



Wniosek o Ubezpieczenie Zdrowotne & Dofinansowanie na Pokrycie Kosztów

➔ **Złóż wniosek na stronie [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) będzie szybciej**



Użyj tego wniosku, aby dowiedzieć się, do jakiego ubezpieczenia się kwalifikujesz

- Plany Marketplace (Giełdy Ubezpieczeń) oferujące kompleksowe ubezpieczenie, które pomoże Ci żyć w zdrowiu.
- Kredyt podatkowy, który może natychmiast obniżyć Twoje składki na ubezpieczenie zdrowotne.
- Bezpłatne lub tanie ubezpieczenie poprzez Medicaid lub Program ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci (Children's Health Insurance Program, CHIP). **Niektóre poziomy dochodów mogą kwalifikować do darmowych lub tanich programów.**



Kto może wypełnić ten wniosek?

- Użyj tego wniosku dla dowolnej osoby w Twoim gospodarstwie domowym.
- **Złóż wniosek, nawet jeśli Ty, Twój współmałżonek lub dziecko macie już ubezpieczenie zdrowotne. Być może kwalifikujesz się do uzyskania bezpłatnego lub taniego ubezpieczenia.**
- Osoby stanu wolnego mogą skorzystać z krótkiego formularza. Odwiedź [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Wniosek mogą składać gospodarstwa domowe, w których mieszkają kwalifikujący się imigranci. Możesz złożyć wniosek dla swojego dziecka, nawet jeśli Ty nie kwalifikujesz się do ubezpieczenia. Złożenie wniosku nie wpływa na Twój status imigracyjny ani na szanse uzyskania statusu stałego mieszkańca lub obywatela.
- Jeśli ktoś pomaga Ci wypełnić ten wniosek, być może będzie potrzebna wypełnienia Załącznika C.



Co jest potrzebne do złożenia wniosku

- Numery ubezpieczenia społecznego (SSN) (lub numery dokumentu dla wszystkich kwalifikujących się imigrantów, którzy potrzebują ubezpieczenia).
- Informacje o pracodawcy i o dochodach dla wszystkich osób w gospodarstwie domowym (np. z pasków wypłat, formularzy W-2 lub oświadczeń o zarobkach i deklaracji podatkowych).
- Numery obecnej polisy ubezpieczenia zdrowotnego.
- Informacje na temat ewentualnego ubezpieczenia zdrowotnego związanego z pracą, które jest dostępne dla Twojego gospodarstwa domowego.



Dlaczego pytamy o te informacje?

Zadajemy pytania odnośnie dochodu i innych kryteriów aby sprawdzić rodzaj zakresu świadczeń na jaki się kwalifikujesz i czy możesz otrzymać dofinansowanie na opłatę ubezpieczenia. **Zapewniamy bezpieczeństwo i prywatność Twoich danych zgodnie z prawem.** Oświadczenie wynikające z ustawy o ochronie prywatności (Privacy Act Statement) można znaleźć na stronie [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lub zapoznać się z instrukcjami.



Co następuje dalej?

Zrób kopię i zachowaj ją dla siebie, a następnie wyślij wypełniony i podpisany wniosek na adres podany na stronie 8. **Podpisz i wyślij wniosek mimo brakujących informacji.** W celu uzupełnienia informacji skontaktujemy się z Tobą w ciągu 1-2 tygodni. **W tym samym celu możesz też otrzymać telefon z Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych.** Po przetworzeniu Twojego wniosku otrzymasz pocztą zawiadomienie z informacją, czy się kwalifikujesz. Jeśli nie dostaniesz od nas wiadomości, skontaktuj się z infolinią Marketplace. Wypełnienie tego wniosku nie oznacza, że musisz kupić ubezpieczenie zdrowotne.



Uzyskaj pomoc w wypełnieniu tego wniosku

- **Drogą internetową:** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- **Telefonicznie:** Zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych pod **1-800-318-2596**. Użytkownicy TTY (niedosłyszający) mogą dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.
- **Osobiście:** Być może dostępni są w Twojej okolicy konsultanci służący pomocą. Odwiedź [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lub po więcej informacji zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych pod **1-800-318-2596**.
- **W innych językach:** Jeśli potrzebujesz pomocy w języku innym niż angielski, zadzwoń pod **1-800-318-2596** i poproś o bezpłatnego tłumacza języka jakim się posługujesz.

