આ માત્ર માહિતીના હેતુ માટે છે. પૂર્ણ કરશો નહીં

Health Insurance Marketplace

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027

હેલ્થ કવરેજ અને સહાય ચૂકવણી ખર્ચ માટે અરજી

HealthCare.gov ઉપર ઓનલાઇન ઝડપી અરજી કરો.

તમે કયા કવરેજ માટે પાત્ર છો તે જાણવા માટે આ એપ્લિકેશનનો ઉપયોગ કરો

- માર્કેટપ્લેસની યોજનાઓ જે તમને સારી રીતે રહેવા માટે વ્યાપક કવચ પ્રદાન કરે છે.
- ટેક્સ ક્રેડિટ જે આરોગ્ય કવચ માટે તમારા પ્રીમિયમને તુરંત ઘટાડવામાં મદદ કરી શકે છે.
- મેડિકેડ અથવા ચિલ્ડ્રન્સ હેલ્થ ઇન્સ્યુરન્સ પ્રોગ્રામ (CHIP) દ્વારા નિ:શુલ્ક અથવા ઓછા ખર્ચે કવચ. **નિશ્ચિત આવકનું સ્તર નિશુલ્ક અથવા ઓછા ખર્ચના કાર્યક્રમો માટે પાત્ર થઈ શકે છે.**

આ અરજી નો ઉપયોગ કોણ કરી શકે?

- તમારા પરિવારના કોઈપણ માટે અરજી કરવા માટે આ એપ્લિકેશનનો ઉપયોગ કરો.
- **તમે, તમારા જીવનસાથી, અથવા તમારા બાળકનું સ્વાસ્થ્ય કવરેજ હોય તો પણ આ અરજી કરો. તમે નિશુલ્ક અથવા ઓછા ખર્ચના કવચ માટે પાત્ર થઈ શકશો.**
- જો તમે એકલા હો, તો તમે ટૂંકા ફ્રોર્મનો ઉપયોગ કરવાનો પ્રયત્ન કરી શકો છો. HealthCare.gov મુલાકાત લો.
- એવા પરિવારો જેમાં યોગ્ય વિદેશી શામેલ છે તેઓ અરજી કરી શકે છે. તમે તમારા બાળક માટે અરજી કરી શકો છો, પછી ભલે તમે કવચ માટે યોગ્ય ન હોવ. અરજી કરવાથી તમારી ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ અથવા કાયમી રહેવાસી અથવા નાગરિક બનવાની શક્યતાને અસર થશે નહીં.
- જો તમને આ અરજી કરવા કોઈ મદદ કરતું હોય, તો તમારે પરિશિષ્ટ C પૂર્ણ કરવાની જરૂર પડી શકે છે.

તમારે અરજી કરવા માટે શાની જરૂર પડી શકે છે

- સામાજિક સુરક્ષા નંબર્સ (અથવા કોઇ પણ લાયક ઇમિગ્રન્ટ્સ કે જેને કવરેજની જરૂર છે તેના માટે દસ્તાવેજ નંબરો).
- નોકરીદાતા અને તમારા કુટુંબના દરેક માટે આવકની માહિતી (જેમ કે પે સ્ટબ્સ, W-2 ફોર્મ્સ અથવા વેતન અને કરના સ્ટેટમેન્ટ).
- કોઈપણ વર્તમાન આરોગ્ય વીમા માટેના પોલીસી નંબરો.
- તમારા પરિવાર માટે કોઈપણ નોકરી સંબંધિત આરોગ્ય વીમા વિશેની માહિતી.

શા માટે અમે આ માહિતી વિશે પુછીએ છીએ?

તમે કયા કવરેજ માટે પાત્ર છો તે તમોને જણાવવા માટે અને ચૂકવણી માટે તમે કોઇ મદદ મેળવી શકો છો કે કેમ તે જણાવવા માટે અમે આવક અને અન્ય માહિતી વિશે પુછીએ છીએ. **કાયદા અનુસાર જરૂરી, તમે પૂરી પાડેલી બધી માહિતી અમે ખાનગી અને સુરક્ષિત. ઈવસી એક્ટ સ્ટેટમેન્ટ માટે,** HealthCare.gov ની મુલાકાત લો અથવા સૂચનાઓ તપાસો.

પછી શું થાય છે?

તમારી પાસે રાખવા માટે એક નકલ રાખો, તે પછી તમારી સંપૂર્ણ, અને હસ્તાક્ષર કરેલી અરજી પૃષ્ઠ 8 પરના સરનામા પર મોકલો. **માહિતી જો તમારી પાસે ના હોય તો, હસ્તાક્ષર કરો અને તમારી અરજી રજુ કરો.** અમે 1-2 અઠવાડિયાની અંદર તમારી સાથે સંપર્ક કરીશું, **અને જો અમને વધુ માહિતીની જરૂર હશે તો તમને માર્કેટ પ્લેસથી કોલ આવી શકે છે.** અમે તમારી અરજીની પ્રક્રિયા કરીએ તે પછી તમને મેઇલ દ્વારા પાત્રતાની નોટિસ મળશે. જો તમને અમારા તરફથી કોઈ પ્રતિસાદ ન મળે, તો માર્કેટપ્લેસ કોલ સેન્ટરનો સંપર્ક કરો. આ એપ્લિકેશન ભરવાનો અર્થ એ નથી કે તમારે આરોગ્ય કવચ ખરીદવું પડશે.

આ અરજી અંગે મદદ મેળવવી

- **ઓન લાઇન:** HealthCare.gov.
- **ન:** માર્કેટ પ્લેસ કોલ સેંન્ટર પર **1-800-318-2596** ને કોલ કરો. TTY વપરાશકર્તા **1-855-889-4325** પર કોલ કરી શકે છે.
- **વ્યક્તિગત રીતે:** તમારા વિસ્તારમાં કાઉન્સીલર્સ હશે કે જે મદદ કરી શકે છે. HealthCare.gov, ની મુલાકાત લો, અથવા વધુ માહિતી માટે માર્કેટ પ્લેસ કોલ સેન્ટર ને **1-800-318-2596** ઉપર કોલ કરો.
- **અન્ય ભાષાઓ:** તમારે ઇંગલિશ કરતાં અન્ય ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો, **1-800-318-2596** પર કૉલ કરો અને ગ્રાહક સેવા પ્રતિનિધિને તમારી જરૂરી ભાષા જણાવો. કોઇ પણ ખર્ચ વગર અમે તમને મદદ આપીશું.

તમને તમારી માહિતીને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં મેળવવાનો અધિકાર છે, જેમ કે મોટી પ્રિન્ટ, બ્રેઇલ અથવા ઑડિયો. જો તમને લાગે કે તમારી સાથે ભેદભાવ કરવામાં આવ્યો છે તો તમને ફરિયાદ નોંધાવવાનો પણ અધિકાર છે.
CMS.gov/accessibility-nondiscrimination ની મુલાકાત લો અથવા **1-800-318-2596** પર કૉલ કરો.
TTY વપરાશકર્તાઓ **1-855-889-4325** પર કૉલ કરી શકે છે.

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

ફક્ત કાળી અથવા ઘેરા વાદળી રંગની શાહીથી કેપિટલ અક્ષરોમાં પ્રિન્ટ કરો.
સર્કલ્સ (◯) માં આ પ્રમાણે ભરો → ●.

પગલું 1: તમારા વિષે અમોને જણાવો.

(તમારી અરજી માટે અમને તમારા ઘરમાંથી સંપર્ક વ્યક્તિ બની શકે તેવી એક પુખ્ત વયની વ્યક્તિની જરૂર છે.)

1. પ્રથમ નામ	મધ્ય નામ	અંતિમ નામ	પ્રત્યય
2. ઘરનુ સરનામું (જો ના હોય તો બ્લેન્ક છોડી દો)			3. ઘરનું સરનામું 2
4. શહેર	5. રાજ્ય	6. ઝીપ કોડ	7. કાઉન્ટી
8. મેઇલીંગ સરનામું (જો ઘરના સરનામાથી અલગ હોય તો)			9. ટપાલનું સરનામું 2
10. શહેર	11. રાજ્ય	12. ઝીપ કોડ	13. કાઉન્ટી
14. ફોન નંબર		15. બીજા ફોન નંબર	

16. તમે આ એપ્લિકેશન વિશે ઇ-મેઇલ દ્વારા માહિતી મેળવવા માંગો છો?........ ◯ હા ◯ ના

ઇ-મેઇલ સરનામું:

17.પસંદગીની ભાષા: લેખન બોલવાની

પગલું 2: તમારા પરિવાર વિશે અમને જણાવો.

તમારે આ અરજી માં કોનો સમાવેશ કરવાની જરૂરીયાત છે?

તમારા પરિવારના દરેક વ્યક્તિ માટે સ્ટેપ 2 પૃષ્ઠોને પૂર્ણ કરો, પછી ભલે તે વ્યક્તિનું સ્વાસ્થ્ય કવચ પહેલેથી હોય. આ એપ્લિકેશનની માહિતી અમને એ ખાતરી કરવામાં મદદ કરે છે કે દરેકને તેઓને જરૂરી તેવું શ્રેષ્ઠ કવચ મળે છે. તમે સહાયતાની અથવા જે પ્રોગ્રામ માટે પાત્ર છો તે તમારા પરિવરના લોકોની સંખ્યા અને તમારા પરિવારની આવક પર આધારિત છે. જો તમે એવા કોઈને શામેલ ન કરો, જેમની પાસે પહેલાથી સ્વાસ્થ્ય કવચ છે, તો તે તમારા પાત્રતાના પરિણામો પ્રભાવિત થઈ શકે છે.

પુખ્ત વયના લોકો માટે કે જેમને કવરેજની જરૂર છે:

પોતાને માટે આરોગ્ય કવરેજ માટે અરજી ના કરતા હોય તો પણ આ લોકોનો સમાવેશ કરો:

- કોઈપણ જીવનસાથી
- 21 વર્ષથી ઓછી વયના કોઈપણ પુત્ર કે પુત્રી જેઓ તમારી સાથે રહે છે, જેમાં સાવકા બાળકોનો સમાવેશ થાય છે
- એ જ ફેડરલ આવક ટેક્સ રિટર્ન પર અન્ય કોઇ વ્યક્તિ(૨૧ વર્ષથી ઉપરના કોઇ પણ બાળકો સહિત કે જે પિતૃ ટેક્સ રિટર્ન પર દાવો કરવા માગે છે તેનો સમાવેશ થાય છે). આરોગ્ય કવરેજ મેળવવા માટે તમારે ટેક્સ ભરવો જરૂર નથી.

