتر سن دارد به این سوالات پاسخ دهید:			
18. آیا بیمه صحتی شخص 2 از طریق وظیفه اش فراهم و بیمه متذکره را در 3 ماه گذشته از دست داده است؟ ☐ بلی ☐ نه			
a. گر پاسخ بلی باشد ، در آن صورت تاریخ ختم بیمه صحتی را بنویسید:		b. دلیل ختم بیمه صحتی :	
19. آیا شخص 2 دانش آموز تمام روز میباشد؟ ☐ بلی ☐ نه			

اختیاری : (ارائه این اطلاعات بر وواجد شرایط بودن، گزینه‌های طرح یا هزینه‌ها تأثیری نخواهد داشت.)

21. تژاد: ☐ سفید پوست ☐ سیاه پوست یا امریکایی افریقای الاصل ☐ سرخپوست امریکایی ویا بومی الاکسای ☐ فلپینی ☐ جاپانی ☐ کوریایی ☐ هندوستانی ☐ چینیایی ☐ ویتنامی ☐ سایر ملیت های آسیایی دوله آخری ☐ بومی هوانایی ☐ گوامی یا چامارو ☐ سمون ☐ سایر باشندگان جزیره پاسیفیک ☐ دیگران

آیا راجع به فورم درخواست تان نیاز به دریافت کمک دارید ؟ به و بیسایت HealthCare.gov سرزده ویا به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر جزء از انگلیسی داشته باشید، میتونید به شماره 1-800-318-2596 تماس و نماینده خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شما را بگونه رایگان کمک خواهیم کرد. کاربران TTY میتونند با 1-855-889-4325 تماس بگیرند.

تکمیل نشود. این نامه تنها برای اطلاع رسانی است

راجع به عاید شخص 2 معلومات دهید.

این ورق را تکمیل نمایند حتی اگر شخص 2 به پوشش بیمه صحت نیاز نداشته باشد.

مرحله 2 : شخص 2

وظیفه فعلی و معلومات راجع به عاید تان

○ **ووظیفه :** اگر شخص 2 وظیفه دارد ، راجع به عاید او بنویسید.
از مورد 22 شروع کنید.

○ **بیکار استید :** به شماره 32 مراجعه کرده و ○ **کارو بار شخصی دارید :** به شماره 31 مراجعه کرده و
از موارد قبلی صرف نظر کنید. از موارد قبلی صرف نظر کنید.

وظیفه فعلی 1 :

22. اسم کارفرما

a. آدرس کارفرما (اختیاری)

b. شهر	c. ایالت	d. کد پستی	23. شماره تلفن کارفرما
24. معاش / پول بخششی (قبل از مالیات)	○ ساعتوار	○ هفته وار	○ هر دو هفته
○ ماه دوبار	○ ماهوار	○ سالانه	25. اوسط ساعات کاری در هر هفته

وظیفه فعلی 2: (در صورتیکه شخص 2 وظایف بیشتر داشته باشد و نیاز برای جای نوشتن بیشتر باشد ، سپس یک ورق دیگر را ضمیمه این فرم سازید.)

26. اسم کارفرما

a. آدرس کارفرما (اختیاری)

b. شهر	c. ایالت	d. کد پستی	27. شماره تلفن کارفرما
28. معاش / پول بخششی (قبل از مالیات)	○ ساعتوار	○ هفته وار	○ هر دو هفته
○ ماه دوبار	○ ماهوار	○ سالانه	29. اوسط ساعات کاری در هر هفته

30. در گذشته ، آیا شخص 2 موارد ذیل را انجام داده است؟
○ تغییر وظیفه ○ توقف دادن وظیفه ○ کار برای چند ساعت محدود ○ هیچ یک از موارد فوق

31. در صورتیکه شخص 2 وظیفه شخصی دارد ، قسمت a و b را تکمیل کنید:

a. نوع کار :

b. عاید خالص شخص 2 از وظیفه شخصی (منافع تجارت بعد از پرداخت مصارف) در این ماه چند خواهد بود ؟ به قسمت دستور العملها بروید.

32. سایر عاید مالی شخص 2 که در این ماه بدست میآورد : تمام موارد که قابل تطبیق است پُر نموده و مقدار عاید را با توجه به اینکه چندبار آنرا بدست میآورد بنویسید.
○ **یادداشت :** ضرور نیست که راجع به عاید شخص 2 که ناشی از پول حمایتی طفل ، پول نظامی ویا پول کمکی مصونیتی که بنام SSI نیز یاد میگردد صحبت نمایند.

