



# Richiesta di copertura sanitaria e assistenza per il pagamento dei costi

➔ Fai richiesta più rapidamente online a [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)



## Utilizzate questo modulo per scoprire a quale copertura siete idonei

- I piani Marketplace che offrono copertura completa per aiutarti a stare bene.
- Un credito imposta che può aiutarti immediatamente a ridurre i premi per la copertura sanitaria.
- Copertura gratuita o a basso costo attraverso Medicaid o il Programma di assicurazione sanitaria per i bambini (Children's Health Insurance Program - CHIP). **Determinati livelli di reddito possono qualificarsi per programmi gratuiti o a basso costo.**



## Chi può usare questo modulo di richiesta?

- Usa questo modulo per fare richiesta per qualsiasi membro del tuo nucleo familiare.
- **Puoi fare domanda anche se tu, il tuo coniuge o tuo figlio/tua figlia avete già un'assicurazione sanitaria. Potresti avere diritto a copertura gratuita o a costo inferiore.**
- Se sei single, potresti essere in grado di usare un modulo breve. Visita [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- I nuclei familiari che includono immigranti ammissibili possono fare domanda. Puoi fare domanda per tuo figlio o tua figlia anche se tu non sei qualificato per la copertura. La richiesta non influirà sullo status di immigrazione o la possibilità di ottenere lo status di residente permanente o cittadino.
- Se ti sta aiutando qualcuno nel compilare questa richiesta, potresti dover compilare l'Appendice C.



## Ciò di cui potresti aver bisogno per fare richiesta

- Numeri di Social Security (SSN) (o numeri di documento per immigranti ammissibili che hanno bisogno di copertura).
- Informazioni su datore di lavoro e reddito per membri del nucleo familiare (per esempio buste paghe, moduli W-2, di dichiarazioni di salario e reddito).
- Numeri di polizza per assicurazioni sanitarie correnti.
- Informazioni su assicurazione sanitaria attraverso il lavoro disponibile per il nucleo familiare.



## Perché chiediamo queste informazioni?

Chiediamo informazioni su reddito e di altro tipo per informarti sulla copertura che puoi ottenere e se puoi ricevere assistenza finanziaria per pagarla. **Terremo tutte le informazioni che fornisci riservate e protette, come richiesto dalla legge.** Per la Privacy Act Statement, visitate il sito [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o consultate le istruzioni.



## Cosa succede dopo?

Fate una copia da conservare, quindi inviate il modulo completo e firmato all'indirizzo indicato a pagina 10. **Se non hai tutte le informazioni che chiediamo, firma e invia la richiesta comunque.** Invieremo un riscontro entro 1-2 settimane, e **potresti ricevere una telefonata dal Marketplace se abbiamo bisogno di altre informazioni.** Riceverai un Avviso di ammissibilità (Eligibility Notice) per posta una volta evasa la tua richiesta. Se non ricevi un nostro riscontro, contatta il Centro chiamate Marketplace. La compilazione di questo modulo di richiesta, non ti obbliga ad acquistare copertura sanitaria.



## Assistenza con la richiesta

- **Online:** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- **Telefono:** Chiama il Centro chiamate Marketplace al numero **1-800-318-2596**. Gli utenti TTY possono chiamare **1-855-889-4325**.
- **Di persona:** Puoi trovare consulenti nella tua zona in grado di aiutarti. Visita [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), oppure chiama il Centro chiamate Marketplace al numero **1-800-318-2596** per maggiori informazioni.
- **Altre lingue:** Per assistenza in una lingua diversa dall'inglese, chiama il numero **1-800-318-2596** e comunica al rappresentante dell'assistenza clienti la lingua di cui hai bisogno. Otterrai assistenza gratuita.

Avete il diritto di ottenere le vostre informazioni in un formato accessibile, come ad esempio in caratteri grandi, braille o audio. Avete anche il diritto di presentare un reclamo se ritenete di essere stati discriminati. Visitate [CMS.gov/accessibility-nondiscrimination](https://www.cms.gov/accessibility-nondiscrimination), o chiamate il numero **1-800-318-2596**. Gli utenti TTY possono chiamare il numero **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](https://www.healthcare.gov)



Scrivi in stampatello in lettere maiuscole usando solamente inchiostro nero o blu scuro.

Riempi i cerchi (○) in questo modo → ●.

## 1: Raccontaci di te.

(Deve esserci 1 adulto nel nucleo familiare come referente per la tua richiesta.)

1. Nome	Secondo nome	Cognome	Suffisso
2. Indirizzo residenziale (lascia vuoto se non hai un indirizzo).			3. Indirizzo residenziale 2
4. Città	5. Stato	6. Codice postale	7. Contea
8. Recapito postale (se diverso dall'indirizzo residenziale)			9. Recapito postale 2
10. Città	11. Stato	12. Codice postale	13. Contea
14. Numero di telefono		15. Secondo numero di telefono	
16. Vuoi ricevere informazioni su questa richiesta mediante email? ..... ○ Sì ○ No			
Indirizzo email: .....			
17. Lingua preferita: Scritta		Parlata	

## 2: Parlati del tuo nucleo familiare.

### Chi devi includere in questa richiesta?

Completa le pagine al punto 2 per ciascuna persona nel tuo nucleo familiare, anche se ha già copertura sanitaria. Le informazioni incluse in questa richiesta ci aiutano ad assicurarci che ognuno riceva la migliore copertura possibile. La quantità di aiuto o il tipo di programma a cui hai diritto dipende dal numero di membri e dal reddito complessivo del tuo nucleo familiare. La mancata inclusione di un membro, anche se questi dispone già di copertura sanitaria, potrebbe incidere sulla tua ammissibilità.

#### Per gli adulti che hanno bisogno di copertura:

Includili anche se non stanno richiedendo copertura sanitaria per se stessi:

- Coniuge
- Figli di meno di 21 anni con cui vivono, fra cui figliastri
- Qualsiasi altra persona inclusa nella stessa dichiarazione del reddito federale (inclusi figli di oltre 21 anni che sono inclusi su una diversa dichiarazione fiscale del genitore). Non devi presentare la dichiarazione del reddito per ottenere la copertura sanitaria.

#### Per i figli di meno di 21 anni che hanno bisogno di copertura:

Includili anche se non stanno richiedendo copertura sanitaria:

- Qualsiasi genitore (o matrigna/patrigno) con cui vivono
- Qualsiasi fratello con cui vivono
- Figli con cui vivono, fra cui figliastri
- Coniuge con cui vivono
- Qualsiasi altra persona inclusa nella stessa dichiarazione del reddito federale. Non devi presentare la dichiarazione del reddito per ottenere la copertura sanitaria.