૨૧ વર્ષથી ઓછી ઉંમરના બાળકો જેમને કવરેજની જરૂર છે:

પોતાને માટે આરોગ્ય કવરેજ માટે અરજી ના કરતા હોય તો પણ આ લોકોનો સમાવેશ કરો:

- સાથે રહેતા કોઈ પણ પિતૃ (અથવા સ્ટેપ પેરન્ટ)
- સાથે રહેતા કોઈ પણ ભાઇ બહેન
- સ્ટેપ ચીલ્ડ્રન સહિત,તેઓ સાથે રહેતા ૨૧ વર્ષ હેઠળના કોઈ પણ પુત્ર અથવા પુત્રી.
- કોઈપણ જીવનસાથી જે સાથે રહે છે
- એ જ ફેડરલ આવક ટેક્સ રિટર્ન પરની અન્ય કોઇ વ્યક્તિ. આરોગ્ય કવરેજ મેળવવા માટે તમારે ટેક્સ ભરવો જરૂર નથી.

તમારા ઘરના દરેક વ્યક્તિ માટે સ્ટેપ 2 પૂર્ણ કરો.

તમારા પોતાનાથી પ્રારંભ કરો, પછી અન્ય પુખ્ત વયના અને બાળકોને ઉમેરો. જો તમારા ઘરના લોકોમાં 2 કરતા વધારે લોકો હોય, તો તમારે પૃષ્ઠોની એક નકલ બનાવવાની અને તેને જોડવાની જરૂર રહેશે.

પરિવારમાં જેમને આરોગ્ય કવરેજની જરૂર ના હોય તેવા સભ્યો માટે તમારે ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ અથવા SSN આપવાની જરૂર નથી. તમે જે માહિતી પ્રદાન કરો છો તે અમે કાયદા દ્વારા જરૂરી હશે એ મુજબ, ગુપ્ત અને સુરક્ષિત રાખીશું. અમે ફક્ત વ્યક્તિગત માહિતીનો ઉપયોગ તમે આરોગ્ય કવચ માટે પાત્ર છો કે નહીં તે ચકાસવા માટે જ કરીશું.

પગલું 2: વ્યક્તિ 1 (તમારી જાત થી શરુ કરો)

તમારા માટે, તમારા જીવનસાથી / ભાગીદાર અને આશ્રિતો જે તમારી સાથે રહે છે, અને / અથવા જો તમે કોઈ ફાઇલ કરો છો તો,તમારા ફેડરલ આવકવેરા રિટર્ન પરના કોઈપણ માટે પગલું 2 પૂર્ણ કરો. કોને શામેલ કરવા તે વિશે વધુ માહિતી માટે પૃષ્ઠ 1 જુઓ. જો તમે ટેક્સ રીટર્ન ફાઇલ કરતાં નથી, તો પણ તમારા પરિવારના લોકોને સામેલ કરવાનું યાદ રાખો.

1. પ્રથમ નામ | મધ્ય નામ | અંતિમ નામ | પ્રત્યય

2. વ્યક્તિ.૧ સાથેનો સંબંધ: પોતે

3. જાતે ◯ હા ◯ ના

4. જન્મ તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)

5. જાતી ◯ સ્ત્રી ◯ પુરૂષ

6. **સામાજિક સુરક્ષા નંબર (SSN)**

★ **જો તમે આરોગ્ય કવરેજ કરવા માંગતા હો અને SSN હોય અથવા એક મેળવી શકતા હો તો અમારે સોસીયલ સીક્યુરીટી નંબર ની (SSN) જરૂર છે .** આરોગ્ય કવરેજ ચૂકવણી મદદ માટે કોણ લાયક છે તે જોવા માટે અમે આવક અને અન્ય માહિતી તપાસવા SSNs નો ઉપયોગ કરીએ છીએ. SSN મેળવવા વિશે વધુ માહિતી માટે, **SSA.gov** ની મુલાકાત લો, અથવા **1-800-772-1213** પર સામાજિક સુરક્ષાને કોલ કરો. TTY વપરાશકર્તા **1-800-325-0778** પર કોલ કરી શકે છે.

7. **તમે આગામી વર્ષે ફેડરલ આવક ટેક્સ રિટર્ન ફાઇલ કરવાની યોજના ઘડી રહ્યા છો?** જો તમે ફેડરલ આવક ટેક્સ રિટર્ન ફાઈલ નથી કરતા તો પણ તમે હજુ કવરેજ માટે અરજી કરી શકો છો.

◯ **હા. જો હા,** a તો આઇટમ c છોડી દો. ◯ **ના. જો ના હોય તો,** તો આઇટમ c છોડી દો.

a. તમે જીવનસાથી સાથે સંયુક્ત રીતે ફાઇલ કરશો? ◯ હા ◯ ના

જો હા હોય તો, જીવનસાથી નું નામ લખો.

b. તમે તમારા ટેક્સ રિટર્ન પર કોઇ આશ્રિતનો દાવો કરી રહ્યા છો? ◯ હા ◯ ના

જો હા હોય તો, આશ્રિતો ના નામ આપો:

c. તમે અન્ય કોઈના ટેક્સ રિટર્ન પર આશ્રિત તરીકે દાવો કરી રહ્યા છો? ◯ હા ◯ ના

જો હા, કર ભરનારનું નામ સૂચિબદ્ધ કરો: | તમે કર ભરનાર સાથે કેવી રીતે સંબંધિત છો?

8. તમે ગર્ભવતી છો? ◯ હા ◯ ના a. **જો હા હોય તો,** આ ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન કેટલા બાળકો ની અપેક્ષા રાખવામાં આવે છે?

9. **તમારે આરોગ્ય કવરેજની જરૂર છે?** જો તમારે કવરેજ હોય, તો વધુ સારા કવરેજ અથવા નીચા ખર્ચ સાથેનો કાર્યક્રમ હોઈ શકે છે.

◯ **હા. જો હા હોય,** તો નીચેના બધા પ્રશ્નો ના જવાબ આપો. ⬇ ◯ **ના. જો ના હોય** ,તો પેજ 3 ઉપરના આવકના પ્રશ્નો છોડી દો. આ પેજ નો બાકી નો ભાગ બ્લેન્ક છોડો. ➡

10. શું તમને કોઈ વિશેષ આરોગ્ય સંભાળની જરૂરિયાત છે, અથવા કોઈ શારીરિક, માનસિક અથવા ભાવનાત્મક આરોગ્યની સ્થિતિ છે જે પ્રવૃત્તિઓમાં મર્યાદાઓનું કારણ બને છે (જેમ કે નહાવું, ડ્રેસિંગ, રોજિંદા કામકાજ વગેરે) અથવા કોઈ તબીબી સુવિધા અથવા નર્સિંગ હોમમાં રહો છો? ◯ હા ◯ ના

11. તમે યુ.એસ.નાગરિક અથવા યુ.એસ રાષ્ટ્રવાસી છો? ◯ હા ◯ ના

12. તમે ન્યુટ્રલાઈઝ્ડ છો કે નાગરિક્તા મેળવેલ છે? (આનો સામાન્ય રીતે અર્થ થાય છે કે તમે US બહાર જન્મ્યા હતા.)

◯ **હા. જો હા હોય,** તો અ અને બ પૂર્ણ કરો. ◯ **ના. જો ના હોય,** તો પ્રશ્ન ૧૩ ચાલુ રાખો

a. અ.એલીયન નંબર: | b. બ સર્ટીફીકેટ નંબર: | તમે અ અને બ પૂર્ણ કરો પછી, પ્રશ્ન 14 ઉપર સ્કીપ કરો.

13. **જો તમે US નાગરિક અથવા US રાષ્ટ્રીય ના હોવ તો, તમારી પાસે માન્ય ઇમિગ્રેશન સ્થિતી છે?** ◯ હા. દસ્તાવેજ પ્રકાર અને ID નંબર દાખલ કરો. સૂચનાઓ પર જાઓ.

ઇમીગ્રેશન દસ્તાવેજ પ્રકારો | સ્થિતી પ્રકાર (વૈકલ્પિક) | તમારા ઇમિગ્રેશન દસ્તાવેજ ઉપર હોય તે પ્રમાણે તમારુ નામ લખો.

એલીયન નંબર અથવા I-૯૪ નંબર | કાર્ડ નંબર અથવા પાસપોર્ટ નંબર

SEVIS ID અથવા એક્સપાયરી તારીખ(વૈકલ્પિક) | અન્ય(કેટેગરી કોડ અથવા ઇસ્યુ કરનાર દેશ)

a. તમે ૧૯૯૬ થી સતત યુ.એસ.માં જ રહો છો? ◯ હા ◯ ના

b. તમે, અથવા તમારા પતિ કે પિતૃ, એક પીઢ અથવા સક્રિય US લશ્કરી ફરજ બજાવતા સભ્ય છે? ◯ હા ◯ ના

14. છેલ્લા 3 મહિના થી તબીબી બીલ માટે ચૂકવણી કરવા તમે મદદ માંગો છે? ◯ હા ◯ ના

15. તમે ઓછામાં ઓછા ૧૯ વર્ષથી ઓછી વયના એક બાળક સાથે રહો છો, અને તમે આ બાળકની કાળજી લેવા વાળા મુખ્ય વ્યક્તિ છો? (જો તમે અથવા તમારા જીવનસાથી આ બાળકની કાળજી લેતા હો તો "હા" પસંદ કરો.) ◯ હા ◯ ના

વર્ષથી ઓછી ઉંમરના કોઈપણ બાળકોના નામ અને સંબંધોની સૂચિ બનાવો કે જે તમારા પરિવારમાં તમારી સાથે રહે છે:

16. તમે પૂર્ણ સમયના વિદ્યાર્થી છો? ◯ હા ◯ ના

17. તમે ૧૮ કે તેથી વધુ ઉંમરના દત્તક કાળજી ખાતે હતા? ◯ હા ◯ ના

વૈકલ્પિક: (આ માહિતી પ્રદાન કરવાથી પાત્રતા, યોજના વિકલ્પો અથવા ખર્ચ પર અસર થશે નહીં.)