Masz prawo uzyskać informacje o sobie w formacie z ułatwieniami dostępu, takim jak duża czcionka, alfabet Braille'a lub nagranie dźwiękowe. Przysługuje Ci również prawo do złożenia skargi, jeśli uważasz, że spotkałeś(-aś) się z dyskryminacją. Wejdź na stronę [CMS.gov/accessibility-nondiscrimination](https://www.cms.gov/accessibility-nondiscrimination) lub zadzwoń pod numer **1-800-318-2596**. Użytkownicy telefonów tekstowych TTY (osoby niedosłyszające) mogą dzwonić pod numer **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



Wypełnić drukowanymi literami, używając wyłącznie czarnego lub ciemnoniebieskiego tuszu.

Wypełnij kółka w następujący sposób (○) → ●.

Krok 1: Powiedz nam coś o sobie.

(Jedna dorosła osoba z Twojego gospodarstwa domowego musi zostać osobą kontaktową w sprawie Twojego wniosku).

1. Pierwsze Imię	Drugie Imię	Nazwisko	Sufiks
2. Adres zamieszkania (pomiń jeśli nie posiadasz adresu.)			3. Adres zamieszkania 2
4. Miasto	5. Stan	6. Kod pocztowy	7. Hrabstwo
8. Adres pocztowy (jeśli inny od wyżej podanego)			9. Adres pocztowy 2
10. Miasto	11. Stan	12. Kod pocztowy	13. Hrabstwo
14. Numer telefonu		15. Drugi numer telefonu	
16. Czy chcesz otrzymać informacje odnośnie tego wniosku przez e-mail?..... ☐ Tak ☐ Nie			
Adres e-mailowy:			
17. Preferowany język:	Pisany	Mówiony	

Krok 2: Opowiedz nam o swoich domownikach.

Kogo musisz uwzględnić w tym wniosku?

Wypełnij strony w kroku 2 dla każdej osoby w Twoim gospodarstwie domowym, nawet jeśli dana osoba posiada ubezpieczenie zdrowotne. Informacje podane w niniejszym wniosku pomogą nam zaoferować wszystkim najodpowiedniejsze ubezpieczenie. Zakres pomocy lub rodzaj programu, do którego się kwalifikujesz, zależy od Twoich domowników i od dochodu gospodarstwa domowego. Jeśli kogoś nie uwzględniś, nawet jeśli ma już ubezpieczenie zdrowotne, może to mieć wpływ na wyniki kwalifikacji.

Osoby dorosłe potrzebujące zakresu świadczeń:

Uwzględnij te osoby **nawet jeśli same nie ubiegają się o ubezpieczenie zdrowotne:**

- Małżonkowie
- Mieszkający wspólnie syn lub córka w wieku poniżej 21, tym dzieci adoptowane
- Inna osoba widniejąca w tym samym rozliczeniu podatkowym (łącznie z dziećmi powyżej 21 roku życia rozliczającymi się razem z rodzicami). Nie musisz składać zeznania podatkowego aby ubiegać się o ubezpieczenie zdrowotne.

Dzieci poniżej 21 roku życia potrzebujące ubezpieczenia:

Uwzględnij te osoby **nawet jeśli same nie ubiegają się o ubezpieczenie zdrowotne:**

- Rodzice (lub przybrani rodzice) z którymi mieszkają
- Rodzeństwo z którym mieszkają
- Syn lub córka z którymi mieszkają, włączając pasierbów
- Mieszkający wspólnie współmałżonek
- Inna osoba widniejąca w tym samym federalnym zeznaniu podatkowym. Nie musisz składać zeznania podatkowego aby ubiegać się o ubezpieczenie zdrowotne.

Podaj informacja w Kroku 2 dla każdej osoby w Twoim gospodarstwie domowym.

Zacznij od siebie, a następnie dodaj inne osoby dorosłe i dzieci. Jeśli Twoje gospodarstwo domowe liczy więcej niż 2 osoby, musisz wykonać kopię tych stron i dołączyć je.

Nie musisz podawać statusu imigracyjnego ani numerów ubezpieczenia społecznego (SSN) członków gospodarstwa domowego, którzy nie potrzebują ubezpieczenia zdrowotnego. Wszystkie podane przez Ciebie informacje będziemy przechowywać z zachowaniem wymaganych przez prawo zasad poufności i bezpieczeństwa. Będziemy używać danych osobowych wyłącznie w celu sprawdzenia, czy kwalifikujesz się do ubezpieczenia zdrowotnego.



POTRZEBUJESZ POMOCY W WYPEŁNIANIU TEGO WNIOSKU? Odwiedź [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), lub zadzwoń do nas pod **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebujesz pomocy w języku innym niż angielski, zadzwoń pod **1-800-318-2596** i poproś o bezpłatnego tłumacza języka jakim się posługujesz. Użytkownicy TTY mogą dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.



Krok 2: OSOBA 1 (Zacznij od siebie.)