### Compila il punto 2 per ciascuna persona nel tuo nucleo familiare.

Inizia da te, quindi aggiungi altri adulti e minori. Se ci sono più di 2 persone nel tuo nucleo familiare, devi copiare le pagine e allegarle.

Non devi fornire lo status di immigrazione o i numeri SSN per i membri del nucleo familiare che non hanno bisogno di copertura sanitaria. Terremo tutte le informazioni che fornisci riservate e protette, come richiesto dalla legge. Useremo le informazioni personali solamente per controllare se hai diritto alla copertura sanitaria.



**2: PERSONA 1** (Tu)

Completa il punto 2 per stesso, il tuo coniuge o la tua coniuge, o partner e individui a carico che vivono con te, e/o qualsiasi membro del tuo nucleo familiare incluso nella tua dichiarazione del reddito federale, se la presenti. Vedi a pagina 1 maggiori informazioni su chi includere. Se non presenti una dichiarazione del reddito, devi comunque includere i membri del tuo nucleo familiare.

1. Nome		Secondo nome		Cognome		Suffisso	
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>							
2. Relazione con la PERSONA 1?		3. Sei sposato/a?		4. Data di nascita (mm/gg/aaaa)		5. Sesso	
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; text-align: center;">VETJA</div>		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<input type="radio"/> Femminile <input type="radio"/> Maschile	

6. Numero di Social Security (SSN)

★ **Abbiamo bisogno del tuo SSN se vuoi copertura sanitaria e hai un SSN o puoi ottenerlo.** Usiamo gli SSN per verificare il reddito e altre informazioni per determinare l'ammissibilità all'assistenza per il pagamento della copertura sanitaria. Per maggiori informazioni o per ottenere un SSN, visita [SSA.gov](https://ssa.gov), oppure chiama Social Security al numero 1-800-772-1213. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-800-325-0778.

7. **Hai in programma di presentare una dichiarazione del reddito federale l'ANNO PROSSIMO?** Puoi richiedere la copertura anche se non presenti una dichiarazione del reddito federale.

☐ **Sì. In caso affermativo**, rispondi alle domande a-c. ☐ **NO. In caso negativo**, passa alla domanda c.

a. Presenterai una dichiarazione congiunta con un coniuge?..... ☐ Sì ☐ No

**In caso affermativo**, scrivi il nome del coniuge:

b. Dichiarerai individui a carico nella tua dichiarazione del reddito? ..... ☐ Sì ☐ No

**In caso affermativo**, scrivi il nome del o degli individui a carico:

c. Sarai elencato come individui a carico nella dichiarazione del reddito di altri?..... ☐ Sì ☐ No

**In caso affermativo**, indica il nome della persona che presenta la dichiarazione del reddito:

Qual è la tua relazione con la persona che presenta la dichiarazione del reddito?

8. Sei incinta?..... ☐ Sì ☐ No a. **In caso affermativo**, quanti nascituri sono previsti?

9. **Hai bisogno di copertura sanitaria?** Anche se hai già copertura sanitaria, potrebbe esserci un programma con una copertura migliore e costi inferiori.

☐ **Sì. In caso affermativo**, rispondi a tutte le domande qui di seguito..

☐ **NO. In caso negativo**, passa alle domande sul reddito a pagina 3.

Lascia vuoto il resto di questa pagina.

10. Hai patologie fisiche, mentali o emotive che causano limitazioni nelle tue attività (come lavarsi, vestirsi, occuparsi delle faccende di tutti i giorni, ecc.), un'esigenza medica speciale, o vivi in una struttura medica o casa di riposo? ..... ☐ Sì ☐ No

11. Sei un **cittadino statunitense** o hai la **nazionalità statunitense**?..... ☐ Sì ☐ No

12. Sei un **cittadino naturalizzato** o **derivato**? (Ciò in genere significa che non sei nato negli Stati Uniti.)

☐ **Sì. In caso affermativo**, completa a e b.

☐ **NO. In caso negativo**, passa alla domanda 13.

a. Numero registrazione straniero:

b. Numero certificato:

Una volta completati a e b, passa alla domanda 14.

13. **Se non hai la cittadinanza o nazionalità statunitense**, il tuo status di immigrazione è qualificato? ☐ **Sì**. Indica il tipo di documento e numero ID.

Vai alle istruzioni.

Tipo di documento di immigrazione	Tipo di status (opzionale)	Scrivi il tuo come come è scritto nel tuo documento di immigrazione.
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

Numero di registrazione straniero o I-94

Numero carta o numero di passaporto

SEVIS ID o data di scadenza (opzionale)

Altro (codice categoria o paese di emissione)

a. Vivi negli Stati Uniti dal 1996?..... ☐ Sì ☐ No

b. Tu, o il tuo/la tua coniuge o genitore, siete veterani o membri attivi dell'esercito statunitense? ..... ☐ Sì ☐ No

14. Desidero assistenza nel pagare le fatture mediche degli ultimi 3 mesi. .... ☐ Sì ☐ No

15. Vivi con almeno un minore di meno di 19 anni di cui ti prendi cura principalmente tu?

(Indica "sì" se tu o il tuo/la tua coniuge vi prendete cura principalmente di questo ragazzo) ..... ☐ Sì ☐ No

Elenca i nomi e le relazioni di qualsiasi minore di meno di 19 anni che vive con te nel tuo nucleo familiare:

16. Sei uno studente a tempo pieno? ..... ☐ Sì ☐ No 17. Vivevi in affidamento a o dopo i 18 anni? ..... ☐ Sì ☐ No

**Opzionale:** (La trasmissione di queste informazioni non influisce sull'idoneità, sulle opzioni del piano o sui costi)

19. Razza: ☐ Bianca ☐ Nera o afroamericana ☐ Indiana d'America o Nativa dell'Alaska ☐ Filippina ☐ Giapponese ☐ Coreana ☐ Indiana asiatica ☐ Cinese ☐ Vietnamita ☐ Altra razza asiatica ☐ Nativa delle Hawaii ☐ Guamaniana o Chamorro ☐ Samoana ☐ Altri Isolani del Pacifico ☐ Altro:



**HAI BISOGNO DI AIUTO CON LA TUA RICHIESTA??** Visita [HealthCare.gov](https://healthcare.gov), o chiama il numero 1-800-318-2596. Per assistenza in una lingua diversa dall'inglese, chiama il numero 1-800-318-2596 e comunica al rappresentante dell'assistenza clienti la lingua di cui hai bisogno. Otterrai assistenza gratuita. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-855-889-4325.