○ بیکاری	○ دریافت نفقه از طرف همسر (توجه: فقط برای طلاق قطعی قبل از 1/1/2019).
○ حقوق بازنشستگی	○ عاید ناشی از کشاورزی / ماهیگیری
○ سوشیل سیکیوریتی	○ عاید ناشی از کرایه / حق الامتياز
○ حساب بازنشستگی	○ سایر عواید، نوع:

33. **کسر مقدار پول از مالیات :** تمام خانه خالی های که قابل تطبیق میباشد را پُر نمائید و مقدار آنرا با توجه به اینکه چندبار شخص 2 آنرا میپردازد بنویسید. اگر شخص 2 بالای بعضی چیزهای مشخص پول بمصرف میرساند و این مقدار را هنگام فایل کردن مالیات فدرال کسر مینماید ما را مطلع سازید ، زیرا با دانستن چنین موضوعات میتوان پوشش بیمه صحت را به قیمت نازل بدست آورد.
نفقه فرزندی که شخص 2 می-پردازد، یا هزینه ای که قبلاً در پاسخ به خوداشتغالی صرف در نظر گرفته شده است را لحاظ نکنید (سوال 31b).

○ پول پرداخته شده برای همسر (توجه: فقط برای طلاق قطعی قبل از 1/1/2019).	○ سایر کسورات، النوع:
○ سود قرض دانشجو	

34. **در صورتیکه عاید شخص 2 در جریان سال تغییر میخورد ، طور مثال ، شخص 2 در یک وظیفه صرف چند ماه در جریان سال کار میکند ویا منافع پولی برای چندین ماه دیگر بدست میآورد ، در آنصورت به این سولات پاسخ دهید.** اگر شخص 2 انتظار تغییرات در درآمد ماهانه خود را ندارد، به نفر بعدی بروید.

مجموعه عاید شخص 2 در سال جاری	مجموعه عاید شخص 2 در سال بعدی
-------------------------------	-------------------------------

تشکر ! این معلومات بود که ما راجع به شناختن شخص 2 نیاز داشتیم

آیا راجع به فرم درخواست تان نیاز به دریافت کمک دارید ؟ به و بیسایت HealthCare.gov سرزده ویا به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر جزء از انگلیسی داشته باشید، میتونید به شماره 1-800-318-2596 تماس و نماینده خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شما را بگونه رایگان کمک خواهیم کرد. کاربران TTY میتوانند با 1-855-889-4325 تماس بگیرند.



مرحله 3 : اعضای خانواده شما که از سرخپوستان آمریکایی و یا بومیان آلاسکا (AI/AN) هستند

1. آیا شما و یا یکی از اعضای خانواده‌تان از سرخپوستان آمریکایی و یا بومیان آلاسکا هستید؟

○ نخیر. اگر پاسخ تان خیر باشد، در انصورت به مرحله 4 مراجعه نمائید. .. ○ بلی. اگر پاسخ تان بلی باشد، در انصورت به مرحله 4 مراجعه و ضمیمه B را تکمیل و شامل این فورم درخواستی نمائید.

مرحله 4 : پوشش درمانی خانواده شما :

1. اختیاری: اگر در سال گذشته اعتبار مالیاتی حق بیمه دریافت کرده‌اید، آیا خانوار شما با استفاده از اطلاعات فرم **1095-A** شما اظهارنامه مالیاتی را برای تطبیق آن پرداخت‌ها در آن سال ارائه کرده است؟

○ بلی، ما یک اظهارنامه مالیاتی فدرال ارائه کردیم و اعتبار مالیاتی حق بیمه را تطبیق دادیم یا **IRS** به ما امکان تمدید داد.

2. در 90 روز گذشته، آیا کسی در این فورم درخواستی برای بیمه **Medicaid** و بیمه **Medicare** برنامه اطفال (**CHIP**) واجد شرایط شمرده نشده است؟

(پاسخ بلی را انتخاب نمائید اگر شخص متذکره توسط ایالت واجد شرایط شمرده نشده باشد نه توسط بازار بیمه صحت) ○ بلی ○ نه

کی ؟ تاریخ :

و یا اینکه آیا عضو خانواده شما بنابر حالت مهاجرت شان در 5 سال گذشته برای بیمه **Medicaid** یا بیمه اطفال بنام **CHIP** که درج این فورم درخواست میباشند واجد شرایط شمرده نشده اند، وجود دارد؟

..... ○ بلی ○ نه

کی ؟

آیا کسی در این درخواست وجود دارد که در طول دوره ثبت نام آزاد مارکت پلیس یا بعد از وقوع حادثه‌ای در زندگی که او را واجد شرایط دریافت خدمات کند، برای دریافت خدمات ثبت نام کرده باشد؟

..... ○ بلی ○ نه

کی ؟

3. آیا شخصی که در این فورم ذکر است از طرف وظیفه اش پوشش بیمه صحت دریافت نموده است؟ دکمه بلی را انتخاب نمائید حتی اگر شخص متذکره از طرف وظیفه شخص دیگری مثل والدین یا همسر بیمه صحت را دریافت نموده باشد. حتی اگر آنها پوشش را نپذیرند، هنوز هم بلی را انتخاب نمائید. اگر تنها پوشش ارائه شده **COBRA** است، گزینه خیر را علامت بزنید.

○ بلی. ادامه دهید و ضمیمه **A** را تکمیل نمائید. ○ نخیر.