Podaj informacja w Kroku 2 dla siebie, swojego współmałżonka/partnera oraz osób na Twoim utrzymaniu, które mieszkają z Tobą i/lub dla osób, które są umieszczone na Twojej deklaracji w sprawie federalnego podatku dochodowego, o ile taką składasz. Więcej informacji o tym, kogo uwzględnić, znajduje się na stronie 1. Jeśli nie składasz zeznania podatkowego, pamiętaj, żeby tak czy inaczej uwzględnić osoby z Twojego gospodarstwa domowego.

1. Imię		Drugie Imię		Nazwisko		Sufiks	
2. Stopień pokrewieństwa z OSOBĄ 1?		3. Czy jesteś zamężna/zonaty?		4. Data urodzenia (mm/dd/yyyy)		5. Płeć	
☐ SAM/SAMA		☐ Tak ☐ Nie				☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	

6. Numer Social Security (SSN)   

 **Potrzebujemy numeru ubezpieczenia społecznego (SSN), jeśli chcesz ubezpieczenia zdrowotnego i masz numer SSN lub możesz go otrzymać.** Używamy numerów SSN do sprawdzenia dochodów oraz innych informacji, aby określić, kto kwalifikuje się do uzyskania pomocy w placeniu za ubezpieczenie zdrowotne. Aby uzyskać więcej informacji na temat uzyskania numeru SSN, wejdź na stronę **SSA.gov**, lub zadzwoń do ubezpieczenia społecznego pod numer 1-800-772-1213. Użytkownicy TTY (nieosoby słyszące) mogą dzwonić pod numer 1-800-325-0778.

7. Czy planujesz złożyć federalne zeznanie podatkowe w PRZYSZŁYM ROKU? Nadal możesz ubiegać się o zakres świadczeń nawet jeśli nie złożysz federalnego zeznania podatkowego.

☐ **TAK. Jeśli tak**, wypełnij punkty od a do c. ☐ **NIE. Jeśli nie**, przejdź do punktu c.

a. Czy zeznanie podatkowe złożysz razem z współmałżonkiem? ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli tak, wpisz imię i nazwisko współmałżonka:

b. Czy zeznanie podatkowe będzie zawierać inne osoby będące na Twoim utrzymaniu? ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli tak, wymień imiona i nazwiska osób będących na Twoim utrzymaniu:

c. Czy Ty będziesz widniał/a na czyimś zeznaniu podatkowym jako osoba na utrzymaniu? ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli tak, wpisz imię i nazwisko podatnika
Jaki jest stopień pokrewieństwa między Tobą a osobą składającą zeznanie podatkowe?

8. Czy jesteś w ciąży?..... ☒ Tak ☐ Nie a. **Jeśli tak**, ile dzieci oczekujesz podczas tej ciąży?

9. Czy potrzebujesz ubezpieczenie zdrowotne? Nawet jeśli posiadasz już świadczenia, może istnieć inny program z lepszym zakresem świadczeń lub o niższych kosztach.

☐ **TAK. Jeśli tak**, odpowiedź na wszystkie pytania poniżej. ☐ **NIE. Jeśli nie**, przejdź do pytań odnośnie dochodu na stronie 3. Pozostaw resztę tej strony pustą.

10. Czy masz schorzenie fizyczne, psychiczne lub emocjonalne, które powoduje ograniczenia w czynnościach (np. kąpiel, ubieranie się, codzienne obowiązki itp.), potrzebuje specjalnej opieki zdrowotnej lub mieszka w placówce medycznej albo w domu opieki?..... ☐ Tak ☐ Nie

11. Czy jesteś **obywatelem Stanów Zjednoczonych** czy osoba **narodowości Stanów Zjednoczonych**?..... ☐ Tak ☐ Nie

12. Czy jesteś **obywatelem przez proces naturalizacji** czy z **pochodzenia**? (To zwykle znaczy, że urodziłeś się poza terytorium Stanów Zjednoczonych)

☐ TAK. Jeśli tak, wypełnij a i b. ☐ NIE. Jeśli nie, przejdź do pytania 13.

a. Numer Zielonej Karty:

A horizontal rectangular bar filled with diagonal hatching lines sloping from the top-left to the bottom-right. There are eight vertical tick marks spaced evenly along the top edge of the bar.

b. Numer Certyfikatu:

Po wypełnieniu a i b przejdź do pytania 14.

13. **Jeśli nie jesteś obywatelem amerykańskim lub osobą pochodzenia amerykańskiego, czy posiadasz uprawniający status imigracyjny?** ☐ TAK. Wpisz rodzaj dokumentu i numer ID. Przejdź do instrukcji.