19. વંશ ◯ સ્વેત ◯ કાળા અથવા આફ્રિકન અમેરિકન ◯ અમેરિકન ભારતિય અથવા અલાસ્કા નેટિવ ◯ ફિલિપીનો ◯ જાપાનીઝ ◯ કોરિયન ◯ એશિયાન ભારતિય ◯ ચાઇનીઝ ◯ વિયેતનામીઝ ◯ અન્ય એશિયાન ◯ મૂળ હવાઇયન ◯ ગુમાનિયન અથવા કેમોરો ◯ સામોઆન ◯ અન્ય પેસિફિક ટાપુવાસી ◯ અન્ય

પગલું 2: વ્યક્તિ 1 (તમારી જાત થી શરૂ કરો)

વર્તમાન નોકરી અને આવકની માહિતી

○ કાર્યરત: જો તમે હાલમાં નોકરી કરી રહ્યાં હો, તો અમને તમારી આવક વિશે જણાવો. 20 મુદ્દાથી શરૂ કરો.
○ નોકરી કરતા નથી: મુદ્દો 30 છોડી દો.
○ સ્વ-રોજગારીત મુદ્દો 29 છોડી દો.

હાલની નોકરી 1:

20. નોકરીએ રાખનારનુ નામ

a. નોકરીદાતા નું સરનામું (વૈકલ્પિક)

b. શહેર | c. રાજ્ય | d. ઝીપ કોડ | 21. નોકરીદાતા નો ફોન નંબર ( ) -

22. વેતન / ટિપ્સ (કર પહેલાં) $
○ કલાક દીઠ ○ સાપ્તાહિક ○ દર ૨ અઠવાડિયાનો ○ મહિના માં બે વખત ○ માસિક ○ વાર્ષિક

23. દર અઠવાડિયે સરેરાશ કલાક કામ કર્યું

હાલની નોકરી 2: (જો તમને વધારાની નોકરી હોય અને વધુ અવકાશની જરૂર હોય તો, અન્ય કાગળ ની શીટ સાથે જોડો.)

24. નોકરીએ રાખનારનુ નામ

a. નોકરીદાતા નું સરનામું (વૈકલ્પિક)

b. શહેર | c. રાજ્ય | d. ઝીપ કોડ | 25. નોકરીદાતા નો ફોન નંબર ( ) -

26. વેતન / ટિપ્સ (કર પહેલાં) $
○ કલાક દીઠ ○ સાપ્તાહિક ○ દર ૨ અઠવાડિયાનો ○ મહિના માં બે વખત ○ માસિક ○ વાર્ષિક

27. દર અઠવાડિયે સરેરાશ કલાક કામ કર્યું

28. ભૂતકાળના વર્ષ માં તમે શું કર્યું: ○ નોકરીઓ બદલી ○ કામ કરવાનુ બંધ કર્યું ○ થોડાક કલાકો કામ કરવાનું શરૂ કર્યું ○ આમાંનું કાઇ નહી

29. **જો સ્વ રોજગારીત હો તો, a અને b નો જવાબ આપો:**

a. કામનો પ્રકાર:

b. કેટલી ચોખ્ખી આવક (નફો એકવાર બિઝનેસ ખર્ચ ચૂકવી દેવામાં આવે) તમને આમાંથી આ મહિને સ્વ રોજગાર મળશે? સૂચનાઓ પર જાઓ. $

30. **આ મહિને તમે મેળવેલ અન્ય આવક:** જે લાગુ પડે તે બધુ ભરો, અને રકમ આપો અને કેટલી વાર તમે તે મેળવો છો. કાંઇ ના હોય તો અહીં ભરો. ○
નોંધ: તમારે બાળકના સહકાર ઉપર થી, પીઢ ચૂકવણી, અથવા પૂરક સુરક્ષા આવક (SSI) વિશે અમને જાણ કરવાની જરૂર નથી.

○ બેરોજગારી $ ટલી વખત?
○ ખોરાકી પ્રાપ્ત (**નોંધ:** માત્ર એમના માટે જેમના છૂટાછેડા 1/1/2019 પહેલાં નક્કી થયેલા હોય.) $ ટલી વખત?
○ પેંશન $ ટલી વખત?
○ નેટ ખેતી / માછીમારી $ ટલી વખત?
○ સામાજિક સુરક્ષા $ ટલી વખત?
○ નેટ ભાડેથી / રોયલ્ટી $ ટલી વખત?
○ નિવૃત્તિ એકાઉન્ટ્સ $ ટલી વખત?
○ અન્ય આવક, પ્રકાર $ ટલી વખત?

31. **કપાતો:** જે લાગુ પડે તે બધુ ભરો, અને રકમ આપો અને કેટલી વાર તમે ચૂકવો છો? જો તમે અમુક વસ્તુઓ માટે ચૂકવણી કરો છો કે જે ફેડરલ આવક ટેક્સ રિટર્ન પર કપાત કરી શકાય છે, તેના વિશે અમને કહેવાથી આરોગ્ય કવરેજ ની કિંમત થોડી ઓછી થઇ શકે છે.
તમે ચૂકવેલ ચાઇલ્ડ સપોર્ટ, અથવા ચોખ્ખી સ્વ-રોજગાર (પ્રશ્ન 29b) ના તમારા જવાબમાં પહેલેથી જ ધ્યાનમાં લેવામાં આવેલ ખર્ચનો સમાવેશ કરશો નહીં.

○ ખોરાકી ચૂકવણી (**નોંધ:** માત્ર એમના માટે જેમના છૂટાછેડા 1/1/2019 પહેલાં નક્કી થયેલા હોય.) $ ટલી વખત?
○ અન્ય કપાતો, પ્રકાર: $ ટલી વખત?
○ વિદ્યાર્થી લોન વ્યાજ $ ટલી વખત?

32. **જો વર્ષ દરમિયાન તમારી આવક બદલાતી હોય તો આ પ્રશ્ન પૂર્ણ કરો,** જેમ કે જો તમે માત્ર વર્ષના અમુક સમય માટે જ નોકરી અથવા કામ કરો છો અથવા અમુક મહિનાઓ માટે જ કોઈ લાભ મેળવો છો. જો તમને તમારા માસિક આવકમાં ફેરફારોની અપેક્ષા ના હોય તો, આગામી વ્યક્તિ સુધી અવગણો. ➔

તમારી કુલ આવક આ વર્ષે $
તમારી કુલ આવક આગામી વર્ષે (જો તમને લાગે કે તે ફેરફાર હશે) $ ○ આ ભરો જો તમને લાગે છે કે તમારી આવકની આગાહી કરવી મુશ્કેલ હશે.

આભાર! આ તમામ, અમારે તમારા વિશે જાણવુ જરૂરી છે

પગલું 2: વ્યક્તિ 2

નોંધ: જો આ વ્યક્તિને આરોગ્ય કવરેજની જરૂર ના હોય તો, ફક્ત આ પૃષ્ઠ પર પ્રશ્નો 1-10 જવાબ આપો. જો તમારા ઘરમાં ૨ કરતાં વધુ લોકો હોય તો પાન 4-5 ની નકલ કરો.

તમારા જીવનસાથી/ભાગીદાર અને બાળકો જે તમારી સાથે રહે છે, અને/અથવા કોઈપણ જે ફેડરલ આવક ટેક્સ રિટર્ન જો તમે ફાઇલ કરતા હો તે માટે આ પાનું પૂર્ણ કરો. જો તમે ટેક્સ રિટર્ન ફાઇલ ના કરો તો, જેઓ તમારી સાથે રહેતા હોય તેવા પરિવારના સભ્યોને હજુ પણ ઉમેરવાનું યાદ રાખો. કોનો સમાવેશ થાય છે તે વિશે વધુ માહિતી માટે પાનું ૧ જુઓ.

1. પ્રથમ નામ　　મધ્ય નામ　　અંતિમ નામ　　પ્રત્યય

2. વ્યક્તિ.૧ સાથેનો સંબંધ. સૂચનાઓ પર જાઓ.

3. શું વ્યક્તિ ૨ પરિણિત છે? ◯ હા ◯ ના

4. જન્મ તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)

5. જાતી ◯ સ્ત્રી ◯ પુરૂષ

6. સામાજિક સુરક્ષા નંબર (SSN)

★ અમારે આની જરૂર છે, જો તમે વ્યક્તિ ૨ નું આરોગ્ય કવરેજ કરવા માંગતા હો, અને વ્યક્તિ ૨ પાસે SSN હોય.

7. શું વ્યક્તિ ૧ રહે છે તેજ સમાન સરનામા ઉપર વ્યક્તિ ૨ રહે છે? ◯ હા ◯ ના

જો ન હોય તો, સરનામું દર્શાવો.

8. **આગામી વર્ષે વ્યક્તિ ૨ ની ફેડરલ આવક ટેક્સ રિટર્ન ફાઇલ કરવાની યોજના છે?** (વ્યક્તિ ૨ ફેડરલ આવક ટેક્સ રિટર્ન ફાઈલ ના કરે તો પણ તમે હજુ કવરેજ માટે અરજી કરી શકો છો.)

◯ **હા. જો હા, તો c માં રહેલ વસ્તુના જવાબ આપો.**　◯ **ના. જો ના હોય**, તો c ને અવગણો.

a. શું વ્યક્તિ ૨ એલી જીવનસાથી સાથે સંયુક્ત રીતે કરશે? ◯ હા ◯ ના

જો હા હોય તો, જીવનસાથી નું નામ લખો.

b. વ્યક્તિ ૨ તેના અથવા તેણીના ટેક્સ રિટર્ન પર કોઈપણ આશ્રિતો નો દાવો કરશે? ◯ હા ◯ ના

જો હા હોય તો, આશ્રિતો ના નામ આપો:

c. શું વ્યક્તિ ૨ કોઈના ટેક્સ રિટર્ન પર આશ્રિત તરીકે દાવો કરશે? ◯ હા ◯ ના

જો હા હોય તો, તો ટેક્સ ફાઇલ કરનારાના નામ જણાવો:　　વ્યક્તિ ૨ કર ભરનાર સાથે કેવી રીતે સંબંધિત છે?

9. શું વ્યક્તિ ૨ ગર્ભવતી છે? ◯ હા ◯ ના　a. **જો હા હોય તો**, આ ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન કેટલા બાળકો ની અપેક્ષા રાખવામાં આવે છે?