اگر پاسخ مثبت است، آیا این یک طرح مزایای کارکنان ایالتی است؟ ○ بلی ○ نه

آیا به هیچ یک از افرادی که در درخواست لیست شده‌اند، پوشش جداگانه ترتیبات بازپرداخت سلامتی (**HRA**) یا کارفرمای کوچک واجد شرایط (**HRA**) ارائه می‌شود؟ .. ○ بلی ○ نه

4. همین اکنون آیا کسی در پوشش بیمه شامل می‌باشد ؟

○ بلی. اگر پاسخ بلی باشد، در انصورت به سوال 5 ادامه دهید. ○ نخیر. اگر پاسخ نخیر باشد، در انصورت به سوال 5 مراجعه نمائید.

5. معلومات راجع به پوشش بیمه صحت جاری. (اگر بیشتر از 2 نفر همین اکنون پوشش بیمه صحت دارند، در انصورت یک نقل از این صفحه را کپی کنید.) نوعیت پوشش مثلاً بیمه از طرف کارفرما، بیمه **Medicaid**، بیمه اطفال بنام **CHIP**، بیمه **Medicare**، پروگرام بیمه صحت بنام **VA**، بیمه **Peace Corps** و یا سایر بیمه ها را بنویسید. (راجع به بیمه **TRICARE** چیزی نوشته نکنید در صورتیکه شما بیمه صحت مستقیم یا **Line of Duty** داشته باشید.)

نام شخص که در پوشش بیمه صحت ثبت شامل است

نوع پوشش :

○ بیمه از طرف کارفرما ○ بیمه **COBRA** یا ○ بیمه **Medicaid** ○ بیمه اطفال یا **CHIP** ○ بیمه **Medicare** ○ بیمه **TRICARE**
○ بیمه صحت **VA** ○ بیمه **Peace Corps** ○ سایر بیمه ها

اگر بیمه از طرف کارفرما عرضه می‌گردد : (در انصورت شما نیاز دارید که ضمیمه **A** را تکمیل نمائید.)

اسم شرکت بیمه صحت	شماره پالیسی / کارت هویت

اگر پوشش از نوع متفاوت باشد: ○ موارد آتی را پُر نمائید در صورتیکه پوشش صحت تان از بازار بیمه می‌باشد.

اسم شرکت بیمه صحت	شماره پالیسی / کارت هویت

آیا پلان بیمه دارای فواید محدود صحت می‌باشد، مثلاً صرفاً حوادث مربوط مکتب را تحت پوشش قرار میدهد؟ ○ بلی ○ نه

نام شخص که در پوشش بیمه صحت ثبت شامل است

نوع پوشش :

○ بیمه از طرف کارفرما ○ بیمه **COBRA** یا ○ بیمه **Medicaid** ○ بیمه اطفال یا **CHIP** ○ بیمه **Medicare** ○ بیمه **TRICARE**
○ بیمه صحت **VA** ○ بیمه **Peace Corps** ○ سایر بیمه ها

اگر بیمه از طرف کارفرما عرضه می‌گردد : (در انصورت شما نیاز دارید که ضمیمه **A** را تکمیل نمائید.)

اسم شرکت بیمه صحت	شماره پالیسی / کارت هویت

اگر پوشش از نوع متفاوت باشد: ○ موارد آتی را پُر نمائید در صورتیکه پوشش صحت تان از بازار بیمه می‌باشد.

اسم شرکت بیمه صحت	شماره پالیسی / کارت هویت

آیا پلان بیمه دارای فواید محدود صحت می‌باشد، مثلاً صرفاً حوادث مربوط مکتب را تحت پوشش قرار میدهد؟ ○ بلی ○ نه



مرحله 5 : موافقتنامه و امضاء شما

1. آیا شما موافق هستید و بازار بیمه صحتی را اجازه میدهند که معلومات راجع به عاید بشمول معلومات مالیات فدرال تان را برای 5 سال آینده استفاده نمایند؟ ☐ بل ☐ نه

جهت آسان ساختن پروسه تصمیم گیری راجع به واجدیت شرایط شما و کمک باشما جهت پرداخت هزینه پوشش در سال های آینده ، شما میتواند بازار بیمه صحتی را اجازه دهید تا معلومات تازه وجدید راجع به عاید شما باتوجه به مالیات فدرال تان استفاده نمایند. بازار بیمه صحتی یک اعلامیه را به شما ارسال میدار که راجع به آوردن تغییرات شمارا آگاه ميسازد. بازار بیمه صحتی معلومات عاید شما را بررسی میکند و میبیند که آیا شما هنوز هم واجد شرایط هستید یا خیر، همچنان احتمال می رود که از شما درخواست نمایند تا راجع به عایدتان بعضی شواهد را ارسال نمایند تا واجدیت شرایط شما را شناسایی نمایند. شما می توانید هر زمان که بخواهید انصراف دهید.