Rodzaj dokumentu migracyjnego	Rodzaj statusu (dobrowolnie)	Wpisz imię i nazwisko tak jak widnieje w dokumencie migracyjnym.

Numer Zielonej Karty lub numer I-94										Numer karty lub numer paszportu									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEVIS ID lub data ważności (dobrowolne)	Inne (kod kategorii lub kraj wydania)
---	---------------------------------------

a. Czy mieszkłaś/eś w U.S. od 1996? ☒ Tak ☐ Nie

b. Czy Ty, Twój współmałżonek lub rodzic jesteście weteranami lub aktywnymi w służbie wojskowej Stanów Zjednoczonych? ☒ Tak ☐ Nie

14. Czy potrzebujesz pomocy w opłaceniu rachunków medycznych z ostatnich 3 miesięcy? ☒ Tak ☐ Nie

15. Czy mieszkasz razem z przynajmniej jednym dzieckiem poniżej 19 roku życia i jesteś głównym opiekunem tego dziecka?
(Wybierz "tak" jeśli Ty lub Twój współmałżonek opiekujecie się dzieckiem.) ☐ Tak ☐ Nie

Podaj imiona i nazwiska dzieci w wieku do lat 19, które mieszkają z Tobą w Twoim gospodarstwie domowym, oraz rodzaj pokrewieństwa:

16. Czy jesteś studentem w pełnym wymiarze godzin? ☒ Tak ☐ Nie

Nieobowiązkowe: (Podanie tych informacji nie ma wpływu na kwalifikowalność, opcje planu ani koszty).

19. Rasa: ☐ Biała ☐ Czarna lub Afrykańsko-Amerykańska ☐ Amerykańsko-Indyjska lub Rodowita pochodząca z Alaski ☐ Filipińczyk ☐ Japończyk ☐ Koreańczyk
☐ Indianin Azjatycki ☐ Chińczyk ☐ Wietnamczyk ☐ Inna rasa Azjatycka ☐ Rodowity Hawajczyk ☐ Guamańczyk lub Chamorro ☐ Samoańczyk ☐ Inny krajowiec Wysp Pacyfiku
☐ Inna rasa

❓ POTRZEBUJESZ POMOCY W WYPEŁNIANIU TEGO WNIOSKU ? Odwiedź [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), lub zadzwoń do nas pod **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebujesz pomocy w języku innym niż angielski, zadzwoń pod **1-800-318-2596** i poproś o bezpłatnego tłumacza języka jakim się posługujesz. Użytkownicy TTY mogą dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

**Krok 2: OSOBA 1 (Kontynuuj o sobie)****Obecna praca i informacje o zarobkach**

☐ **Zatrudniony/a:** Jeśli jesteś zatrudniony(-a), opisz nam swoje dochody. Zacznij od pozycji 20.

☐ **Niezatrudniony/a:**
Przejdź do pozycji 30.

☐ **Samozatrudniony/a:**
Przejdź do pozycji 29.

Obecna praca 1:

20. Nazwa pracodawcy

a. Adres pracodawcy (opcjonalnie)

b. Miasto

c. Stan

d. Kod pocztowy

21. Numer telefonu pracodawcy

22. Płace i napiwki(przed opodatkowaniem)

\$

☐ Na godzinę☐ Tygodniowo☐ Co 2 tygodnie☐ 2 razy w miesiącu☐ Miesięcznie☐ Rocznie

23. Średnia ilość godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

Obecna praca 2: (jeśli wykonujesz dodatkowe prace i potrzebujesz więcej miejsca, dołącz dodatkową kartkę papieru.)

24. Nazwa pracodawcy

a. Adres pracodawcy (opcjonalnie)

b. Miasto

c. Stan

d. Kod pocztowy

25. Numer telefonu pracodawcy

26. Płace i napiwki(przed opodatkowaniem)

\$

☐ Na godzinę☐ Tygodniowo☐ Co 2 tygodnie☐ 2 razy w miesiącu☐ Miesięcznie☐ Rocznie

27. Średnia ilość godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

28. Czy w ostatnim roku: ☐ Zmieniałeś/aś pracę ☐ Przestałeś/aś pracować ☐ Zacząłeś/aś pracować w niższym wymiarze godzin ☐ żadne z tych**29. Jeśli jesteś samozatrudniony/a odpowiedz na a i b :**

a. Rodzaj pracy:

b. Ile przychodu netto (zyski pozostałe po zapłaceniu kosztów uzyskania przychodów) otrzymasz w tym miesiącu z samozatrudnienia? *Patrz instrukcje.*

\$

30. Pozostałe przychody w tym miesiącu: Wypełnij wszystko co dotyczy oraz podaj kwotę i jej częstotliwość uzyskiwania. Wypełnij tutaj jeśli żadna. ☐**UWAGA:** Nie musisz wykazywać przychodu z racji alimentów na dziecko, płatności dla weteranów lub Przychodu z Social Security (SSI).☐ Bezrobocie

\$

Jak często ?