10. **વ્યક્તિ ૨ ને આરોગ્ય કવરેજ ની જરૂર છે?** (જો વ્યક્તિ ૨ને કવરેજ હોય તો પણ , વધુ સારા કવરેજ અથવા નીચા ખર્ચ સાથેનો કાર્યક્રમ હોઈ શકે છે.)

◯ **હા. જો હા હોય**, તો નીચેના બધા પ્રશ્નો ના જવાબ આપો.　**ના. જો ના હોય**, તો પેજ ૫ ઉપરના આવકના પ્રશ્નો છોડી દો. આ પેજ નો બાકી નો ભાગ બ્લેન્ક છોડો.

11. શું વ્યક્તિ 2 ની શારીરિક, માનસિક અથવા ભાવનાત્મક આરોગ્યની સ્થિતિ એવી છે જે પ્રવૃત્તિઓ મર્યાદીત કરે છે (જેમ કે નહવું, ડ્રેસિંગ, રોજિંદા કામકાજ, વગેરે), ખાસ આરોગ્ય સંભાળની જરૂર છે, અથવા કોઇ તબીબી સુવિધા અથવા નર્સિંગ હોમમાં રહે છે? ◯ હા ◯ ના

12. વ્યક્તિ ૨ યુ.એસ.નાગરિક અથવા યુ.એસ રાષ્ટ્રવાસી છે? ◯ હા ◯ ના

13. વ્યક્તિ ૨ ન્યુટ્રલાઈઝ્ડ છે કે નાગરિક્તા મેળવેલ છે? (આનો સામાન્ય રીતે અર્થ થાય છે કે તેઓ US બહાર જન્મ્યા હતા.)

◯ **હા. જો હા હોય**, તો અ અને બ પૂર્ણ કરો.　◯ **ના. જો ના હોય**, તો પ્રશ્ન ૧૪ ચાલુ રાખો

a. એલીયન નંબર:　b. સર્ટીફીકેટ નંબર:　તમે અ અને બ પૂર્ણ કરો પછી, પ્રશ્ન 15 ઉપર સ્કીપ કરો.

14. **જો તમે US નાગરિક અથવા US રાષ્ટ્રીય ના હોવ તો**, તમારી પાસે માન્ય ઇમિગ્રેશન સ્થિતી છે? ◯ હા. દસ્તાવેજ પ્રકાર અને ID નંબર દાખલ કરો. વ્યક્તિ. સૂચનાઓ પર જાઓ.

ઈમીગ્રેશન દસ્તાવેજ પ્રકારો　સ્થિતી પ્રકાર (વૈકલ્પિક)　તમારા ઇમિગ્રેશન દસ્તાવેજ ઉપર હોય તે પ્રમાણે તમારૂ નામ લખો.

એલીયન નંબર અથવા I-૯૪ નંબર　કાર્ડ નંબર અથવા પાસપોર્ટ નંબર

SEVIS ID અથવા એક્સપાયરી તારીખ(વૈકલ્પિક)　અન્ય(કેટેગરી કોડ અથવા ઇસ્યુ કરનાર દેશ)

a. વ્યક્તિ ૨ ૧૯૯૬ થી US માં રહેતા હતા? ◯ હા ◯ ના

b. વ્યક્તિ ૨, અથવા વ્યક્તિ ૨ ના જીવનસાથી, એક પીઢ અથવા US લશ્કરી સક્રિય-ફરજ સભ્ય છે? ◯ હા ◯ ના

15. છેલ્લા 3 મહિના થી વ્યક્તિ ૨ તબીબી બીલ માટે ચૂકવણી કરવા માટે મદદ માંગે છે? ◯ હા ◯ ના

16. શુ વ્યક્તિ ૨ ઓછામાં ઓછા ૧૯ વર્ષથી ઓછી વયના બાળક સાથે રહે છે, અને વ્યક્તિ ૨ આ બાળકની કાળજી લેવા વાળા મુખ્ય વ્યક્તિ છે? (જો વ્યક્તિ 2 અથવા તેના જીવનસાથી આ બાળકની સંભાળ રાખે છે, તો “હા” ભરો.) ◯ હા ◯ ના

વ્યક્તિ ૨ સાથે તેમના ઘરમાં ૧૯ હેઠળ રહેતા કોઇ પણ બાળકો ના નામ અને સંબંધો અમને કહો: (પાના ૨ પર યાદી થયેલ આ જ બાળકો હોઈ શકે છે)

17 કે તેથી વધુ ઉંમરના દત્તક કાળજી ખાતે વ્યક્તિ ૨ હતા? ◯ હા ◯ ના

જો વ્યક્તિ 2ની ઉંમર 22 વર્ષ કે તેથી ઓછી હોય તો આ પ્રશ્નોનો જવાબ આપો:

18. શું વ્યક્તિ ૨ ને નોકરી દ્વારા વીમો હતો અને છેલ્લા 3 મહિનાની અંદર તે ગુમાવ્યો હતો? ◯ હા ◯ ના

a. **જો હા હોય તો** , અંતિમ તારિખ:　b. વિમો બંધ થવાનુ કારણ:

19. શું વ્યક્તિ ૨ એ પૂર્ણ સમય નો વિદ્યાર્થી છે? ◯ હા ◯ ના

વૈકલ્પિક: (આ માહિતી પ્રદાન કરવાથી પાત્રતા, યોજના વિકલ્પો અથવા ખર્ચ પર અસર થશે નહીં.)

21. **વંશ** ◯ સ્વેત ◯ કાળા અથવા આફ્રિકન અમેરિકન ◯ અમેરિકન ભારતિય અથવા અલાસ્કા નેટિવ ◯ ફિલિપીનો ◯ જાપાનીઝ ◯ કોરિયન ◯ એશિયાન ભારતિય ◯ ચાઇનીઝ ◯ વિયેતનામીઝ ◯ અન્ય એશિયાન ◯ મૂળ હવાઇયન ◯ ગુમાનિયન અથવા કેમોરો ◯ સામોઆન ◯ અન્ય પેસિફિક ટાપુવાસી ◯ અન્ય

પગલું 2: વ્યક્તિ 2

વ્યક્તિ ર ને મળતી કોઇ આવક વિશે અમને કહો.
જો વ્યક્તિ ર ને આરોગ્ય કવરેજની જરૂર ના હોય તો પણ આ પાનું પૂર્ણ કરો.

વર્તમાન નોકરી અને આવકની માહિતી

○ કાર્યરત: જો વ્યક્તિ ર હાલમાં કાર્યરત હોય,તો અમને તેના/તેણીની આવક વિશે જણાવો. 22 મુદ્દાથી શરૂ કરો.
○ નોકરી કરતા નથી: મુદ્દો 32 છોડી દો.
○ સ્વ-રોજગારીત મુદ્દો 31 છોડી દો.

હાલની નોકરી 1:

22. નોકરીએ રાખનારનુ નામ

a. નોકરીદાતા નું સરનામું (વૈકલ્પિક)

b. શહેર | c. રાજ્ય | d. ઝીપ કોડ | 23. નોકરીદાતા નો ફોન નંબર ( ) -

24. વેતન / ટિપ્સ (કર પહેલાં) $
○ કલાક દીઠ ○ સાપ્તાહિક ○ દર ર અઠવાડિયાનો ○ મહિના માં બે વખત ○ માસિક ○ વાર્ષિક

25. દર અઠવાડિયે સરેરાશ કલાક કામ કર્યું

હાલની નોકરી 2: (જો વ્યક્તિ ર ને વધુ નોકરીઓ હોય તો અન્ય પેપર શીટ જોડો.)

26. નોકરીએ રાખનારનુ નામ

a. નોકરીદાતા નું સરનામું (વૈકલ્પિક)

b. શહેર | c. રાજ્ય | d. ઝીપ કોડ | 27. નોકરીદાતા નો ફોન નંબર ( ) -

28. વેતન / ટિપ્સ (કર પહેલાં) $
○ કલાક દીઠ ○ સાપ્તાહિક ○ દર ર અઠવાડિયાનો ○ મહિના માં બે વખત ○ માસિક ○ વાર્ષિક

29. દર અઠવાડિયે સરેરાશ કલાક કામ કર્યું

30.પાછલા વર્ષના માં, વ્યક્તિ ર એ કર્યું: ○ નોકરીઓ બદલી ○ કામ કરવાનુ બંધ કર્યુ ○ થોડાક કલાકો કામ કરવાનું શરૂ કર્યુ ○ આમાંનું કાઇ નહી

31. જો વ્યક્તિ ર રોજગારીત હોય, તો a અને b પૂર્ણ કરો:
a. કામનો પ્રકાર:
b. આ મહિને આ સ્વ રોજગારી માંથી વ્યક્તિ ર ને ચોખ્ખી આવક (બિઝનેસ ખર્ચ ચૂકવવ્યા પછીનો નફો) કેટલી મળી શકે? સૂચનાઓ પર જાઓ. $

32. **આ મહિને વ્યક્તિ ર ને મળતી અન્ય આવક:** લાગુ પડે તે બધુ ભરો, અને રકમ આપો અને વ્યક્તિ ર કેટલી વખત તે મેળવશે. કાંઇ ના હોય તો અહીં ભરો.. ○
નોંધ: વ્યક્તિ ર ની બાળક આધાર, પીઢ ચૂકવણી, અથવા પૂરક સુરક્ષા આવક (SSI) આવક વિશે તમારે અમને જાણ કરવાની જરૂર નથી.

○ બેરોજગારી $ ટલી વખત?
○ ખોરાકી પ્રાપ્ત (નોંધ: માત્ર એમના માટે જેમના છૂટાછેડા 1/1/2019 પહેલાં નક્કી થયેલા હોય.) $ ટલી વખત?
○ પેંશન $ ટલી વખત?
○ નેટ ખેતી / માછીમારી $ ટલી વખત?
○ સામાજિક સુરક્ષા $ ટલી વખત?
○ નેટ ભાડેથી / રોયલ્ટી $ ટલી વખત?
○ નિવૃત્તિ એકાઉન્ટ્સ $ ટલી વખત?
○ અન્ય આવક, પ્રકાર: $ ટલી વખત?