اگر پاسخ نخی باشد ، در انصورت میتواند بیان دارد که معلومات شما را برای سال های ذیل تجدید نمایند: ☐ 5 سال ☐ 4 سال ☐ 3 سال ☐ 2 سال ☐ 1 سال

☐ معلومات مالیات مرا جهت تجدید واجدیت شرایط برای دریافت کمک ها بمنظور پرداخت هزینه بیمه صحتی استفاده ننمائید. (با انتخاب این گزینه ، قابلیت دریافت کمک جهت پرداخت هزینه پوشش هنگام تجدید ، متاثر میگردد)

2. آیا کسی که به بیمه صحتی در این فورم درخواست مینماید ، زندانی میباشد (به این معنی که توقیف یا محبوس میباشد) ؟ ☐ بل ☐ نه

اگر پاسخ بلی باشد ، در انصورت نام شخص را بیان دارید. نام شخص زندانی شده عبارت از :

☐ اگر این بخش را پرنماید در صورتیکه اتهامات وارده از این شخص برداشته میشود.

گر یکی از افراد مندرج در درخواست شما برای پوشش درمانی مارکت پلیس ثبت نام کند و بعدا مشخص شود که تحت پوشش درمانی دیگری (مانند Medicaid یا CHIP) قرار دارد، مارکت پلیس به طور خودکار به طرح پوشش درمانی مارکت پلیس آن ها خاتمه می دهد. با این کار می توان اطمینان حاصل کرد افرادی که از پوشش درمانی معتبر دیگری برخوردار هستند، تحت پوشش درمانی مارکت پلیس قرار نگرفته و مجبور به پرداخت هزینه های کامل می باشند.

☐ من به مارکت پلیس این اجازه را می دهم که در این وضعیت به پوشش سلامتی مارکت پلیس افراد مورد تقاضای من خاتمه دهد.

☐ من به مارکت پلیس این اجازه را نمی دهم که در این وضعیت به پوشش سلامتی مارکت پلیس خاتمه دهد. من می دانم که افراد مشمول مورد تقاضای من، دیگر واجد شرایط دریافت کمک مالی نخواهند بود و باید هزینه کامل برنامه های مارکت پلیس خود را بپردازند.

اگر فردی در این فورم درخواستی واجد شرایط برای بیمه Medicaid باشد ، نامش ا بنوسید:

- من به سازمان Medicaid اجازه میدهم که در رابطه به پیگیری و دریافت هرگونه پول از سایر شرکت های بیمه صحتی ، حل و فصل مسائل حقوقی و یا جناح های ثالث از حقوق من نمایندگی کنند. همچنان من به سازمان Medicaid اجازه میدهم که در رابطه به پیگیری و دریافت حمایتی صحتی از هسبر یا والدین از طرف من نمایندگی کنند.
- آیا طفل در این فورم درخواستی ذکر است که یکی از والدین اش خارج از خانه زندگی کند؟ ☐ بل ☐ نه
- اگر پاسخ بلی باشد ، در انصورت میدانم سازمان که مسئولیت جمع آوری حمایتی صحتی از والدین غایب را دارد ازم مطالبه همکاری خواهند نمود. در صورتیکه من فکر کنم که همکاری با سازمان جمع آوری حمایتی صحتی باعث آزار واذیت من یا اطفالم میگردد ، در انصورت به بیمه Medicaid میگویم که من باشما همکاری نمیکنم.
- این فورم درخواستی را باتوجه به قانون مجازات شهادت دروغ امضاء مینمایم ، به این معنی، پاسخ های که به تمام سوالات ارائه نموده ام درست وصحت طبق اطلاعات که دارم میباشد. در صورتیکه من عمداً معلومات نادرست وغیر واقعی را ارائه کرده باشم ، طبق قانون فدرال مجازات میگردد.
- میدانم که من باید بازار بیمه صحتی را در جریان 30 روز اطلاع دهم در صورتیکه تغییرات (موارد که متفاوت با محتویات فورم میباشد) بوجود میاید. میتوانم جهت گزارش دادن هرگونه تغییرات به وبسایت HealthCare.gov سر بزمن ویا به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرم. میدانم که هرگونه تغییرات در معلومات ارائه شده در واجدیت شرایط من و اعضای فامیل برای بیمه صحتی تاثیر گذار میباشد.
- من می دانم که طبق قانون فدرال، تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، جنسیت، سن یا معلولیت مجاز نیست. من می توانم با مراجعه به HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint شکایتی علیه تبعیض ثبت کنم.

• میدانم اطلاعات که در این فورم درج میباشد صرفاً بمنظور تثبیت واجدیت شرایط پوشش بیمه صحتی، کمک جهت پرداخت پول برای پوشش (در صورت درخواست)، و برای مقاصد قانونی بازار بیمه و برنامه های که در پرداخت پوشش کمک میکند ، استفاده میگردد.

ما معلومات شمارا جهت تثبیت واجدیت شرایط تان برای دریافت کمک ها راجع به پرداخت هزینه پوشش بیمه هنگام درخواست تان نیاز داریم. ما پاسخ های شمارا در دیتابیس الکترونیک خود وخدمات عواید داخلی IRS ، دفتر سوشل سیکیوریتی ، ویا آژانس گزارش دهی مشتریان مقایسه مینمایم. اگر اطلاعات مطابقت نداشته باشند، ممکن است از شما بخواهیم تائیدیه آن ها را برای ما ارسال کنید.