**2: PERSONA 1** (continua con le informazioni su di te)**Impiego corrente e altre informazioni**

☐ **Impiegato:** Se sei attualmente impiegato, indica il tuo reddito. Inizia dalla domanda 20.

☐ **Disoccupato:**  
Passa alla domanda 30.

☐ **Lavoratore autonomo:**  
Passa alla domanda 29.

**Impiego corrente 1:**

20. Nome del datore di lavoro

a. Indirizzo del datore di lavoro (opzionale)

b. Città

c. Stato

d. Codice postale

21. Numero di telefono del datore di lavoro

22. Salario/mance (lordi)

☐ Orario☐ Settimanale☐ Ogni 2 settimane☐ Due volte al mese☐ Mensile☐ Annuale

23. Ore lavorate in media ogni SETTIMANA

**Impiego corrente 2:** (Se hai altri impieghi e hai bisogno di spazio ulteriore, unisci un altro foglio).

24. Nome del datore di lavoro

a. Indirizzo del datore di lavoro (opzionale)

b. Città

c. Stato

d. Codice postale

25. Numero di telefono del datore di lavoro

26. Salario/mance (lordi)

☐ Orario☐ Settimanale☐ Ogni 2 settimane☐ Due volte al mese☐ Mensile☐ Annuale

27. Ore lavorate in media ogni SETTIMANA

28. **Nello scorso anno, hai:** ☐ Cambiato lavoro ☐ Smesso di lavorare ☐ Ridotto il numero di ore lavorative ☐ Niente di quanto sopra29. **Se lavori autonomamente, rispondi ad a e b:**

a. Tipo di lavoro:

b. Quanto reddito netto (profitti una volta pagate le spese di lavoro) riceverai dal tuo lavoro autonomo questo mese? Vai alle istruzioni.

30. **Altro reddito che riceverai questo mese:** Compila tutte le voci pertinenti, e indica l'importo e con quale frequenza lo ricevi. Indica qui se nessuno. ☐**NOTA:** Non devi indicare il reddito che ricevi in alimenti, pagamenti per veterani, o Supplemental Security Income (SSI).☐ Disoccupazione

Con quale frequenza?

☐ Alimenti ricevuti (**Nota:** Solamente per divorzi finalizzati prima dell'1/1/2019)

Con quale frequenza?

☐ Pensione

Con quale frequenza?

☐ Agricoltura/pesca netti

Con quale frequenza?

☐ Social Security

Con quale frequenza?

☐ Affitto/royalty netti

Con quale frequenza?

☐ Conti pensionistici

Con quale frequenza?

☐ Altro reddito, tipo:

Con quale frequenza?

31. **Detrazioni:** Compila tutte le voci pertinenti, e indica l'importo e con quale frequenza lo paghi. Se paghi per certi articoli che possono essere dettratti in una dichiarazione del reddito federale, se ce lo comunichi potresti ridurre leggermente il costo dell'assistenza sanitaria..

Non includete gli alimenti per i figli che pagate o un onere già considerato nella risposta alla domanda 29b).

☐ Alimenti pagati (**Nota:** Solamente per divorzi finalizzati prima dell'1/1/2019.)

Con quale frequenza?

☐ Altre detrazioni, tipo:

Con quale frequenza?

☐ Interesse su prestiti studenteschi

Con quale frequenza?

32. **Compilare questo modulo se il reddito varia nel corso dell'anno**, ad esempio se si svolge un lavoro solo per alcuni mesi dell'anno o se si riceve un sussidio per alcuni mesi. Se non prevedi cambiamenti del reddito mensile, passa alla persona seguente. ➔Il tuo reddito totale **quest'anno**

Il tuo reddito totale l'anno **prossimo** (se pensi che sarà diverso)
☐ Rispondi se pensi che il tuo reddito sarà difficile da prevedere.**Grazie! Questo è tutto ciò che dobbiamo sapere su di te.****HAI BISOGNO DI AIUTO CON LA TUA RICHIESTA??** Visita [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o chiama il numero 1-800-318-2596. Per assistenza in una lingua diversa dall'inglese, chiama il numero

1-800-318-2596 e comunica al rappresentante dell'assistenza clienti la lingua di cui hai bisogno. Otterrai assistenza gratuita. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-855-889-4325.



## 2: PERSONA 2

**Nota: Se questa persona non ha bisogno di copertura medica, rispondi solo alle domande 1-10 di questa pagina. Copia le pagine 4-5 se ci sono più di 2 persone nel tuo nucleo familiare.**

Completa questa pagina per il tuo o la tua coniuge, o partner e figli che vivono con te, e/o qualsiasi membro del tuo nucleo familiare incluso nella tua dichiarazione del reddito federale, se la presenti. Se non presenti una dichiarazione del reddito, devi comunque includere i membri del tuo nucleo familiare che vivono con te. Vedi a pagina 1 maggiori informazioni su chi includere.