33. કપાતો: લાગુ પડે તે બધુ ભરો, અને રકમ આપો અને વ્યક્તિ ર કેટલી વખત તે મેળવશે. જો તમે અમુક વસ્તુઓ માટે ચૂકવણી કરો છો કે જે ફેડરલ આવક ટેક્સ રિટર્ન પર કપાત કરી શકાય છે, તેના વિશે અમને કહેવાથી આરોગ્ય કવરેજ ની કિંમત થોડી ઓછી થઇ શકે છે.
વ્યક્તિ 2 ચૂકવે છે તે ચાઇલ્ડ સપોર્ટ, અથવા ચોખ્ખી સ્વ-રોજગાર (પ્રશ્ન 31b) ના જવાબમાં પહેલેથી ધ્યાનમાં લેવાયેલ ખર્ચનો સમાવેશ કરશો નહીં.

○ ખોરાકી ચૂકવણી (નોંધ: માત્ર એમના માટે જેમના છૂટાછેડા 1/1/2019 પહેલાં નક્કી થયેલા હોય.) $ ટલી વખત?
○ વિદ્યાર્થી લોન વ્યાજ $ ટલી વખત?
○ અન્ય કપાતો, પ્રકાર: $ ટલી વખત?

34. **જો વ્યક્તિ ર ની આવક વર્ષ દરમિયાન બદલાતી હોય તો જ પૂર્ણ કરો,** જેમ કે જો વ્યક્તિ ર એકલોજ વર્ષના ભાગ માટે નોકરી પર કામ કરે અથવા ચોક્કસ મહિના માટે લાભ મેળવે છે. જો વ્યક્તિ 2 ની માસિક આવકમાં ફેરફારની અપેક્ષા નથી, તો આગળની વ્યક્તિ પર જાઓ. ➔

વ્યક્તિ ર ની કુલ આવક આ વર્ષે $
વ્યક્તિ ર ની કુલ આવક આગામી વર્ષે $ ○ આ ભરો જો તમને લાગે છે કે તમારી આવકની આગાહી કરવી મુશ્કેલ હશે.

આભાર! આ તમામ, અમારે વ્યક્તિ ર વિશે જાણવુ જરૂરી છે.

પગલું 3: અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કા મૂળ (AI/AN) પરિવારના સભ્ય (યો)

1. તમે અથવા તમારા પરિવારના કોઈ પણ અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કા મૂળ ના છે?
◯ ના. જો ના હોય, તો પગલું ૪ ચાલુ રાખો ◯ હા. જો હા, તો પગલું ૪ ચાલુ રાખો, વત્તા પરિશિષ્ટ બી સંપૂર્ણ કરો અને અરજી સાથે સમાવેશ કરો.

પગલું 4: તમારા પરિવારનું આરોગ્ય કવચ

1. વૈકલ્પિક: જો તમને પાછલા વર્ષમાં પ્રીમિયમ ટેક્સ ક્રેડિટ મળી હતી, તો શું તમારા ઘરેણે તે વર્ષ માટે તે ચુકવણીઓનું સમાધાન કરવા માટે તમારા ફોર્મ 1095-A ની માહિતીનો ઉપયોગ કરીને ટેક્સ રિટર્ન ફાઇલ કર્યું હતું?
◯ હા, અમે ફેડરલ ટેક્સ રિટર્ન ફાઇલ કર્યું છે અને પ્રીમિયમ ટેક્સ ક્રેડિટ સમાધાન કર્યું છે અથવા IRS દ્વારા અમને એક્સ્ટેંશન આપવામાં આવ્યું છે.

2. મેડીકેઇડ અથવા ચિલ્ડ્રન્સ હેલ્થ ઇન્સ્યોરન્સ પ્રોગ્રામ માટે છેલ્લા ૯૦ દિવસોમાં (સીએચઆઇપી) માટે આ એપ્લિકેશન પર કોઈને પાત્રતા મળી ના હતી?
(તમારા રાજ્ય દ્વારા કોઈને આ કવરેજ માટે પાત્રતા ના મળી હોય તો જ હા પસંદ કરો, માર્કેટપ્લેસ દ્વારા નહીં.)........ ◯ હા ◯ ના
કોને? ______ તારીખ: ______
અથવા, આ એપ્લિકેશનના કોઈપણને છેલ્લા 5 વર્ષમાં તેની ઇમિગ્રેશનની સ્થિતિને કારણે મેડિકેડ અથવા CHIP માટે પાત્રતા મળી નથી? .... ◯ હા ◯ ના
કોને? ______
શું આ એપ્લિકેશનના કોઈપણએ માર્કેટપ્લેસ ઓપન એનરોલમેન્ટ પીરિયડ દરમિયાન અથવા લાયક જીવન પ્રસંગ પછી કવચ માટે અરજી કરી છે?........ ◯ હા ◯ ના
કોને? ______

3. આ એપ્લિકેશનની યાદીમાં સામેલ થયેલ કોઈને પણ નોકરી માંથી આરોગ્ય કવરેજ ની ઓફર થઇ છે? જો કવરેજ કોઈના પણ નોકરી માંથી જેવા કે માતા પિત અથવા જીવનસાથી માંથી હોય, અને તેઓ કવરેજ સ્વિકારતા ના હોય તો પણ હા ચેક કરો. જો આપવામાં આવતું એકમાત્ર કવરેજ COBRA તો ના પર ખરું કરો.
◯ હા. ચાલુ રાખો અને પછી પરિશિષ્ટ A પૂર્ણ કરો. ◯ ના.
જો હા, તો શું આ રાજ્ય કર્મચારી લાભ યોજના છે? .... ◯ હા ◯ ના
શું અરજીમાં ઉલ્લેખ કરવામાં આવેલી કોઇપણ વ્યક્તિને વ્યક્તિગત હેલ્થ રીઇમ્બર્સમેન્ટ અરેન્જમેન્ટ (HRA) અથવા ક્વોલિફાઇડ સ્મોલ એમ્પ્લોયર HRA (QSEHRA) આપવામાં આવ્યું છે? .... ◯ હા ◯ ના

4. આરોગ્ય કવરેજની હાલમાં કોઈ એ નોંધણી કરાવી છે?
◯ હા. જો હા હોય, તો પ્રશ્ન 5 ચાલુ રાખો . ◯ ના. જો ના હોય, તો પગલું 5 છોડી દો.

5. વર્તમાન આરોગ્ય કવરેજ અંગે માહિતી. (જો હાલમાં ૨ કરતાં વધુ લોકોનો હેલ્થ કવરેજ હોય તો આ પાના ની નકલ બનાવો.)
કવરેજનો પ્રકાર, જેમકે એમ્પ્લોયર વીમો, કોબ્રા, મેડીકેઇડ, ચિપ, મેડિકેર, ટ્રાઇકેર VA હેલ્થ કેર પ્રોગ્રામ, પીસ કોર્પ્સ, અથવા અન્ય જેવા લખો. (જો તમને ડાયરેક્ટ કેર અથવા લાઇન ઓફ ડ્યુટી હોય તો અમને ટ્રાઇકેર વિશે કહેતા નહીં.)

વ્યક્તિ 1:

આરોગ્ય કવરેજ માં નોંધાયેલ વ્યક્તિ નુ નામ ______

કવરેજનો પ્રકાર
◯ નોકરીદાતા વિમો ◯ COBRA (કોબ્રા) ◯ Medicaid (મેડિકેઇડ) ◯ CHIP (ચીપ) ◯ Medicare (મેડીકેર) ◯ TRICARE (ટ્રાઇકેર)
◯ VA હેલ્થ કેર પ્રોગ્રામ ◯ પીશ કોર્પ્સ ◯ અન્ય

જો તે નોકરીદાતાનો વિમો હોય તો: (તમારે પરિશિષ્ટ A. પણ પૂર્ણ કરવાની જરૂર પડશે.)
આરોગ્ય વિમા કંપની નુ નામ ______ પોલિસી/ ID નંબર ______

જો તે અન્ય પ્રકાર નો વિમો હોય તો ◯ જો આ માર્કેટપ્લેસ આરોગ્ય કવરેજ હોય તો ભરો.
આરોગ્ય વિમા કંપની નુ નામ ______ પોલિસી/ ID નંબર ______
શું આ સિમિત- ફાયદા પ્લાન છે, જેમકે સ્કુલ અકસ્માત પોલિસી........ ◯ હા ◯ ના

વ્યક્તિ 2:

આરોગ્ય કવરેજ માં નોંધાયેલ વ્યક્તિ નુ નામ ______

કવરેજનો પ્રકાર
◯ નોકરીદાતા વિમો ◯ COBRA (કોબ્રા) ◯ Medicaid (મેડિકેઇડ) ◯ CHIP (ચીપ) ◯ Medicare (મેડીકેર) ◯ TRICARE (ટ્રાઇકેર)
◯ VA હેલ્થ કેર પ્રોગ્રામ ◯ પીશ કોર્પ્સ ◯ અન્ય

જો તે નોકરીદાતાનો વિમો હોય તો: (તમારે પરિશિષ્ટ A. પણ પૂર્ણ કરવાની જરૂર પડશે.)
આરોગ્ય વિમા કંપની નુ નામ ______ પોલિસી/ ID નંબર ______

જો તે અન્ય પ્રકાર નો વિમો હોય તો ◯ જો આ માર્કેટપ્લેસ આરોગ્ય કવરેજ હોય તો ભરો.
આરોગ્ય વિમા કંપની નુ નામ ______ પોલિસી/ ID નંબર ______
શું આ સિમિત- ફાયદા પ્લાન છે, જેમકે સ્કુલ અકસ્માત પોલિસી........ ◯ હા ◯ ના

પગલું 5: તમારો એગ્રીમેંન્ટ અને હસ્તાક્ષર

1. આગામી ૫ વર્ષ માટે તમે માર્કેટપ્લેસ ને ટેક્સ રિટર્ન માંથી માહિતી સહિત આવકની માહિતી વાપરવા માટે પરવાનગી આપવા માટે સંમત છો? ◯ હા ◯ ના

ભવિષ્યના વર્ષોમાં કવચ માટે ચૂકવણી કરવામાં સહાય કરવા માટે તમારી પાત્રતા નક્કી કરવાનું સરળ બનાવવા માટે, તમે માર્કેટપ્લેસને ટેક્સ રિટર્નની માહિતી સહિત અપડેટ કરેલ આવક ડેટાનો ઉપયોગ કરવાની મંજૂરી આપવા માટે સંમત થાવ છો. માર્કેટપ્લેસ એક નોટિસ મોકલશે અને તમને કોઈપણ ફેરફાર કરવા મંજૂરી આપશે. તમે હજી પણ પાત્ર છો તેની ખાતરી કરવા માટે માર્કેટપ્લેસ ચકાસણી કરશે, અને તમારી આવક હજી પણ યોગ્ય છે તેની પુષ્ટિ કરવા માટે તમને પૂછી શકે છે. તમે કોઈપણ સમયે બહાર નીકળવાનું પસંદ કરી શકો છો.