اگر بر این باور باشیم که اطلاعیه صلاحیت من نادرست است چه کار باید بکنم؟

- پس از اینکه درخواست شما را بررسی کردیم، از طریق نامه یک اطلاعیه واجد شرایط بودن دریافت خواهید کرد. در صورتیکه شما موافق با نتیجه واجدیت شرایط تان نباشید ، اکثراً میتواند درخواست تجدید نظر را نمایند. اطلاعیه واجد شرایط بودن خود را مرور کنید تا دستورالعمل های درخواست تجدیدنظر مختص افراد خانواده تان را ببینید که برای پوشش درخواست می کنند از جمله اینکه ظرف چند روز باید درخواست تجدیدنظر را ارائه کنید. معلومات مهم که باید هنگام درخواست تجدید نظر ، در نظر گرفت قرار ذیل میباشد:
- شما میتواند شخص را بمنظور درخواست ویا اشتراک در پروسه تجدید نظر استخدام نمائید. شخص مذکور میتواند دوست، اقارب ، وکیل ویا فرد دیگری باشد. یا اینکه شما خودتان میتوانید در پروسه تجدید نظر اشتراک نمائید.
- در صورتیکه شما درخواست تجدید نظر را نمائید، احتمالاً شما میتواند واجدیت شرایط پوشش تانرا همزمان با جریان پروسه تجدید نظر، حفظ نمائید.
- نتیجه تجدید نظر میتواند واجدیت شرایط سایر اعضای فامیل تانرا تغیر دهد.

جهت درخواست تجدید نظر راجع به نتیجه واجدیت شرایط از طرف بازار بیمه صحتی ، به وبسایت HealthCare.gov/marketplace-appeals سر بزنید. یا با مرکز تماس بازار بیمه صحتی به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با 1-855-889-4325 تماس بگیرند. همچنان شما میتواند فورم درخواست تجدید نظر تانرا از طریق ارسال نامه به بازار بیمه صحتی بعنوان ریاست خدمات بشری وصحتی واقع در Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 میباشد ، تقاضای تجدید نظر را نمائید. شما میتواند درخواست تجدید نظر راجع به واجدیت شرایط پوشش بیمه صحتی از طریق بازار بیمه نمائید در صورتیکه امتیازات شما از قبیل زمان ثبت وراجستر برای بیمه ، کربیت مالیاتی ، تخفیف در مصارف ، بیمه Medicaid ، بیمه اطفال CHIP ردگردد. اگر واجد شرایط برای دریافت کربیت مالیاتی و تخفیف مصارف باشید ، میتواند شما در رابطه به مقدار تعیین شده درخواست تجدیدنظر را نمائید. بر اساس ایالت مربوطه تان ، میتواند درخواست تجدید نظر را از بازار بیمه صحتی ویا از طریق بیمه Medicaid ایالت یا آژانس بیمه اطفال بنام CHIP تقاضا نمائید.

شخص 1 این فورم درخواستی را امضاء نماید. اگر شما نماینده مجاز باشید، میتواند اینجا امضاء نمائید مشروط به اینکه شخص 1 ضمیمه C را امضاء کرده باشد.

امضاء	تاریخ امضاء (ماه/روز/سال)

در صورتیکه شما این فورم درخواستی را خارج از چارچوب زمانی ثبت وراجستری (بین 1 نوامبر تا 15 ژانویه) امضاء مینمائید ، در انصورت شما باید ضمیمه D را مرور بررسی نمائید (" ضمیمه مذکور شامل سوالات راجع به تغییرات در زندگی شما میباشد").

آیا راجع به فورم درخواست تان نیاز به دریافت کمک دارید ؟ به وبسایت HealthCare.gov سر زده ویا به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر جزء از انگلیسی داشته باشید، میتواند به شماره 1-800-318-2596 تماس و نماینده خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شمارا بگونه رایگان کمک خواهیم کرد. کاربران TTY می توانند با 1-855-889-4325 تماس بگیرند.

مرحله 6 : فورم درخواستی تکمیل شده را ارسال بدارید

اگر میخواهید که خود را برای رای دادن ثبت نمائید ، میتوانید فورم رای دهی را در وبسایت eac.gov تکمیل نمائید.



فورم درخواستی امضاء شده را به آدرس ذیل ارسال بدارید:

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



دریافت کمک به زبانهای دیگر جزء از انگلیسی

در صورتیکه شما و یا شخص دیگر را که کمک میکنید راجع به بیمه صحتی سوال داشته باشند ، میتوانند معلومات را به زبان خودتان بگونه رایگان دریافت نمائید. جهت صحبت کردن با مترجم ، به شماره **1-800-318-2596** تماس بگیرید.

لست زبان ها موجود و پیام که برای شما به زبان های متذکره تهیه گردیده است قرار ذیل میباشد:

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.