1. Nome		Secondo nome		Cognome		Suffisso	
2. Relazione con la PERSONA 1? Vai alle istruzioni		3. La PERSONA 2 è sposata? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No		4. Data di nascita (mm/gg/aaaa)		5. Sesso <input type="radio"/> Femminile <input type="radio"/> Maschile	
6. Numero di Social Security (SSN)		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>			
<div style="text-align: center;"> <b>Ne abbiamo bisogno se vuoi copertura sanitaria per la PERSONA 2, e la PERSONA 2 ha un SSN.</b> </div>							
7. La PERSONA 2 vive allo stesso indirizzo della PERSONA 1? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No							
In caso contrario, indica l'indirizzo: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>							
8. LA PERSONA 2 ha in programma di presentare una dichiarazione del reddito federale l'ANNO PROSSIMO?? (Puoi richiedere la copertura anche se la PERSONA 2 non presenta una dichiarazione del reddito federale.)							
<input type="radio"/> <b>SÌ. In caso affermativo</b> , rispondi alle domande a-c. <input type="radio"/> <b>NO. In caso negativo</b> , passa alla domanda c.							
a. La PERSONA 2 presenterà una dichiarazione congiunta con un coniuge? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No							
In caso affermativo, scrivi il nome del coniuge: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>							
b. La PERSONA 2 dichiarerà individui a carico nella sua dichiarazione del reddito? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No							
In caso affermativo, scrivi il nome del o degli individui a carico: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>							
c. La PERSONA 2 sarà elencata come individuo a carico nella dichiarazione del reddito di altri? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No							
In caso affermativo, indica il nome della persona che presenta la dichiarazione del reddito: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>							
Qual è la relazione della PERSONA 2 con la persona che presenta la dichiarazione del reddito? <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>							
9. La PERSONA 2 è incinta? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No      a. In caso affermativo, quanti nascituri sono previsti? <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div>							
10. La PERSONA 2 ha bisogno di copertura sanitaria? (Anche se la PERSONA 2 ha già copertura sanitaria, potrebbe esserci un programma con una copertura migliore e costi inferiori.)							
<input type="radio"/> <b>SÌ. In caso affermativo</b> , rispondi a tutte le domande qui di seguito. <input type="radio"/> <b>NO. In caso negativo</b> , passa alle domande sul reddito a pagina 5. Lascia vuoto il resto di questa pagina.							
11. La PERSONA 2 ha patologie fisiche, mentali o emotive che causano limitazioni nelle sue attività (come lavarsi, vestirsi, occuparsi delle faccende di tutti i giorni, ecc.), un'esigenza medica speciale, o vive in una struttura medica o casa di riposo? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No							
12. La PERSONA 2 è un cittadino statunitense o ha la nazionalità statunitense? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No							
13. La PERSONA 2 è un cittadino naturalizzato o derivato? (Ciò in genere significa che non è nato negli Stati Uniti).							
<input type="radio"/> <b>SÌ. In caso affermativo</b> , completa a e b. <input type="radio"/> <b>NO. In caso negativo</b> , passa alla domanda 14.							
a. Numero di registrazione straniero				b. Numero certificato		Una volta completati a e b, passa alladomanda 15.	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>				<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>			
14. Se la PERSONA 2 non ha la cittadinanza o nazionalità statunitense, il suo status di immigrazione è qualificato? <input type="radio"/> SÌ. Indica il tipo di documento e numero ID.							
Vai alle istruzioni							
Tipo di documento di immigrazione:		Tipo di status (opzionale):		Scrivi il nome della PERSONA 2 esattamente come è scritto nel suo documento di immigrazione.			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>			
Numero di registrazione straniero o I-94				Numero di carta o numero di passaporto			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>				<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>			
SEVIS ID o data di scadenza (opzionale)				Altro (codice categoria o paese di emissione)			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>				<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>			
a. La PERSONA 2 vive negli Stati Uniti dal 1996? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No							
b. La PERSONA 2, o il/la sua coniuge o genitore, sono veterani o membri attivi dell'esercito statunitense? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No							
15. La PERSONA 2 desidera assistenza nel pagare le fatture mediche degli ultimi 3 mesi? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No							
16. La PERSONA 2 vive con almeno un minore di meno di 19 anni di cui si prende cura principalmente? (Indica "sì" se la PERSONA 2 si prende cura di questo ragazzo). <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No							
17. Elenca i nomi e le relazioni di qualsiasi minore di meno di 19 anni che vive con la PERSONA 2 nel nucleo familiare: (Possono essere gli stessi elencati a pagina 2.)							
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>							
La PERSONA 2 viveva in affidamento a o dopo i 18 anni? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No							
<b>Rispondi a queste domande se la PERSONA 2 ha 22 anni o meno:</b>							
18. La PERSONA 2 aveva assicurazione attraverso il lavoro e l'ha persa negli ultimi 3 mesi? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No							
a. In caso affermativo, data della fine dell'assicurazione: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>				b. Motivo della perdita di assicurazione: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>			
19. Is PERSON 2 a full-time student? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No							
<b>Opzionale: (La trasmissione di queste informazioni non influisce sull'idoneità, sulle opzioni del piano o sui costi)</b>							
21. Razza: <input type="radio"/> Bianca <input type="radio"/> Nera o afroamericana <input type="radio"/> Indiana d'america o Nativa dell'Alaska <input type="radio"/> Filippina <input type="radio"/> Giapponese <input type="radio"/> Coreana <input type="radio"/> Indiana asiatica <input type="radio"/> Cinese <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Altra razza asiatica <input type="radio"/> Nativa delle Hawaii <input type="radio"/> Guamaniana o Chamorro <input type="radio"/> Samoana <input type="radio"/> Altri Isolani del Pacifico <input type="radio"/> Altro: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>							



**HAI BISOGNO DI AIUTO CON LA TUA RICHIESTA??** Visita [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o chiama il numero 1-800-318-2596. Per assistenza in una lingua diversa dall'inglese, chiama il numero 1-800-318-2596 e comunica al rappresentante dell'assistenza clienti la lingua di cui hai bisogno. Otterrai assistenza gratuita. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-855-889-4325.

**2: PERSONA 2**

Parlaci del reddito che la PERSONA 2 riceve. Completa questa pagina anche se la PERSONA 2 non ha bisogno di copertura sanitaria.

**Impiego corrente e altre informazioni**

☐ **Impiegato:** Se la PERSONA 2 è attualmente impiegata, indica il suo reddito. Inizia dalla domanda 22.

☐ **Disoccupato:** Passa alla domanda 32.

☐ **Lavoratore autonomo:** Passa alla domanda 31.

**Impiego corrente 1:**

22. Nome del datore di lavoro

a. Indirizzo del datore di lavoro (opzionale)

b. Città

c. Stato

d. Codice postale

23. Numero di telefono del datore di lavoro

24. Salario/mance (lordi)

☐ Orario☐ Settimanale☐ Ogni 2 settimane☐ Due volte al mese☐ Mensile☐ Annuale

25. Ore lavorate in media ogni SETTIMANA

**Impiego corrente 2:** (Se hai altri impieghi e hai bisogno di spazio ulteriore, unisci un altro foglio).

26. Nome del datore di lavoro

a. Indirizzo del datore di lavoro (opzionale)

b. Città

c. Stato

d. Codice postale

27. Numero di telefono del datore di lavoro

28. Salario/mance (lordi)

☐ Orario☐ Settimanale☐ Ogni 2 settimane☐ Due volte al mese☐ Mensile☐ Annuale

29. Ore lavorate in media ogni SETTIMANA

30. **Nello scorso anno, la PERSONA 2 ha:** ☐ Cambiato lavoro ☐ Smesso di lavorare ☐ Ridotto il numero di ore lavorative ☐ Niente di quanto sopra31. **Se la PERSONA 2 lavora autonomamente, rispondi ad a e b:**

a. Tipo di lavoro:

b. Quanto reddito netto (profitti una volta pagate le spese di lavoro) riceverai dal tuo lavoro autonomo questo mese? Vai alle istruzioni.

32. **Altro reddito che la PERSONA 2 riceve questo mese:** Compila tutte le voci pertinenti, e indica l'importo e con quale frequenza lo riceve la PERSONA 2.Indica qui se nessuno. ☐ **NOTA:** Non devi indicare il reddito che la PERSONA 2 riceve in alimenti, pagamenti per veterani, o Supplemental Security Income (SSI).☐ Disoccupazione

Con quale frequenza?