☐ Otrzymane alimenty (**Uwaga:** Tylko w przypadku rozwodów sfinalizowanych przed 1/1/2019)

\$

Jak często ?

☐ Fundusz

\$

Jak często ?

☐ Netto z hodowli/rybołówstwa

\$

Jak często ?

☐ Social Security

\$

Jak często ?

☐ Netto z wynajmu/tantem

\$

Jak często ?

☐ Konta emerytalne

\$

Jak często ?

☐ Inne dochody, rodzaj:

\$

Jak często ?

31. **Odliczenia:** Zaznacz wszystko co dotyczy, wpisz kwotę oraz częstotliwość z jaką ją płacisz. Płacąc za poszczególne rzeczy które mogą być odliczone w federalnym zeznaniu podatkowym i informując nas o tym, możesz czasami obniżyć trochę koszty ubezpieczenia zdrowotnego. Nie uwzględniaj alimentów na dziecko płaconych przez siebie ani kosztów uwzględnionych już w odpowiedzi dotyczącej samozatrudnienia netto (pytanie 29b).☐ Zapłacone alimenty (**Uwaga:** Tylko w przypadku rozwodów sfinalizowanych przed 1/1/2019)

\$

Jak często ?

☐ Inne odliczenia, rodzaj:

\$

Jak często ?

☐ Oprocentowanie pożyczki studenckiej

\$

Jak często ?

32. **Odpowiedz na to pytanie jeśli kwota jaką zarabiasz ulega zmianie w ciągu roku jak np.** jeśli pracujesz na jakimś stanowisku tylko przez część roku lub otrzymujesz świadczenie za określone miesiące.. Jeżeli nie oczekujesz zmian w swoich miesięcznych zarobkach, przejdź do następnej osoby. ➔Twój całkowity dochód w **tym roku**

\$

Twój całkowity dochód w **przyszłym roku** (jeśli uważasz, że będą inne)

\$

☐ Wypełnij, jeśli uważasz, że Twoje dochody będą trudne do przewidzenia. **Dziękujemy! To wszystko co chcemy wiedzieć o Tobie.**



Krok 2: OSOBA 2

Uwaga: Jeśli ta osoba nie potrzebuje ubezpieczenia zdrowotnego, odpowiedz tylko na pytania 1-10 na tej stronie. Zrób kopie stron 4-5 jeśli jest więcej niż 2 osoby w Twojej rodzinie mieszkające z Tobą.

Wypełnij tę stronę dla Twojego współmałżonka/partnera i dzieci które razem z Tobą mieszkają i/lub każdej innej osoby widniejącej w Twoim zeznaniu podatkowym – jeśli zostało złożone, jeśli zostało złożone. Jeśli nie złożyłeś zeznania podatkowego, pamiętaj aby nadal dodać członków rodziny mieszkających z Tobą Patrz strona 1 informacje na temat kogo uwzględnić.