اعلامیه قانون کاهش کاغذ بازی اداری : مطابق قانون کاهش تشریفات اداری سال 1995 ، هیچ شخصی مجبور به پاسخ دادن سوالات که جهت جمع آوری اطلاعات صورت میگیرد نمیشاند ، مگر اینکه شماره معتبر OMB در آن به نمایش گذاشته شود. شماره معتبر OMB که برای جمع آوری اطلاعات این سند ترتیب گردیده است عبارت از 0938-1191 میباشد. تکمیل نمودن جمع آوری اطلاعات تقریباً بطور اوسط 45 دقیقه را برای هر پاسخ دربر گرفته که شامل وقت بررسی هدایات ، جستجوی اطلاعات موجود ، جمع آوری اطلاعات مورد نیاز و تکمیل و بررسی جمع آوری اطلاعات میباشد. اگر شما راجع به صحت محاسبه تخمین وقت و یا پیشنهادات راجع به بهبود این فورم دارید ، لطفاً به آدرس : CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 بنوسید.

آیا راجع به فورم درخواست تان نیاز به دریافت کمک دارید ؟ به وبسایت HealthCare.gov سرزده و یا به شماره **1-800-318-2596** تماس بگیرید. در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر جزء از انگلیسی داشته باشید، میتوانید به شماره **1-800-318-2596** تماس و نماینده خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شما را بگونه رایگان کمک خواهیم کرد. کاربران TTY می توانند با **1-855-889-4325** تماس بگیرند.



دریافت کمک به زبانهای دیگر بجز از انگلیسی (ادامه)

Polski (Polish)

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Marketplace®), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

Русский (Russian)

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace® (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Français (French)

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d'assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

Deutsch (German)

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace®“ zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કોલ કરો 1-800-318-2596

Português (Portuguese)

Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem nenhum custo adicional. Para falar com um intérprete de [Português] sobre o Mercado de Seguros de Saúde, ligue para 1-800-318-2596.

Italiano (Italian)

Se voi, o una persona che state aiutando volete chiarimenti mercato delle assicurazioni mediche (Health Insurance Marketplace®), avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete potete chiamare il numero 1-800-318-2596.

日本語 (Japanese)

ご自身か、もしくはサポートされている誰かがHealth Insurance Marketplace®に問い合わせたい場合は、日本語サポートと情報提供を無料で得る資格を有しています。1-800-318-2596までご連絡いただき、通訳とお話してください。

اعلامیه قانون کاهش کاغذ بازی اداری : مطابق قانون کاهش تشریفات اداری سال 1995 ، هیچ شخصی مجبور به پاسخ دادن سوالات که جهت جمع آوری اطلاعات صورت میگیرد نمیباشد ، مگر اینکه شماره معتبر OMB در آن به نمایش گذاشته شود. شماره معتبر OMB که برای جمع آوری اطلاعات این سند ترتیب گردیده است عبارت از 0938-1191 میباشد. تکمیل نمودن جمع آوری اطلاعات تقریباً بطور اوسط 45 دقیقه را برای هر پاسخ دربر گرفته که شامل وقت بررسی هدایات ، جستجوی اطلاعات موجود ، جمع آوری اطلاعات مورد نیاز و تکمیل و بررسی جمع آوری اطلاعات میباشد. اگر شما راجع به صحت محاسبه تخمین وقت و یا پیشنهادات راجع به بهبود این فورم دارید ، لطفاً به آدرس : CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 بنویسید.

آیا راجع به فورم درخواست تان نیاز به دریافت کمک دارید ؟ به و بیسایت HealthCare.gov سر زده و یا به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر بجز از انگلیسی داشته باشید، میتوانید به شماره 1-800-318-2596 تماس و نماینده خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شما را بگونه رایگان کمک خواهیم کرد. کاربران TTY می توانند با 1-855-889-4325 تماس بگیرند.



ضمیمه A: پوشش بیمه صحت از طرف وظیفه

ضرور نیست سوالات ذیل را پاسخ دهید در صورتیکه یک عضو فامیل شما واجد شرایط پوشش بیمه صحت از طرف وظیفه اش میباشد و حتی اگر آنها پوشش را نپذیرند. همچنین اگر تنها پوششی که به فرد ارائه می‌شود COBRA است، نیازی به پاسخ به این سوالات ندارید. یک نقل این صفحه را برای هر پوشش که از طرف وظیفه فراهم میگردد ضمیمه سازید (1 نوامبر - 15 ژانویه).

راجع به وظیفه که پوشش صحت را فراهم مینماید صحبت ننمایید.
یک نقل از این صفحه را گرفته و به کارفرمای که پوشش بیمه صحت را فراهم مینماید ببرید تا شمارا جهت پاسخ گفتن به سوالات ذیل کمک نماید.

معلومات کارمند

1. نام کارمند (نام ، نام وسطی ، نام فامیلی)	2. شماره سوشیل سیکیوریتی کارمند

معلومات کارفرما

3. کارفرما / اسم شرکت	4. شماره هویت کارفرما (EIN)
5. آدرس کارفرما	

اکنون معلومات شخص ویا دبیراتمنت که امتیازات کارمندان را اداره میکند نوشته کنید. در صورتیکه ما نیاز به معلومات بیشتر داشته باشیم ، با شخص مذکور تماس میگیریم.