☐ Alimenti ricevuti (**Nota:** Solamente per divorzi finalizzati prima dell'1/1/2019)

Con quale frequenza?

☐ Pensione

Con quale frequenza?

☐ Agricoltura/pesca netti

Con quale frequenza?

☐ Social Security

Con quale frequenza?

☐ Affitto/royalty netti

Con quale frequenza?

☐ Conti pensionistici

Con quale frequenza?

☐ Altro reddito, tipo:

Con quale frequenza?

33. **Detrazioni:** Compila tutte le voci pertinenti, e indica l'importo e con quale frequenza lo riceve la PERSONA 2. Se la PERSONA 2 paga per certi articoli che possono essere detratti in una dichiarazione del reddito federale, se ce lo comunichi potresti ridurre leggermente il costo dell'assistenza sanitaria. Non includere gli alimenti per i figli che la PERSONA 2 paga o un onere già considerato nella risposta al lavoro autonomo netto (domanda 29b).

☐ Alimenti pagati (**Nota:** Solamente per divorzi finalizzati prima dell'1/1/2019.)

Con quale frequenza?

☐ Altre detrazioni, tipo:

Con quale frequenza?

☐ Interesse su prestiti studenteschi

Con quale frequenza?

34. **Rispondi a questa domanda solamente se il reddito della PERSONA 2 cambia durante l'anno**, per esempio se lavora in un impiego parte dell'anno o riceve un benefit per alcuni mesi. Se la PERSONA 2 non prevede variazioni del proprio reddito mensile, passare alla persona successiva. ➔

Reddito totale della PERSONA 2 quest'anno

Reddito totale netto della PERSONA 2 quest'anno (se pensi che sarà diverso)

☐ Rispondi se pensi che il tuo reddito sarà difficile da prevedere.**Grazie! Questo è tutto ciò che dobbiamo sapere sulla PERSONA 2.**

**HAI BISOGNO DI AIUTO CON LA TUA RICHIESTA??** Visita [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o chiama il numero 1-800-318-2596. Per assistenza in una lingua diversa dall'inglese, chiama il numero 1-800-318-2596 e comunica al rappresentante dell'assistenza clienti la lingua di cui hai bisogno. Otterrai assistenza gratuita. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-855-889-4325.





### 3: Membro del nucleo familiare indiano d'america o nativo dell'Alaska (AI/AN)

1. Tu o un membro del tuo nucleo familiare siete indiani d'america o nativi dell'Alaska?

☐ NO. In caso negativo, passa a 4.

☐ SÌ. In caso affermativo, continua con 4, quindi completa l'Appendice B e allegala alla richiesta.

### 4: Copertura sanitaria del tuo nucleo familiare

1. Opzionale: Se hai ottenuto il credito d'imposta sui premi in un anno precedente, la tua famiglia ha presentato una dichiarazione dei redditi utilizzando le informazioni del tuo modulo 1095-A per riconciliare quei pagamenti per quell'anno?

☐ SÌ, abbiamo presentato una dichiarazione dei redditi federale e riconciliato il credito d'imposta sui premi o l'IRS ci ha concesso una proroga.

2. Un membro del tuo nucleo familiare è stato determinato non ammissibile per Medicaid o il Programma di assicurazione sanitaria per i bambini (Children's Health Insurance Program - CHIP) negli ultimi 90 giorni? (Seleziona sì solo se un membro è risultato non ammissibile per questa copertura dal tuo Stato, non dal Marketplace)..... ☐ Sì ☐ No

Chi?  Data:

O qualcuno in questa richiesta è risultato non ammissibile per Medicaid o CHIP in seguito allo status di immigrazione negli ultimi 5 anni? .....

☐ Sì ☐ No

Chi?

Qualcuno in questa richiesta ha fatto domanda di copertura durante il Periodo di iscrizione aperta del Marketplace o dopo un evento di vita ammissibile? .....

☐ Sì ☐ No

Chi?

3. Qualcuno elencato in questa richiesta ha ricevuto un'offerta di copertura sanitaria attraverso il lavoro? Seleziona sì anche se la copertura è attraverso il lavoro di un altro, come un genitore o coniuge, e anche se non accetta la copertura. Seleziona No se l'unica copertura offerta è COBRA.

☐ SÌ. Continua e quindi completa l'Appendice A.

☐ NO.

☐ Sì ☐ No

In caso affermativo, è un piano per dipendenti statali? .....

Qualcuno elencato nella domanda ha ricevuto un'offerta di copertura individuale ai sensi di un Accordo per rimborso sanitario (Health Reimbursement Arrangement - HRA) o un Qualified Small Employer HRA (QSHRA) .....

☐ Sì ☐ No

4. Qualcuno è attualmente iscritto in una copertura sanitaria?

☐ SÌ. In caso affermativo, passa alla domanda 5.

☐ NO. In caso negativo, PASSA a 5.

5. 3. Informazioni sulla copertura sanitaria corrente. (Copia questa pagina se più di due persone hanno attualmente copertura sanitaria.)

Indica il tipo di copertura, come assicurazione del datore di lavoro, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, programma sanitario VA, Peace Corps, o altro. (Non indicare TRICARE se hai Direct Care o Line of Duty).

Nome della persona iscritta nel piano di copertura sanitaria

**Tipo di copertura:**

☐ Assicurazione del datore di lavoro ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Programma sanitario VA ☐ Peace Corps ☐ Altro

**In caso di assicurazione del datore di lavoro:** (Dovrai anche completare l'Appendice A)

Nome della compagnia di assicurazione sanitaria

Polizza/Numero ID

**Se altro tipo di copertura:** ☐ Compila se è una copertura sanitaria Marketplace.

Nome della compagnia di assicurazione sanitaria

Polizza/Numero ID

È un piano a prestazioni limitate, come una polizza scolastica antinfortunistica?..... ☐ Sì ☐ No

Nome della persona iscritta nel piano di copertura sanitaria

**Tipo di copertura:**

☐ Assicurazione del datore di lavoro ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Programma sanitario VA ☐ Peace Corps ☐ Altro

**In caso di assicurazione del datore di lavoro:** (Dovrai anche completare l'Appendice A)

Nome della compagnia di assicurazione sanitaria

Polizza/Numero ID

**Se altro tipo di copertura:** ☐ Compila se è una copertura sanitaria Marketplace.

Nome della compagnia di assicurazione sanitaria

Polizza/Numero ID

È un piano a prestazioni limitate, come una polizza scolastica antinfortunistica?..... ☐ Sì ☐ No





## 5: Il tuo consenso e la tua firma

1. **Do Consenti a Marketplace di usare i tuoi dati sul reddito, fra cui informazioni ottenute dalla dichiarazioni del reddito, per i prossimi cinque anni?** ..... ☐ Sì ☐ No

Per facilitare la determinazione della tua ammissibilità per assistenza per il pagamento della copertura in futuro, puoi consentire al Marketplace di usare dati sul reddito aggiornati, fra cui informazioni ottenute dalle dichiarazioni del reddito. Il Marketplace ti invierà un avviso per permetterti di apportare modifiche. Il Marketplace controllerà per determinare la tua ammissibilità, e potrebbe chiederti di confermare che il tuo reddito è ancora qualificato. Puoi disattivare in qualsiasi momento.