1. Pierwsze imię		Drugie imię		Nazwisko		Sufiks		
2. Stopień pokrewieństwa z OSOBĄ 1? Przejdź do instrukcji			3. Czy OSOBA 2 jest żonata/zamężna? ☐ Tak ☐ Nie		4. Data urodzenia (mm/dd/yyyy)		5. Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	
6. Numer Social Security (SSN)			★ Wymagamy Numeru Social Security (SSN) ponieważ chcesz ubiegać się o ubezpieczenie zdrowotne dla OSOBY 2 i OSOBA 2 posiada SSN.					
7. Czy OSOBA 2 mieszka pod tym samym adresem co OSOBA 1? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli nie, wpisz adres:								
8. Czy OSOBA 2 zamierza złożyć federalne zeznanie podatkowe w PRZYSZŁYM ROKU? (Nadal możesz ubiegać się o zakres świadczeń nawet jeśli OSOBA 2 nie złoży federalnego zeznania podatkowego.) ☐ TAK. Jeśli tak, wypełnij punkty od a do c ☐ NIE. Jeśli nie, przejdź do punktu d.								
a. Czy OSOBA 2 będzie się rozliczać wspólnie z współmałżonkiem? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, wpisz imię i nazwisko współmałżonka:								
b. Czy OSOBA 2 będzie podawała w zeznaniu podatkowym jakieś osoby na utrzymaniu? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, wpisz imiona i nazwiska osób na utrzymaniu:								
c. Czy OSOBA 2 będzie podana jako "na czyimś utrzymaniu" w zeznaniu podatkowym innej osoby? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, wpisz imię i nazwisko podatnika:								
W jaki sposób OSOBA 2 związana jest z osobą składającą zeznanie podatkowe?								
9. Czy OSOBA 2 jest w ciąży? ☐ Tak ☐ Nie a. Jeśli tak, ile dzieci jest oczekiwane podczas tej ciąży?								
10. Czy OSOBA 2 potrzebuje ubezpieczenia zdrowotnego? (Nawet jeśli OSOBA 2 posiada już świadczenia, może istnieć inny program z lepszym zakresem świadczeń lub o niższych kosztach.) ☐ TAK. Jeśli tak, odpowiedź na wszystkie pytania poniżej. ☐ NIE. Jeśli nie, przejdź do pytań odnośnie dochodu na stronie 5. Pozostaw resztę tej strony pustą.								
11. Czy OSOBA 2 ma specjalne potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej lub schorzenie fizyczne, psychiczne lub emocjonalne, które powoduje ograniczenia w czynnościach (np. kąpiel, ubieranie się, codzienne obowiązki itp.), potrzebuje specjalnej opieki zdrowotnej lub mieszka w placówce medycznej albo w domu opieki? ☐ Tak ☐ Nie								
12. Czy OSOBA 2 jest obywatelem Stanów Zjednoczonych czy osobą narodowości Stanów Zjednoczonych ? ☐ Tak ☐ Nie								
13. Czy OSOBA 2 jest obywatelem przez proces naturalizacji czy z pochodzenia ? (To zwykle znaczy, że urodziłeś się poza terytorium Stanów Zjednoczonych) ☐ TAK. Jeśli tak, wypełnij a i b. ☐ NIE. Jeśli nie, przejdź do pytania 14.								
a. Numer Zielonej Karty:				b. Numer Certyfikatu:				
Po wypełnieniu a i b przejdź do pytania 15.								
14. Jeśli OSOBA 2 nie jest obywatelem amerykańskim lub osobą pochodzenia amerykańskiego to czy posiada uprawniający status imigracyjny? ☐ TAK. Wpisz rodzaj dokumentu i numer ID. Przejdź do instrukcji								
Rodzaj dokumentu imigracyjnego:		Rodzaj statusu (dobrowolne):		Wpisz imię i nazwisko OSOBY 2 tak jak widnieje w dokumencie imigracyjnym.				
Numer Zielonej Karty lub numer I-94				Numer karty lub numer paszportu				
SEVIS ID lub data ważności (nieobowiązkowe)				Inne (kod kategorii lub kraj wydania)				
a. Czy OSOBA 2 mieszkała w U.S. od 1996? ☐ Tak ☐ Nie b. Czy OSOBA 2, współmałżonek OSOBY 2 lub rodzic są weteranami lub aktywnymi w służbie wojskowej U.S.? ☐ Tak ☐ Nie								
15. Czy OSOBA 2 potrzebuje pomocy w opłaceniu rachunków medycznych z ostatnich 3 miesięcy? ☐ Tak ☐ Nie								
16. Czy OSOBA 2 mieszka razem z przynajmniej jednym dzieckiem poniżej 19 roku życia i czy OSOBA 2 jest głównym opiekunem tego dziecka? (Wpisz "tak", jeżeli OSOBA 2 lub jej współmałżonek opiekuje się tym dzieckiem) ☐ Tak ☐ Nie								
17. Wymień imiona i nazwiska oraz pokrewieństwo dzieci poniżej 19 roku życia, które mieszkają razem z OSOBĄ 2 w domu. (To mogą być te same dzieci wymienione na stronie 2.)								
Czy OSOBA 2 była w rodzinie zastępczej w wieku 18 lat lub starszym? ☐ Tak ☐ Nie								
Odpowiedz na te pytania, jeśli OSOBA 2 nie ukończyła 22 roku życia:								
18. Czy OSOBA 2 miała ubezpieczenie przez zakład pracy i straciła je w ciągu ostatnich 3 miesięcy? ☐ Tak ☐ Nie								
a. Jeśli tak, wpisz datę od kiedy:				b. Powód dla którego ubezpieczenie przestało obowiązywać:				
19. Czy OSOBA 2 jest studentem w pełnym wymiarze godzin? ☐ Tak ☐ Nie								
Nieobowiązkowe: (Podanie tych informacji nie ma wpływu na kwalifikowalność, opcje planu ani koszty).								
21. Rasa: ☐ Biała ☐ Czarna lub Afrykańsko-Amerykańska ☐ Amerykańsko-Indiańska lub Rodowita pochodząca z Alaski ☐ Filipińczyk ☐ Japończyk ☐ Koreańczyk ☐ Indianin Azjatycki ☐ Chińczyk ☐ Wietnamczyk ☐ Inna rasa Azjatycka ☐ Rodowity Hawajczyk ☐ Guamańczyk lub Chamorro ☐ Samończyk ☐ Inny krajowiec Wysp Pacyfiku								
☐ Inna rasa								

**Krok 2: OSOBA 2**

Poinformuj nas na temat przychodów OSOBY 2. Wypełnij tę stronę nawet jeśli OSOBA 2 nie potrzebuje ubezpieczenia zdrowotnego.