6. شخص یا دبیراتمنت که میتوانیم راجع به پوشش بیمه صحت کارمندان تماس بگیریم.		
7. آدرس کارفرما (احتمال می‌رود که بازار بیمه صحت اعلامیه ها را به آدرس متذکره ارسال بدارد.		
8. شهر	9. ایالت	10. کود پستی
11. شماره تئلفون (در صورت متفاوت بودن آن از شماره مافوق)	12. آدرس ایمیل	

13. آیا این کارفرما به کارمند پوشش بهداشتی ارائه می‌دهد؟ فقط در صورتی که از ابتدای ماه آینده یا در صورت درخواست هنگام ثبت‌نام آزاد از اول ژانویه از پوشش برخوردار باشند، گزینه «بلی» را انتخاب کنید (1 نوامبر - 15 ژانویه).

☐ بلی (ادامه دهید) ☐ نخیر (کارفرما : اینجا توقف نموده واین فورم را به کارمند تان برگردانید کارمند : به فورم درخواستی پوشش بیمه بازار برگردید)
آیا کارفرما پلان صحت را عرضه میدارد که همسر یا افراد وابسته به کارمند را تحت پوشش قرار میدهد ؟

☐ بلی. اگر پاسخ بلی باشد ، کدام افراد را تحت پوشش قرار میدهد؟ ☐ همسر ☐ افراد وابسته ☐ نهی (سوال 14 پر جانیی).

نام سایر افراد خانواده تانرا که واجد شرایط برای پوشش بیمه از طرف وظیفه میباشد ، لست ننمایید.

نام: نام: نام:

راجع به پوشش بیمه صحت که از طرف کارفرما عرضه میگردد ، صحبت ننمایید.

14. آیا کارفرما پلان بیمه صحت را عرضه میدارد که با قیمت حداقل معیارها مطابقت دارد؟ ☐ بلی (به سوال 15 مراجعه ننمایید .) ☐ نخیر (اینجا توقف ننمایید و این فورم را به کارمند تسلیم ننمایید .)
15. کارمند چی مقدار پول را برای پلان بیمه که با قیمت حداقل معیارها مطابقت دارد ، میپردازد؟ پلان های بیمه فامیلی را شامل نسازید. a. کارمند این مقدار پول ماهوار بیمه را خواهد پرداخت : \$ یادداشت: نازلترین قیمت که کارمند برای پوشش بیمه صحت میپردازد بنوسید. b. کارمند این مقدار پول را میپردازد: ☐ بقت واری ☐ هر دو هفته ☐ ماه دوبار ☐ ماه یکبار ☐ هر سه ماه ☐ سالانه
16. در صورتیکه سایر اعضای خانوار برای سوال 13 در لیست قرار دارند: پلان های بیمه فامیلی را شامل نسازید. یادداشت: کارمند برای کم-هزینه‌ترین طرحی که کارمند و اعضای خانوار لیست شده در سوال 13 را پوشش می‌دهد، چه مبلغی خواهد پرداخت؟ چنانچه کارفرما برنامه‌های سلامتی ارائه می‌دهد، مبلغ حق بیمه‌ای را وارد کنید که کارمند در صورت دریافت حداکثر تخفیف برای هرگونه برنامه ترک دخانیات و عدم دریافت هیچ تخفیف دیگری بر مبنای برنامه‌های سلامت خواهد پرداخت. a. کارمند این مقدار پول ماهوار بیمه را خواهد پرداخت : \$ b. کارمند این مقدار پول را میپردازد: ☐ بقت واری ☐ هر دو هفته ☐ ماه دوبار ☐ ماه یکبار ☐ هر سه ماه ☐ سالانه

*پلان بیمه صحت که با معیار قیمت حداقل مطابقت داشته و 60% هزینه خدمات صحت را برای یک جمعیت استندرد با پوشش اساسی خدمات شفاخانه و داکتر بپردازد. اکثر پلان های بیمه که از طرف وظیفه فراهم میگردد با معیار حداقل قیمت ها مطابقت دارند.





ضمیمه C: کمک برای تکمیل این درخواست

صرفاً برای مشاورین تصدیق شده فورم درخواستی، تسهیل کننده گان و نمایندگان میباشد.

این بخش را تکمیل نمایند اگر شما بعنوان مشاورین تصدیق شده فورم درخواستی، تسهیل کننده گان، نماینده گان ویا نماینده گان که این فورم را به نماینده گی شخص دیگر پُر می نمایند کار میکنید.

1. تاریخ آغاز فورم درخواستی (ماه/روز/سال)	
2. نام، نام وسطی، نام فامیلی، و پسوند	
3. نام سازمان	
4. شماره کارت هویت (در صورت کاربرد)	
	5. صرفاً برای نماینده گان / بروکر ها : شماره NPN

شما میتوانید یک نماینده مجاز را انتخاب نمایید.