જો ના હોય તો, આપમેળે મારી માહિતી અપડેટ કરો, પછીના : ◯ 5 વર્ષો માટે ◯ 4 વર્ષો માટે ◯ 3 વર્ષો માટે ◯ 2 વર્ષો માટે ◯ 1 વર્ષો માટે

◯ હેલ્થ કવરેજ માટે ભરવા માટે મદદ માટે મારી યોગ્યતા રિન્યૂ કરવા મારા કર ડેટાનો ઉપયોગ કરશો નહીં (આ વિકલ્પ પસંદ કરવાથી નવીકરણ કવરેજ માટે ચૂકવણી મદદ મેળવવા માટે તમારી ક્ષમતા પર અસર કરી શકે છે.)

2. જેલમાં હોય તેવા કોઇ પણ આ અરજી પર આરોગ્ય વીમા માટે અરજી કરી રહ્યું છે (અટકાયતમાં અથવા જેલમાં)? ◯ હા ◯ ના

જો હા હોય તો, અમને વ્યક્તિનું નામ કહો. જેલમાંના વ્યક્તિનું નામ છે:

◯ જો આ વ્યક્તિ આરોપોની અસ્થિતિનો સામનો કરી રહી હોય તો અહીં ભરો

જો તમારી અરજી પૈકીનાં કોઈપણ માર્કેટપ્લેસ કવચમાં નોંધાયેલ છે અને પછીથી અન્ય લાયક સ્વાસ્થ્ય કવચ (જેમ કે મેડિકેર, મેડિકેડ અથવા CHIP) માં હોવાનું જણાયું છે, તો માર્કેટ પ્લેસ આપમેળે તેનું માર્કેટપ્લેસ પ્લાન કવરેજ સમાપ્ત કરશે. આ એ સુનિશ્ચિત કરવામાં મદદ કરશે કે જેની પાસે અન્ય પાત્ર કવચ હોવાનું જણાય છે તે માર્કેટપ્લેસ કવચમાં નોંધાયેલ રહી શકશે નહીં અને તેણે સંપૂર્ણ કિંમત ચૂકવવી પડશે.

◯ હું આ સ્થિતિમાં માર્કેટપ્લેસને મારી અરજી પૈકીનાં લોકોના માર્કેટપ્લેસ કવચને સમાપ્ત કરવાની મંજૂરી આપવા માટે સંમત છું.

◯ હું આ સ્થિતિમાં માર્કેટપ્લેસને માર્કેટપ્લેસ કવચ સમાપ્ત કરવા માટે મંજૂરી આપતો નથી. હું સમજું છું કે મારી અરજી પૈકીનાં અસરગ્રસ્ત લોકો આર્થિક સહાય માટે લાયક રહેશે નહીં અને તેમની માર્કેટપ્લેસ ની યોજના માટે સંપૂર્ણ ખર્ચ ચૂકવવો આવશ્યક છે.

જો આ અરજી પર કોઈ મેડીકેઇડ માટે લાયક હોય તો:

- અન્ય આરોગ્ય વીમા, કાનૂની સમાધાનો, અથવા અન્ય તૃતીય પક્ષો પાસેથી કોઇ પણ પૈસા મેળવવા અને પાછળ પડવાનો હું મેડીકેઇડ એજન્સીને અમારા અધિકારો આપી રહ્યો છું. હું મેડીકેઇડ એજન્સીને જીવનસાથી કે પિતૃ પાસેથી પાછળ પડીને તબીબી સહાય મેળવવાના પણ અધિકારો આપી રહ્યો છું.
- આ અરજી પરના કોઈપણ બાળકના માતપિતા ઘર બહાર રહેતા હોય છે? ◯ હા ◯ ના
- જો હા હોય તો, મને ખબર છે કે ગેરહાજર પિતૃ પાસેથી તબીબી સહકાર મેળવવા માટે સહકાર આપવા નું મને કહેવામાં આવશે. જો મને લાગે છે કે તબીબી સહકાર મેળવવાથી મને કે મારા બાળકોને નુકસાન થશે, તો હું મેડીકેઇડને કહી શકુ છુ અને હું સહકાર ના આપી શકુ.
- હું ખોટી જુબાનીના દંડ હેઠળ આ એપ્લિકેશનમાં સહી કરુ છું ,જેનો અર્થ કે હું મારા શ્રેષ્ઠ જ્ઞાન અનુસાર આ ફોર્મ પર બધા પ્રશ્નોના સાચા જવાબો પુરા પાડુ છુ. મને ખબર છે કે જો હું ઈરાદાપૂર્વક ખોટી અથવા અસત્ય માહિતી પૂરી પાડુ તો મને ફેડરલ કાયદા હેઠળ દંડ થઇ શકે છે.
- મને ખબર છે કે જો કંઈપણ ફેરફારો થતા હોય જે મેં આ અરજી પર લખ્યું હતું (અને તેના કરતાં અલગ હોય)તો મારે હેલ્થ ઇન્સ્યુરન્સ માર્કેટપ્લેસને 30 દિવસની અંદર કહેવું જ જોઈએ. કોઈપણ ફેરફારોની જાણ કરવા હું **HealthCare.gov** ની મુલાકાત લઇ શકુ છુ અથવા **1-800-318-2596** કૉલ કરી શકુ છુ. હું સમજું છું કે મારી માહિતીમાં ફેરફાર, મારી યોગ્યતા તેમજ મારા ઘરના સભ્ય(ઓ) માટે ની યોગ્યતા પર અસર કરી શકે છે.
- હું જાણું છું કે ફેડરલ કાયદા હેઠળ, જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, લિંગ, ઉંમર અથવા અપંગતાના આધારે ભેદભાવની મંજૂરી નથી. હું **HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint** ની મુલાકાત લઈને ભેદભાવની ફરિયાદ નોંધાવી શકું છું.
- મને ખબર છે કે આ ફ્રોર્મ પરની જાણકારી માત્ર હેલ્થ કવરેજ માટેની યોગ્યતા નક્કી કરવા માટે, કવરેજ માટે ચૂકવણી (જો વિનંતી કરેલ હોય તો)ની મદદ માટે, અને માર્કેટપ્લેસ અને કાર્યક્રમોના કાયદેસર હેતુના કવરેજ માટે ચૂકવણી કરવામાં મદદ માટે જ ઉપયોગ કરવામાં આવશે.

જો તમે અરજી કરવાનું પસંદ કરો છો તો આરોગ્ય કવચ માટે ચૂકવણી કરવામાં સહાય માટે તમારી પાત્રતાને તપાસવા માટે અમને આ માહિતીની જરૂર છે. અમે અમારા ઇલેક્ટ્રોનિક ડેટાબેસેસ અને ઇન્ટરનલ રેવન્યુ સર્વિસ (IRS), સોશિયલ સિક્યુરિટી, હોમલેન્ડ સિક્યુરિટી ડિપાર્ટમેન્ટ અને / અથવા ગ્રાહક રિપોર્ટિંગ એજન્સીમાંથી ડેટાબેસેસની માહિતીનો ઉપયોગ કરીને તમારા જવાબો ચકાસીશું. જો માહિતી મેળ ખાતી નથી, તો અમે તમને પુષ્ટિ આપવા માટે કહી શકીએ છીએ.

જો મને લાગે છે કે મારી પાત્રતાની સૂચના ખોટી છે તો મારે શું કરવું જોઈએ?

અમે તમારી અરજી પર પ્રક્રિયા કરીશું પછી તમને મેલમાં તમારી પાત્રતા અંગેની સૂચના મળશે. તમે જેના માટે લાયક છો તે સાથે સંમત ના હોવ તો,ઘણા કિસ્સાઓમાં, તમે અપીલ માટે પૂછી શકો છો. જેઓ કવરેજ માટે અરજી કરતા હોય તેવા તમારા પરિવારના દરેક વ્યક્તિ માટે ચોક્કસ અપીલ સૂચનાઓ શોધવા માટે, અપીલની વિનંતી કરવા માટે તમારી પાસે કેટલા દિવસ છે તે સહિત તમારી પાત્રતા નોટિસની સમીક્ષા કરો. જ્યારે અપીલની વિનંતી કરવામાં આવે ત્યારે ધ્યાનમાં રાખવા જેવી મહત્વની જાણકારી અહીં છે.

- તમે કોઈને વિનંતિ કરી શકો છો અથવા જો તમે તમારી અપીલ ભાગ લેવા માગતા હોવ તો લઇ શકો છો. તે વ્યક્તિ એક મિત્ર, સંબંધી, વકીલ, અથવા અન્ય વ્યક્તિગત હોઈ શકે છે. અથવા, તમે વિનંતી કરી શકો છો અને તમારા પોતાની રીતે તમારી અપીલમાં ભાગ લઈ શકો છો.
- જો તમે અપીલની વિનંતી કરો, તો જ્યારે તમારી અપીલ પેન્ડિંગ હોય ત્યારે કવરેજ માટે તમારી લાયકાત રાખવા માટે તમે સક્ષમ હોઈ શકો છો.
- અપીલનું પરિણામ તમારા ઘરના અન્ય સભ્યોની યોગ્યતા બદલી શકે છે.