Obecna praca i informacje o zarobkach

☐ **Zatrudniony/a:** Jeśli OSOBA 2 jest obecnie zatrudniony/a, wpisz informacje odnośnie jej/jego zarobków. Zacznij od pozycji 22.

☐ **Niezatrudniony/a:** przejdź do pozycji 31.

☐ **Samozatrudniony/a:** przejdź do pozycji 31.

Obecna praca 1:

22. Nazwa pracodawcy

a. Adres pracodawcy (opcjonalnie)

b. Miasto

c. Stan

d. Kod pocztowy

23. Numer telefonu pracodawcy

24. Płace i napiwki(przed opodatkowaniem)

☐ Na godzinę☐ Tygodniowo☐ Co 2 tygodnie☐ 2 razy w miesiącu☐ Miesięcznie☐ Rocznie

25. Średnia ilość godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

Obecna praca 2: (Jeśli OSOBA 2 wykonuje dodatkowe prace, dołącz dodatkową kartkę papieru.)

26. Nazwa pracodawcy

a. Adres pracodawcy (opcjonalnie)

b. Miasto

c. Stan

d. Kod pocztowy

27. Numer telefonu pracodawcy

28. Płace i napiwki(przed opodatkowaniem)

☐ Na godzinę☐ Tygodniowo☐ Co 2 tygodnie☐ 2 razy w miesiącu☐ Miesięcznie☐ Rocznie

29. Średnia ilość godzin przepracowanych w każdym TYGODNIU

30. Czy w ostatnim roku OSOBA 2: ☐ Zmieniałeś/aś pracę ☐ Przestałeś/aś pracować ☐ Zacząłeś/aś pracować w niższym wymiarze godzin ☐ żadne z tych**31. Jeśli OSOBA 2 jest samozatrudniona, wypełnij punkty a i b:**

a. Rodzaj pracy:

b. Ile przychodu netto (zyski pozostałe po zapłaceniu kosztów uzyskania przychodu) OSOBA 2 otrzyma w tym miesiącu z samozatrudnienia? Przejdź do instrukcji.

32. **Pozostały dochód OSOBY 2 w tym miesiącu:** Wypełnij wszystko co dotyczy oraz podaj kwotę i jej częstotliwość uzyskiwania przez OSOBE 2. Wypełnij tutaj jeśli żadna. ☐ **UWAGA:** Nie musisz wykazywać dochodu OSOBY 2 z racji alimentów na dzieci, płatności dla weteranów lub Przychodu z Social Security (SSI).☐ Bezrobocie

Jak często?

☐ Otrzymane alimenty (Uwaga: Tylko w przypadku rozwodów sfinalizowanych przed 1/1/2019)

Jak często?

☐ Fundusz

Jak często?

☐ Netto z hodowli/rybołówstwa

Jak często?

☐ Social Security

Jak często?

☐ Netto z wynajmu/tantem

Jak często?

☐ Konta emerytalne

Jak często?

☐ Inne dochody, rodzaj:

Jak często?

33. **Odliczenia:** Zaznacz wszystko co dotyczy, wpisz kwotę oraz częstotliwość z jaką OSOBA 2 tę sumę płaci. Jeśli OSOBA 2 płaci za poszczególne rzeczy które mogą być odliczone w federalnym zeznaniu podatkowym, informuj nas o tym można czasami obniżyć trochę koszty ubezpieczenia zdrowotnego.

Nie uwzględniaj alimentów na dziecko płaconych przez OSOBE 2 ani kosztów uwzględnionych już w odpowiedzi dotyczącej samozatrudnienia netto (pytanie 31b).

☐ Zapłacone alimenty (Uwaga: Tylko w przypadku rozwodów sfinalizowanych przed 1/1/2019)

Jak często?

☐ Inne odliczenia, rodzaj:

Jak często?

☐ Oprocentowanie pożyczki studenckiej

Jak często?