شما میتوانید شخص مورد اعتماد تان را اجازه دهید که با ما در رابطه به فورم درخواستی تان صحبت، معلومات شمارا بررسی، و به نمایندگی شما روی موضوعات این فورم درخواستی بشمول دریافت معلومات و امضاء فورم درخواستی تان عمل نماید. این شخص بنام "نماینده مجاز" یاد میگردد. در صورتیکه نیاز به تبدیل ویا دور کردن نماینده مجاز داشته باشید، در انصورت با بازار بیمه صحتی تماس بگیرید. اگر شما به گونه قانونی نماینده تعیین شده برای شخص در این فورم درخواستی هستید، در انصورت اسناد و شواهد تانرا ضمیمه این فورم درخواستی تسلیم نمایید.

1. نام نماینده مجاز (نام، نام وسطی، نام فامیلی)		
2. آدرس	3. آدرس محل سکونت 2	
4. شهر	5. ایالت	6. کد پستی
7. شماره تلفون		
8. نام سازمان		
9. شماره کارت هویت (در صورت ضرورت)		

ذریعه امضاء، شما این شخص را اجازه میدهید که به نمایندگی شما این فورم درخواستی را امضاء، معلومات رسمی درمورد این فورم درخواستی را دریافت، و روی تمام موضوعات آینده این فورم عمل نماید.

10. امضاء شخص 1 که در این فورم درخواستی ذکر است	11. تاریخ امضاء (ماه / روز / سال)





ضمیمه D: سوالات راجع به تغییرات زندگی

(شما باید بخش های باقیمانده این فرم درخواستی را یکجا با این صفحه تکمیل نمایید. این ورق را بگونه جداگانه تسلیم ننمایید.)

اگر در 60 روز گذشته یکی از افراد مندرج در این درخواست دچار تغییراتی در زندگی شده است - مانند از دست دادن پوشش درمانی، ازدواج، یا داشتن فرزند، (یا انتظار دارد که در 60 روز آینده این اتفاق بیفتد)، این صفحه را تکمیل کنید و آن را ضمیمه درخواست تکمیل شده و امضا شده خود کنید. وقوع برخی از تغییرات در زندگی موجب می شود تا فوراً تحت پوشش مارکت پلیس قرار بگیرید. همچنین در صورتی که خارج از بازه زمانی ثبت نام سالانه درخواست می دهید، پیشنهاد می کنیم که به این سوالات پاسخ دهید (1 نوامبر - 15 ژانویه).

پاسخ به این سوالات اختیاری می باشد. در صورتیکه وضعیت زندگی شما تغییر نکرده باشد، شما می توانید پاسخ هایتانرا خالی بگذارید. شما می توانید به بیمه صحتی Medicaid و برنامه بیمه صحتی اطفال (CHIP) در هر وقت سال درخواست نمایند حتی اگر تغییرات در وضعیت زندگی تان هم اتفاق نیافتد. اعضای اقوام بومی و بومی های الاسکایی که از طرف دولت فدرال شناخته شده اند می توانند در هر وقت سال جهت ثبت در پوشش از طریق بازار بیمه درخواست نمایند.

راجع به تغییرات که در فامیل شما رخ داده است ، صحبت نمایید.

1. آیا فردی در 60 روز گذشته ، پوشش بیمه خود را از دست داده است یا توقع می رود که پوشش بیمه خود را در 60 روز آینده از دست بدهد؟

نام (ها)	تاریخ ختم پوشش و یا اینکه ختم خواهد گردید (ماه / روز / سال)

2. آیا فردی در 60 روز گذشته ازدواج کرده است ؟

نام (ها)	تاریخ (ماه / روز / سال)

a. آیا افراد مذکور در 60 روز گذشته پوشش بیمه صحتی داشته اند ؟ ☐ بل ☐ نه

در صورتیکه پاسخ بلی باشد، در آن صورت نام (های) شانرا اینجا بنویسید:

3. آیا فردی در 60 روز گذشته از زندان رها گردیده است ؟

نام (ها)	تاریخ (ماه / روز / سال)

4. آیا فردی در 60 روز گذشته حالت مهاجرت قانونی را دریافت نموده است؟

نام (ها)	تاریخ (ماه / روز / سال)

5. آیا فردی در 60 روز گذشته به فرزند پذیرفته شده و یا به فرزند ی یا پرورشگاه گذاشته شده است ؟

نام (ها)	تاریخ (ماه / روز / سال)

6. آیا فردی در 60 روز گذشته بنابر امر دادگاه یا حمایتی طفل بعنوان فرد وابسته قلمداد گردیده است؟

نام (ها)	تاریخ (ماه / روز / سال)

7. آیا طی 60 روز اخیر کسی نقل مکان کرده است؟

نام (ها)	تاریخ جدایی (ماه / روز / سال)

a. کود پستی آدرس قبلی شما چی میباشد ؟ ☐ در صورتی که از یک کشور خارجی و یا یکی از مناطق ایالات متحده آمریکا نقل مکان کرده اید، این قسمت را تکمیل کنید.

--

b. آیا افراد مذکور در 60 روز گذشته پوشش بیمه صحتی داشته اند ؟ ☐ بل ☐ نه

اگر پاسخ بلی باشد ، نام هایشان را ذیل بنویسید:

نام (ها)

--