**Altrimenti**, aggiorna automaticamente le mie informazioni per i prossimi: ☐ 5 anni ☐ 4 anni ☐ 3 anni ☐ 2 anni ☐ 1 anno

☐ Non usare i miei dati fiscali per rinnovare la mia ammissibilità per assistenza per la copertura sanitaria (se selezioni questa opzione la tua possibilità di ricevere assistenza per la copertura al rinnovo potrebbe essere compromessa).

2. **Qualcuno che sta richiedendo assicurazione sanitaria con questa domanda è incarcerato (detenuto o in prigione)?** ..... ☐ Sì ☐ No

**In caso affermativo**, indica il nome della persona. Il nome della persona incarcerata è:

☐ Compila qui in caso di emissione di sentenza per le imputazioni a carico della persona.

Se qualcuno nella tua richiesta è iscritto alla copertura Marketplace e viene in seguito determinato che ha un'altra copertura sanitaria qualificata (come Medicare, Medicaid o CHIP), il Marketplace sospenderà automaticamente la sua copertura sanitaria. In questo modo, se si determina che una persona ha un'altra copertura qualificata, tale individuo non rimarrà iscritto al Marketplace e non dovrà pagare il costo intero.

- ☐ Consento a Marketplace di sospendere la copertura Marketplace per gli individui inclusi nella mia richiesta che sono in questa situazione.
- ☐ Non consento a Marketplace di sospendere la copertura Marketplace in questa situazione. So che le persone interessate incluse nella mia richiesta non saranno più ammissibili per assistenza finanziaria e devono pagare il costo intero per il piano Marketplace.

### Se qualcuno incluso nella richiesta è ammissibile per Medicaid:

- Do all'agenzia Medicaid il diritto di perseguire e ottenere pagamento da altre assicurazioni sanitarie, composizioni di vertenze, o altri terzi. In aggiunta, do all'agenzia Medicaid il diritto di perseguire e ottenere supporto medico da un coniuge o genitore.
- Un minore incluso in questa richiesta ha un genitore che non vive nella stessa casa? ..... ☐ Sì ☐ No
- In caso affermativo, so che mi verrà chiesto di collaborare con l'agenzia che riscuote il supporto medico da parte di un genitore assente. Se ritengo che la collaborazione per ottenere il supporto medico metta a rischio me o i miei figli, posso notificare Medicaid e potrei essere esente dalla collaborazione.
- Firmo questa richiesta sotto pena di spergiuro, che significa che tutte le mie risposte su questo modulo sono veritiere in fede e coscienza. So che posso essere punito a norma della legge federale se fornisco intenzionalmente risposte false o inaccurate.
- So che sono tenuto a comunicare al mercato delle assicurazioni sanitarie (Marketplace) entro 30 giorni eventuali cambiamenti (o differenze) relativamente a quanto ho scritto su questa richiesta. Posso visitare [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o chiamare il numero **1-800-318-2596** per segnalare eventuali cambiamenti. Mi rendo conto che un cambiamento delle mie informazioni potrebbe incidere sulla mia ammissibilità e su quella dei membri del mio nucleo familiare.
- So che secondo la legge federale, la discriminazione non è consentita sulla base di razza, colore, origine nazionale, sesso, età o disabilità. Posso presentare un reclamo per discriminazione visitando il sito [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint).
- So che le informazioni in questo modulo, saranno usate solamente per determinare l'ammissibilità per copertura sanitaria, assistenza per il pagamento della copertura (se richiesto) e per fini legali del Marketplace e programmi di assistenza per il pagamento della copertura.

Abbiamo bisogno di queste informazioni per verificare la tua ammissibilità per assistenza nel pagamento della copertura sanitaria se decidi di fare domanda. Verificheremo le tue risposte usando le informazioni nei nostri database elettronici dell'Agenzia delle entrate federale (Internal Revenue Service - IRS), Social Security, Dipartimento della sicurezza interna (Department of Homeland Security) e/o un'agenzia di rilevazione dei clienti. Se le informazioni non corrispondono, potremmo chiederti di inviare conferma.

### Cosa devo fare se penso che il mio Avviso di ammissibilità non è corretto?

Riceverete un avviso di idoneità per posta dopo l'elaborazione della vostra domanda. Se non sei d'accordo su quello per cui sei ammissibile, in molti casi puoi fare ricorso. Leggi il tuo Avviso di ammissibilità per istruzioni per ricorsi, specifiche per ciascuna persona nel tuo nucleo familiare che fa richiesta di copertura, fra cui quanti giorni hai per presentare ricorso. Nel seguito sono incluse informazioni da prendere in considerazione quando si presenta un ricorso:

- Se desideri, puoi chiedere ad altri di presentare o partecipare al tuo ricorso. Tale persona può essere un amico, parente, avvocato o altri. Oppure puoi presentare e fare ricorso autonomamente.
- Se fai ricorso, potresti essere in grado di mantenere la tua ammissibilità per la copertura mentre il tuo ricorso è pendente.
- L'esito di un ricorso potrebbe cambiare l'ammissibilità per altri membri del nucleo familiare.

Per presentare ricorso relativamente alla tua ammissibilità per il Marketplace, visita [HealthCare.gov/marketplace-appeals](https://www.healthcare.gov/marketplace-appeals). Oppure, chiama il Centro chiamate Marketplace al numero **1-800-318-2596**. Gli utenti TTY possono chiamare il numero **1-855-889-4325**. Puoi anche spedire un modulo di richiesta di ricorso o una lettera che richiede un ricorso a **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Puoi presentare ricorso relativamente all'ammissibilità per l'acquisto della copertura sanitaria attraverso il Marketplace, periodi di iscrizioni, crediti fiscali, riduzione di condivisione costi, Medicaid, e CHIP, se ti sono rifiutati. Se sei ammissibile per crediti fiscali o riduzioni di condivisione dei costi, puoi presentare ricorso relativamente all'importo che abbiamo determinato per la tua ammissibilità. A seconda del tuo Stato, potresti essere in grado di presentare ricorso attraverso il Marketplace o è possibile che tu debba presentare il ricorso con Medicaid o l'agenzia CHIP statale.