તમારા માર્કેટપ્લેસ યોગ્યતાના પરિણામો ને અપીલ કરવા માટે, **HealthCare.gov/marketplace-appeals/**. ની મુલાકાત લો. અથવા માર્કેટ પ્લેસ કોલ સેંન્ટર પર **1-800-318-2596** ને કોલ કરો. TTY વપરાશકારો એ **1-855-889-4325** ઉપર કોલ કરવો. તમે અપીલ વિનંતી ફ્રોર્મ મેઇલ પણ કરી શકો છો અથવા તમારા પોતાનો પત્ર **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001ને અપીલ માટે વિનંતી કરી શકો છો. તમે માર્કેટપ્લેસ મારફતે હેલ્થ કવરેજ ખરીદી માટે, પ્રવેશ ગાળાઓ, ટેક્સ ક્રેડિટ, ખર્ચ શેરિંગ ઘટાડો, મેડીકેઇડ, અને ચિપ, જો તમને આ નકારવામાં આવે તો યોગ્યતાની અપીલ કરી શકો છો. જો તમે ટેક્સ ક્રેડિટ અથવા કોસ્ટ શેરિંગ ઘટાડા માટે લાયક પાત્ર થાઓ તો, તમારે માટે અમે નક્કી કરેલ તમારા માટેની રકમ માટે અપીલ કરી શકો છો. તમારી સ્થિતીને આધારે, તમે માર્કેટપ્લેસ મારફતે અપીલ કરવાનો પ્રયત્ન કરી શકો છો અથવા તમારે સ્ટેટ મેડીકેઇડ અથવા CHIP એજન્સી સાથે અપીલ માટે વિનંતી કરી શકો છો.

વ્યક્તિ ૧ એ આ અરજી માં સહી કરવી. જો તમે એક અધિકૃત પ્રતિનિધિ હો, તો જ્યાં સુધી વ્યક્તિ ૧ પરિશિષ્ટ C માં હસ્તાક્ષર કરે તો તમે કરી શકો છો.

હસ્તાક્ષર	જન્મ તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)

જો તમે ઓપન એનરોલમેન્ટમાં બહારથી આ અરજીમાં હસ્તાક્ષર કરી રહ્યા હો તો (નવેમ્બર 1 થી જાન્યુઆરી 15 દરમિયાન), તમે પરિશિષ્ટ Dની ("જીવન ફેરફારો વિશે પ્રશ્નો") સમીક્ષાની ખાતરી કરો.

પગલું 6: પૂર્ણ કરેલ અરજી મેઇલ કરો

હસ્તાક્ષર કરેલ તમારી અરજી મેઇલ કરો:
Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001

જો તમે મત રજીસ્ટર કરવા માગતા હો, તો તમે **eac.gov** ઉપર મતદાર નોંધણી ફોર્મ પૂર્ણ કરી શકો છો.

ઇંગ્લિશ કરતાં અન્ય ભાષા માટે મદદ મેળવી રહ્યા છે

જો તમે અથવા તમે જેમને મદદ કરતા હો, તેમને, આરોગ્ય વીમા માર્કેટપ્લેસ વિશે પ્રશ્નો હોય, તો તમને કોઇ પણ ખર્ચ વગર તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા, **1-800-318-2596** પર ફોન કરો.

અહીં ઉપલબ્ધ ભાષાઓની યાદી છે અને તે ભાષાઓમાં ઉપર એ જ સંદેશ પૂરો પાડવામાં આવેલ છે:

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 مجانا. 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 entèprete 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.

PRA જાહેરાત નિવેદન: ૧૯૯૫ ના પેપરવર્ક રિડક્સન એક્ટ મુજબ, કોઈ પણ વ્યક્તિઓ સિવાય કે તે એક માન્ય omb નિયંત્રણ સંખ્યા દર્શાવે તેમણે માહિતી સંગ્રહ માટે પ્રતિસાદ આપવો જરૂરી નથી. આ જાણકારી સંગ્રહ માટે માન્ય omb નિયંત્રણ સંખ્યા ૦૯૩૮-૧૧૯૧ છે. સમય સૂચનો સમીક્ષા સહિત શોધ અસ્તીત્વના માહિતી સ્રોતો, આવશ્યક ડેટા એકત્રીત કરવા અને સંપૂર્ણ માહિતી સંગ્રહ સમીક્ષા ભેગી કરવા સહિત આ જાણકારી સંગ્રહ પૂર્ણ કરવા માટે જરૂરી સમય પ્રતિભાવ દીઠ સરેરાશ ૪૫ મિનિટનો અંદાજીત છે. જો તમને સમય અંદાજ (ઓ) અથવા આ ફોર્મ સુધારવા માટે સૂચનોની ચોકસાઈ અંગે કોઇ ટિપ્પણી કરવી હોય, તો કૃપા કરીને: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

ઇંગ્લિશ કરતાં અન્ય ભાષા માટે મદદ મેળવી રહ્યા છે (ચાલુ)

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, કૉલ કરો 1-800-318-2596

Português (Portuguese)

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

Italiano (Italian)

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

日本語 (Japanese)

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

PRA જાહેરાત નિવેદન: ૧૯૯૫ ના પેપરવર્ક રિડક્સન એક્ટ મુજબ, કોઈ પણ વ્યક્તિઓ સિવાય કે તે એક માન્ય omb નિયંત્રણ સંખ્યા દર્શાવે તેમણે માહિતી સંગ્રહ માટે પ્રતિસાદ આપવો જરૂરી નથી. આ જાણકારી સંગ્રહ માટે માન્ય omb નિયંત્રણ સંખ્યા ૦૯૩૮-૧૧૯૧ છે. સમય સૂચનો સમીક્ષા સહિત શોધ અસ્તીત્વના માહિતી સ્રોતો, આવશ્યક ડેટા એકત્રીત કરવા અને સંપૂર્ણ માહિતી સંગ્રહ સમીક્ષા ભેગી કરવા સહિત આ જાણકારી સંગ્રહ પૂર્ણ કરવા માટે જરૂરી સમય પ્રતિભાવ દીઠ સરેરાશ ૪૫ મિનિટનો અંદાજીત છે. જો તમને સમય અંદાજ (ઓ) અથવા આ ફોર્મ સુધારવા માટે સૂચનોની ચોકસાઈ અંગે કોઇ ટિપ્પણી કરવી હોય, તો કૃપા કરીને: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027

પરિશિષ્ટ A: જોબ ઉપરથી હેલ્થ કવરેજ ફોર્મ

જ્યાં સુધી ઘરમાં કોઇ નોકરીમાંથી હેલ્થ કવરેજ માટે લાયક હોય,પરંતુ તેઓ કવરેજ સ્વીકારે નહિ, તમારે આ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા જરૂરી નથી. જો કોઇને આપવામાં આવતું એકમાત્ર કવરેજ COBRA હોય તો, તમારે પણ આ પ્રશ્નોનો જવાબ આપવાની જરૂર નથી. દરેક જોબ જે કવરેજ આપે છે તે માટે આ પાનાની એક નકલ જોડો.

નોકરી કે જે કવરેજ આપે છે તે વિશે અમને જણાવો.

આ પાના ની નકલ કરો અને એમ્પ્લોયર પાસે લઇ જાઓ કે જે તમને કવરેજ આપી ને આ પ્રશ્નોના જવાબ આપવામાં મદદ કરે છે.

કર્મચારી માહિતી

1. કર્મચારીનું નામ (પ્રથમ, મધ્ય, અટક)

2. કર્મચારીનો સોસિયલ સિક્યોરિટી નંબર (SSN)

નોકરીદાતા ની માહિતી

3. એમ્પ્લોયર / કંપનીનું નામ

4. નોકરીદાતાનો આઇડેન્ટિફિકેશન નંબર (EIN)

5. નોકરીદાતા નો ફોન નંબર

હવે,વ્યક્તિ અથવા વિભાગ કે જે કર્મચારી લાભ સંચાલન કરે છે તેની માહિતી દાખલ કરો. જો અમને વધુ માહિતીની જરૂર હશે તો અમે આ વ્યક્તિનો સંપર્ક કરી શકીએ છીએ:

6. વ્યક્તિ અથવા વિભાગ કે જેનો અમે કર્મચારી આરોગ્ય કવરેજ વિશે સંપર્ક કરી શકીએ

7. એમ્પ્લોયરનું સરનામું (માર્કેટપ્લેસ આ સરનામે નોટિસ મોકલી શકે છે)

8. શહેર

9. રાજ્ય

10. ઝીપ કોડ

11. ફોન નંબર(ઉપર કરતાં અલગ હોય તો)

12. ઇ-મેઇલ સરનામું:

13. શું કર્મચારીને આ નોકરીદાતા દ્વારા આરોગ્ય કવરેજ આપવામાં આવ્યું છે? ફક્ત "હા" પસંદ કરો, જો ખુલ્લી નોંધણી દરમિયાન અરજી કરી રહ્યાં હોય તો, આવતા મહિનાની શરૂઆતમાં અથવા જાન્યુઆરી 1 સુધીમાં તેમને કવરેજ આપવામાં આવશે તો (નવેમ્બર 1 - જાન્યુઆરી 15).

◯ હા, ચાલુ રાખો ◯ ના (નિયોજક: થોભો અને આ ફોર્મ કર્મચારી ને પાછુ આપો. કર્મચારી: માર્કેટપ્લેસ કવરેજ માટે તમારી અરજી પર પાછા ફરો).

એમ્પ્લોયર આ કર્મચારીના જીવનસાથી અથવા આશ્રિત(ઓ)ને આવરી લે તેવી આરોગ્ય યોજના આપે છે?

◯ જો હા હોય તો, કયા લોકો ને? ◯ જીવનસાથી ◯ આશ્રિત(ઓ) ◯ ના (પ્રશ્ન ૧૪ ઉપર જાઓ.)

કર્મચારીના ઘરમાં બીજું કોઈપણ હોય કે જે આ કામ ના કવરેજ માટે પાત્ર છે તેમના નામો ની યાદી આપો.

નામ ____ નામ ____ નામ ____

આ એમ્પ્લોયર દ્વારા ઓફર કરવામાં આવતા આરોગ્ય કવરેજ વિશે અમને કહો.

14. શુ નોકરીદાતા ન્યૂનતમ મૂલ્ય પ્રમાણભૂત* ધરાવે તેવો હેલ્થ પ્લાન આપે છે?