### La PERSONA 1 deve firmare questa richiesta.

Se sei un rappresentante autorizzato, puoi firmare sempre che la PERSONA 1 abbia firmato l'Appendice C

Firma	Data firmato (mm/dd/aaaa)

Se stai firmando questa richiesta al di fuori del periodo di Iscrizione aperta (1 novembre-15 gennaio) assicurati di leggere l'Appendice D ("Domande su cambiamenti di vita").





## 6: Spedisci la richiesta completata



Spedisci la tua richiesta completata a:

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



Se vuoi registrarti per le elezioni, puoi completare un modulo apposito a [eac.gov](http://eac.gov).

## Ottieni assistenza in una lingua diversa dall'inglese

Se tu o qualcuno che aiuti ha domande su Marketplace®, hai di diritto di ottenere assistenza e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, chiama il numero **1-800-318-2596**.

Segue un elenco delle lingue disponibili e lo stesso messaggio di cui sopra in tali lingue:

### 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.

**Informativa PRA:** Ai sensi della legge sulla riduzione dei documenti cartacei del 1995, nessuno è tenuto a rispondere a una raccolta di informazioni a meno che non abbia un numero di controllo OMB valido. Il numero OMB valido per questa raccolta di informazioni è 0938-1191. Il tempo necessario stimato per la raccolta di queste informazioni è 45 minuti in media per risposta, incluso il tempo per leggere le istruzioni, cercare nelle risorse dati esistenti, raccogliere i dati necessari e completare e controllare la raccolta di informazioni. Commenti sull'accuratezza del tempo stimato o suggerimenti per il miglioramento di questo modulo, devono essere inviati a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



**HAI BISOGNO DI AIUTO CON LA TUA RICHIESTA??** Visita [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov), o chiama il numero **1-800-318-2596**. Per assistenza in una lingua diversa dall'inglese, chiama il numero **1-800-318-2596** e comunica al rappresentante dell'assistenza clienti la lingua di cui hai bisogno. Otterrai assistenza gratuita. Gli utenti TTY possono chiamare il numero **1-855-889-4325**.

**Ottieni assistenza in una lingua diversa dall'inglese (segue)****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、通訳とお話してください。

**Informativa PRA:** Ai sensi della legge sulla riduzione dei documenti cartacei del 1995, nessuno è tenuto a rispondere a una raccolta di informazioni a meno che non abbia un numero di controllo OMB valido. Il numero OMB valido per questa raccolta di informazioni è 0938-1191. Il tempo necessario stimato per la raccolta di queste informazioni è 45 minuti in media per risposta, incluso il tempo per leggere le istruzioni, cercare nelle risorse dati esistenti, raccogliere i dati necessari e completare e controllare la raccolta di informazioni. Commenti sull'accuratezza del tempo stimato o suggerimenti per il miglioramento di questo modulo, devono essere inviati a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



**HAI BISOGNO DI AIUTO CON LA TUA RICHIESTA??** Visita [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o chiama il numero **1-800-318-2596**. Per assistenza in una lingua diversa dall'inglese, chiama il numero **1-800-318-2596** e comunica al rappresentante dell'assistenza clienti la lingua di cui hai bisogno. Otterrai assistenza gratuita. Gli utenti TTY possono chiamare il numero **1-855-889-4325**.



## Appendice A: Copertura sanitaria attraverso il lavoro

**NON** devi rispondere a queste domande a meno che un membro del tuo nucleo familiare non sia ammissibile per la copertura sanitaria attraverso il lavoro, anche se non accetta la copertura. In aggiunta non devi rispondere a queste domande se l'unica assicurazione offerta è COBRA. Allega una copia di questa pagina per ciascun impiego che offre copertura.

### Descrivi l'impiego che offre copertura.

Copia questa pagina e consegnala al datore di lavoro che offre copertura in modo che ti aiuti a rispondere a queste domande.

#### Informazioni sul dipendente

1. Nome del dipendente (nome, secondo nome, cognome)	2. Social Security Number (SSN) del dipendente
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Informazioni sul datore di lavoro

3. Nome del datore di lavoro/dell'azienda	
<input type="text"/>	
4. Numero di identificazione fiscale del datore di lavoro (Employer Identification)	5. Numero di telefono del datore di lavoro
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Ora, inserisci i dati della persona o del reparto che gestisce i benefici al dipendente. Potremmo contattare questa persona se abbiamo bisogno di altre informazioni:**

6. Persona o reparto che possiamo contattare sulla copertura sanitaria del dipendente	
<input type="text"/>	
7. Indirizzo del datore di lavoro (il Marketplace potrebbe inviare avvisi a questo indirizzo)	
<input type="text"/>	
8. Città	9. Stato
<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Codice postale	
<input type="text"/>	
11. Numero di telefono (se diverso da quanto indicato sopra)	12. Indirizzo email
<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. Al dipendente viene offerta la copertura sanitaria dal datore di lavoro? Selezionare "sì" solamente se riceve un'offerta di copertura a partire dal prossimo mese, o dal primo gennaio se la richiesta viene presentata durante l'iscrizione aperta. (1 Novembre - 15 Gennaio).

☐ SÌ (Continue)

☐ NO (DATORE DI LAVORO: FINE DELLE DOMANDE, restituire questo modulo al dipendente  
DIPENDENTE: Ritorna alla richiesta per la copertura Marketplace).

**Il tuo datore di lavoro offre un piano sanitario che copre il coniuge del dipendente o individui a carico?**

☐ SÌ. In caso affermativo, chi? ☐ Coniuge ☐ Individui a carico ☐ NO (passa alla domanda 14).

**Elencare i nomi di chiunque altro nel nucleo familiare del dipendente ammissibile per la copertura attraverso questo lavoro.**

Nome:  Nome:  Nome:

### Descrivi la copertura sanitaria offerta da questo datore di lavoro.

14. Il datore di lavoro offre un'assicurazione sanitaria che soddisfa il valore minimo standard*?	
<input type="radio"/> SÌ (passa alla domanda 15) <input type="radio"/> NO (FINE DELLE DOMANDE restituire questo modulo al dipendente).	
15. Quanto pagherebbe il dipendente per il piano meno costoso offerto <b>solamente al dipendente</b> che soddisfa il valore minimo standard*? Non includere piani familiari.	
a. Il dipendente pagherebbe questo premio: \$ <input type="text"/>	
<b>NOTA:</b> Inserire l'importo minimo che il dipendente potrebbe pagare per la copertura sanitaria.	
b. Il dipendente pagherebbe <input type="radio"/> Ogni settimana <input type="radio"/> Ogni 2 settimane <input type="radio"/> Due volte al mese <input type="radio"/> Una volta al mese <input type="radio"/> Una volta ogni tre mesi <input type="radio"/> Una volta all'anno	
16. <b>Se per la domanda 13 sono elencati altri membri del nucleo familiare:Non includere piani familiari:</b> quanto pagherebbe il dipendente per il piano più economico che copre il dipendente e i membri del nucleo familiare elencati nella domanda 13? Se il datore di lavoro offre programmi di benessere, inserire il premio che il dipendente pagherebbe se ottenesse lo sconto massimo per i programmi di disassuefazione dal tabacco e non ottenesse altri sconti basati sui programmi di benessere.	
a. Il dipendente pagherebbe questo premio: \$ <input type="text"/>	
b. Il dipendente pagherebbe <input type="radio"/> Ogni settimana <input type="radio"/> Ogni 2 settimane <input type="radio"/> Due volte al mese <input type="radio"/> Una volta al mese <input type="radio"/> Una volta ogni tre mesi <input type="radio"/> Una volta all'anno	

\*Un piano sanitario soddisfa il valore standard minimo se rimborsa almeno 60% del costo totale dei servizi medici per una popolazione standard e offre una copertura sostanziale per servizi ospedalieri e medici. Quasi tutti i piani offerti attraverso il lavoro soddisfano il valore minimo standard.



**HAI BISOGNO DI AIUTO CON LA TUA RICHIESTA??** Visita [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o chiama il numero 1-800-318-2596. Per assistenza in una lingua diversa dall'inglese, chiama il numero 1-800-318-2596 e comunica al rappresentante dell'assistenza clienti la lingua di cui hai bisogno. Otterrai assistenza gratuita. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-855-889-4325.



## Appendice B:

---



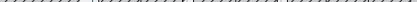
Questa sezione è riservata a un consulente certificato, navigatore, agente o intermediario che compila questa applicazione per altri.

1. Data di inizio della richiesta (mm/dd/yyyy)	
<div></div>	
2. Nome, secondo nome, cognome, e suffisso	
<div></div>	
3. Nome dell'organizzazione	
<div></div>	
4. Numero ID (se applicabile)	5. Solamente Agenti/Intermediari: Numero NPN
<div></div>	<div></div>

Puoi dare il permesso a una persona di fiducia di parlare di questa richiesta con noi, vedere le tue informazioni, e agire per te per quanto riguarda questa richiesta, fra cui ottenere informazioni sulla tua richiesta, e firmare la tua richiesta per tuo conto. Questa persona viene denominata “rappresentante autorizzato”. Se devi cambiare o rimuovere il tuo rappresentante autorizzato, contatta il Marketplace. I rappresentanti nominati per qualcuno su questa richiesta devono presentarne prova con la richiesta.

1. Nome del rappresentante autorizzato (nome, secondo nome, cognome)									
2. Indirizzo						3. Indirizzo residenziale 2			
4. Città						5. Stato		6. Codice postale	
7. Numero di telefono									
8. Nome dell'organizzazione									
9. Numero ID (se applicabile)									

Firmando, consenti a questa persona di firmare la tua richiesta, ottenere informazioni ufficiali su questa richiesta e agire per tuo conto su tutte le questioni future connesse a questa richiesta.

<b>10. Firma della PERSONA 1 elencata su questa richiesta</b> 	<b>11. Data firmata (mm/dd/aaaa)</b> 
---	---







## Appendice D: Domande sui cambiamenti di vita

**(Devi completare il resto di questa richiesta insieme a questa pagina. Non presentare questa pagina da sola).**

Se qualcuno elencato in questa richiesta ha un cambiamento di vita—come perdita della copertura sanitaria, matrimonio, nascita di un figlio—negli ultimi 60 giorni (O lo prevede nei prossimi 60 giorni), compila questa pagina e includila con la tua richiesta completata e firmata. Alcuni cambiamenti di vita consentono alla tua copertura attraverso Marketplace di iniziare immediatamente. Raccomandiamo inoltre che tu risponda a queste domande se fai richiesta al di fuori dell'iscrizione aperta (1 Novembre - 15 Gennaio).

Queste domande sono opzionali. Se le tue circostanze di vita non sono cambiate, puoi lasciare vuote le risposte. Puoi iscriverti a Medicaid e al Programma di assicurazione per i bambini (Children's Health Insurance Program - CHIP) in qualsiasi periodo dell'anno, anche se la tua vita non cambia. I membri di tribù riconosciuti a livello federale e gli Indigeni dell'Alaska possono iscriversi nella copertura attraverso il Marketplace in qualsiasi periodo dell'anno.

### Descrivi i cambiamenti nel tuo nucleo familiare

**1. Qualcuno ha perso la copertura sanitaria qualificata negli ultimi 60 giorni o prevede di perdere la copertura sanitaria qualificata nei prossimi 60 giorni?**

Nome o nomi	Data del termine della copertura (mm/gg/aaaa)

**2. Qualcuno si è sposato negli ultimi 60 giorni?**

Nome o nomi	Data (mm/gg/aaaa)

**a. Qualcuno di questi individui aveva copertura sanitaria qualificata in qualsiasi momento degli ultimi 60 giorni?** ..... ☐ Sì ☐ No

**In caso affermativo, indica il o i nomi qui sotto:**

Nome o nomi

**3. Qualcuno è stato rilasciato (detenzione o prigione) negli ultimi 60 giorni?**

Nome o nomi	Data (mm/gg/aaaa)

**4. Qualcuno ha ottenuto lo status di immigrazione ammissibile negli ultimi 60 giorni?**

Nome o nomi	Data (mm/gg/aaaa)

**5. Qualcuno è stato adottato, collocato in adozione o affidamento negli ultimi 60 giorni?**

Nome o nomi	Data (mm/gg/aaaa)

**6. Qualcuno è diventato un individuo a carico in seguito ad alimenti o altro ordine di tribunale negli ultimi 60 giorni?**

Nome o nomi	Data (mm/gg/aaaa)

**7. Qualcuno si è traslocato negli ultimi 60 giorni?**

Nome o nomi	Data del trasloco (mm/gg/aaaa)

**a. Qual è il codice postale del tuo indirizzo precedente?** ☐ Compila qui se ti sei traslocato da una nazione estera o da un territorio degli Stati Uniti.

--

**b. Uno di questi individui aveva copertura sanitaria qualificata in un momento qualsiasi degli ultimi 60 giorni?** ..... ☐ Sì ☐ No

**In caso affermativo, indica sotto il o i nomi:**

Nome o nomi