◯ હા (પ્રશ્ન 15 ઉપર જાઓ) ◯ ના (અટકો અને કર્મચારીને આ ફોર્મ પરત કરો)

15. **કર્મચારી** ની ચૂકવણી માત્ર ન્યૂનતમ મૂલ્ય પ્રમાણભૂત* જળવાઇ રહે તે માટે સૌથી ઓછા ખર્ચે કર્મચારીને ઓફર કરવામાં આવતી યોજના માટે કેટલા ચૂકવવા પડશે? કુટુંબ યોજનાઓનો સમાવેશ કરો નહી.

a. કર્મચારી આ પ્રિમીયમ ચૂકવશે: $

નોંધ: હેલ્થ કવરેજ માટે કર્મચારી સૌથી ઓછી રકમની ચૂકવણી કરી શકે તે દાખલ કરો.

b. કર્મચારી આ રકમની ચૂકવણી કરશે: ◯ સાપ્તાહિક ◯ દર ૨ અઠવાડિયાનો ◯ મહિના માં બે વખત ◯ મહિના માં એક વખત ◯ ત્રિમાસિક ◯ વાર્ષિક

16. **જો ઘરના અન્ય સભ્યો પ્રશ્ન 13 અન્વયે સૂચિબદ્ધ હોય તો:** જો પ્રશ્ન 13માં સૂચિબદ્ધ કર્મચારી અને ઘરના સભ્યોને આવરી લેવાતા હોય તો, કર્મચારી સૌથી ઓછી કિંમતની યોજના માટે કેટલી ચૂકવણી કરશે? જો નોકરીદાતા કલ્યાણ યોજના ઓફર કરે, તો જે તે કર્મચારીને કોઈપણ તમાકુ બંધ કરવાની યોજના હેઠળ મહત્તમ ડિસ્કાઉન્ટ મળે તો તે કેટલું પ્રીમિયમ ચૂકવશે અને જો કોઈપણ ડિસ્કાઉન્ટ ન મળે તો કર્મચારી કેટલું પ્રીમિયમ ચૂકવશે તે રકમ દાખલ કરો.

a. કર્મચારી આ પ્રિમીયમ ચૂકવશે: $

b. કર્મચારી આ રકમની ચૂકવણી કરશે: ◯ સાપ્તાહિક ◯ દર ૨ અઠવાડિયાનો ◯ મહિના માં બે વખત ◯ મહિના માં એક વખત ◯ ત્રિમાસિક ◯ વાર્ષિક

*જો પ્રમાણભૂત વસ્તી માટે તબીબી સેવાઓ કુલ ખર્ચના ઓછામાં ઓછા ૬૦% ચૂકવે અને હોસ્પિટલ અને ડૉક્ટર સેવાઓ નોંધપાત્ર કવરેજ આપે તો *હેલ્થ પ્લાન લઘુત્તમ કિંમત પ્રમાણભૂત પ્રમાણે છે. મોટા ભાગના જોબ આધારિત પ્લાન્સ લઘુત્તમ કિંમત પ્રમાણભૂત મળે છે.

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027

પરિશિષ્ટ B

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027

પરિશિષ્ટ C: આ એપ્લિકેશન પૂર્ણ કરવામાં સહાય

માત્ર પ્રમાણિત અરજી કાઉન્સેલરો, નેવીગેટર્સ, એજન્ટો, અને દલાલો માટે

જો તમે એક પ્રમાણિત એપ્લીકેશન કાઉન્સેલર, નેવિગેટર, એજન્ટ, અથવા કોઈ બીજા માટે આ અરજી ભરીને બ્રોકર હો, તો આ વિભાગ પૂર્ણ કરો.

1. અરજી શરૂ કર્યા તારીખ (મમ /દિદિ/વવવવ)

2. પ્રથમ નામ,મધ્ય નામ, અંતિમ નામ,અને પ્રત્યય

3. સંસ્થા નુ નામ

4. ID નંબર (જો લાગુ પડતુ હોય તો)

5. માત્ર એજન્ટ્સ /બ્રોકર્સ: NPN નંબર

તમે અધિકૃત પ્રતિનિધિ પસંદ કરી શકો છો.

તમે અમારી સાથે આ અરજી વિશે વાત કરવા માટે, તમારી માહિતી દેખવા, અને આ એપ્લિકેશન સંબંધિત બાબતો પર તમારા માટે કામ કરવા, તમારી એપ્લિકેશન વિશે માહિતી મેળવવા સહિત અને તમારા વતી તમારી અરજી પર સહી કરવા વિશ્વસનીય વ્યક્તિને પરવાનગી આપી શકો છો. આ વ્યક્તિ ને "અધિકૃત પ્રતિનિધિ." કહેવામાં આવે છે જો તમારે ક્યારેય પણ તમારા અધિકૃત પ્રતિનિધિ બદલવા અથવા દૂર કરવાની જરુર પડે તો માર્કેટપ્લેસ નો સંપર્ક કરો. તમે આ અરજી પર કોઈના માટે એક કાયદેસર નિમાયેલ પ્રતિનિધિ છો, તો અરજી સાથે સાબિતી રજુ કરો.

1. અધિકૃત પ્રતિનિધિ (પ્રથમ નામ, મધ્ય નામ, છેલ્લું નામ) નું નામ.

2. સરનામું

3. ઘરનું સરનામું 2

4. શહેર

5. રાજ્ય

6. ઝીપ કોડ

7. ફોન નંબર
( ) -

8. સંસ્થા નુ નામ

9. ID નંબર (જો લાગુ પડતુ હોય તો)

હસ્તાક્ષર કરીને,આ અરજી વિશે સત્તાવાર માહિતી મેળવવા માટે,અને આ અરજી સંબંધિત ભવિષ્યની બધી બાબતો પર તમારા બદલે કામ કરવા માટેની તમે આ વ્યક્તિને તમારી અરજી પર હસ્તાક્ષર કરવા માટે પરવાનગી આપો છો.

10. આ અરજીમા યાદી કરેલ વ્યક્તિ ૧ ના હસ્તાક્ષર

→

11. જન્મ તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)

આ માત્ર માહિતીના હેતુ માટે છે. પૂર્ણ કરશો નહીં

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027

પરિશિષ્ટ D: જીવન ફેરફારો વિશે પ્રશ્નો

(તમારે આ પાના સાથે બાકીની આ અરજી પૂર્ણ કરવી જ જોઈએ.આ પાનુ એકલુ જ રજુ કરો નહી.)

જો આ અરજીમાં કોઇપણ વ્યક્તિને છેલ્લા 60 દિવસમાં (અથવા આગામી 60 દિવસમાં અપેક્ષિત હોય) આરોગ્ય કવરેજ ગુમાવવું, લગ્ન થવા અથવા બાળકને જન્મ આપવો જેવા જીવનમાં પરિવર્તન આવ્યા હોય તો, આ પાનું ભરો અને તમારી પૂરી કરેલી, સહી કરેલી અરજી સાથે તેને સામેલ કરો. જીવનના કેટલાક ફેરફારો, માર્કેટપ્લેસ દ્વારા તમારા કવચને તરત જ પ્રારંભ કરવાની મંજૂરી આપે છે. જો તમે ખુલ્લા પ્રવેશ બહાર અરજી કરી રહ્યા હોવ તો તમે આ પ્રશ્નોનો પણ આપો તેવી અમે ભલામણ કરીએ છીએ (નવેમ્બર 1 - જાન્યુઆરી 15).

આ પ્રશ્નો વૈકલ્પિક છે. જો તમારા જીવનના સંજોગો બદલાતાના હોય તો,તમે જવાબો ખાલી છોડી શકો છો. જો તમે તમે જીવન ફેરફારો અનુભવ્યા ના હોય તો પણ તમે વર્ષના કોઇ પણ સમયે મેડીકેઇડમાં અને ચિલ્ડ્રન્સ હેલ્થ ઇન્સ્યોરન્સ (CHIP) કાર્યક્રમ માટે નોંધણી કરી શકો છો. માર્કેટપ્લેસ દ્વારા વર્ષના કોઇ પણ સમયે ફેડરલ અધિકૃત આદિવાસીઓ સભ્યો અને મૂળ અલાસ્કા શેરધારકો કવરેજમાં નોંધણી કરી શકે છે.

તમારા ઘરમાં ફેરફારો વિશે અમને કહો.

1. કોઈએ પણ છેલ્લા ૬૦ દિવસોમાં આરોગ્ય કવરેજ પાત્રતા ગુમાવી હતી,અથવા આગામી ૬૦ દિવસમાં આરોગ્ય કવરેજ ની પાત્રતા ગુમાવવાની અપેક્ષા છે?

નામ (મો)	તારીખ કવરેજ પૂર્ણ થયુ અથવા સમાપ્ત થશે (મમ/દિદિ/વવવવ)
	/ /

2. છેલ્લા ૬૦ દિવસમા કોઈના લગ્ન થયા હતા?

નામ (મો)	જન્મ તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)
	/ /

a. છેલ્લા ૬૦ દિવસોમાં આ લોકોમાંના કોઇને પણ કોઈપણ સમયે લાયક આરોગ્ય કવરેજ હતું? ○ હા ○ ના

જો હા તો તમન(તમના) નામ અદ જણાવો:

3. છેલ્લા ૬૦ દિવસોમાં કોઈએ કારાવાસ (અટકાયત અથવા જેલ) માંથી મુક્તિ મેળવી હતી?

નામ (મો)	જન્મ તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)
	/ /

4. છેલ્લા ૬૦ દિવસોમાં કોઈએ માન્ય હોય તેવી ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ મેળવી હતી?

નામ (મો)	જન્મ તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)
	/ /

5. છેલ્લા ૬૦ દિવસોમાં કોઈને દત્તક લેવામાં, દત્તક માટે મૂકવામાં,અથવા પાલક સંભાળ માટે મૂકવામાં આવ્યા હતા?

નામ (મો)	જન્મ તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)
	/ /

6. છેલ્લા ૬૦ દિવસોમાં કોઈને દત્તક લેવામાં, દત્તક માટે મૂકવામાં,અથવા પાલક સંભાળ માટે મૂકવામાં આવ્યા હતા?

નામ (મો)	જન્મ તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)
	/ /

7. છેલ્લા 60 દિવસમાં કોઈએ આવ્યું છે?

નામ (મો)	જન્મ તારીખ (મમ/દિદિ/વવવવ)
	/ /

a. તમારા અગાઉના સરનામા નો ઝીપ કોડ શું છે? ○ જો તમે કોઈ વિદેશી દેશ અથવા U.S. પ્રદેશથી સ્થળાંતર કર્યું હોય તો ભરો.

b. છેલ્લા ૬૦ દિવસોમાં આ લોકોમાંના કોઇને પણ કોઈપણ સમયે લાયક આરોગ્ય કવરેજ હતું? ○ હા ○ ના

જો હા હોય તો, નીચે તેમના નામ(ઓ) દાખલ કરો:

નામ (મો)