34. **Odpowiedz na to pytanie jeśli kwota jaką zarabia OSOBA 2 ulega zmianie w ciągu roku jak np.** Jeśli OSOBA 2 pracuje tylko przez część roku lub otrzymuje benefit przez kilka miesięcy. Jeżeli OSOBA 2 nie spodziewa się zmian w swoich comiesięcznych dochodach, przejdź do kolejnej osoby. ➔

Całkowity dochód OSOBY 2 w tym roku

Twój Całkowity dochód OSOBY 2 w przyszłym roku

☐ Wypełnij, jeśli uważasz, że Twoje dochody będą trudne do przewidzenia. **Dziękujemy! To wszystko co chcemy wiedzieć o OSOBE 2**

POTRZEBUJESZ POMOCY W WYPEŁNIANIU TEGO WNIOSKU? Odwiedź [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), lub zadzwoń do nas pod **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebujesz pomocy w języku innym niż angielski, zadzwoń pod **1-800-318-2596** i poproś o bezpłatnego tłumacza języka jakim się posługujesz. Użytkownicy TTY mogą dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.



Krok 3: Członkowie gospodarstwa domowego będący Indianami lub rodzimymi mieszkańcami Alaski (Alaska Native)

1. Czy jesteś – albo czy ktoś w Twoim gospodarstwie domowym jest – Indianinem lub rodzimym mieszkańcem Alaski?

☐ NIE. Jeśli nie, przejdź do kroku numer 4.

☐ TAK. Jeśli tak, przejdź do kroku 4 oraz wypełnij i załącz z wnioskiem Załącznik B.

Krok 4: Ubezpieczenie zdrowotne dla Twojego gospodarstwa domowego

1. Opcjonalne: Jeśli otrzymałeś ulgę podatkową z tytułu składek w poprzednim roku, czy Twoje gospodarstwo domowe złożyło zeznanie podatkowe, korzystając z informacji z formularza 1095-A w celu uzgodnienia tych płatności za tamten rok?

☐ TAK, złożyliśmy federalne zeznanie podatkowe i uzgodniliśmy ulgę podatkową z tytułu składek lub IRS przyznał nam przedłużenie.

2. Czy ktokolwiek wymieniony w tym wniosku nie zakwalifikował się do otrzymania Medicaid lub Program Dziecięcego Ubezpieczenia Zdrowotnego (CHIP) w ciągu ostatnich 90 dni? (Zaznacz tak tylko jeśli osoba nie została zakwalifikowana przez swój stan a nie przez Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych.)

☐ Tak ☐ Nie

Kto? Data:

Lub, czy ktokolwiek wymieniony w tym wniosku nie zakwalifikował się do Medicaid lub CHIP ze względu na ich status migracyjny w ciągu ostatnich 5 lat?

☐ Tak ☐ Nie

Kto?

Czy ktoś ujęty w tym wniosku ubiega się o ubezpieczenie podczas okresu otwartej rejestracji do ubezpieczenia Marketplace lub po wystąpieniu kwalifikujących okoliczności życiowych?

☐ Tak ☐ Nie

Kto?

3. Czy ktokolwiek wymieniony w tym wniosku ma oferowane ubezpieczenie przez zakład pracy? Odpowiedz tak nawet jeśli zakres świadczeń jest oferowany przez zakład pracy innej osoby, jak np. rodzica czy współmałżonka mimo, że nie zaakceptowali tego zakresu. Zaznacz „nie”, jeśli jedynym oferowanym ubezpieczeniem jest COBRA.

☐ TAK. Kontynuuj i wypełnij Załącznik A.

☐ NIE.

W przypadku odpowiedzi „tak”, czy jest to plan świadczeń dla pracowników stanowych?

☐ Tak ☐ Nie

Czy ktokolwiek wymieniony we wniosku ma zaoferowany indywidualny program zwrotu kosztów leczenia (HRA)

lub kwalifikowany program HRA dla małych pracodawców (QSEHRA)?

☐ Tak ☐ Nie

4. Czy ktokolwiek posiada w chwili obecnej ubezpieczenie zdrowotne?

☐ TAK. Jeśli tak, przejdź do pytania 5.

☐ NIE. Jeśli nie, przejdź do pytania 5.

5. Informacje odnośnie obecnego ubezpieczenia zdrowotnego. (Zrób kopię tej strony jeśli więcej niż 2 osoby posiadają obecnie ubezpieczenie zdrowotne.)

Wpisz rodzaj ubezpieczenia, jak ubezpieczenie pracodawcy, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, program opieki zdrowotnej dla Weteranów, Korpusy Pokoju lub inne. (Nie wpisuj informacji o TRICARE jeśli otrzymujesz Bezpośrednią Opiekę lub odbywasz służbę.)

OSOBA 1:	Imię i Nazwisko osoby zarejestrowanej w ubezpieczeniu zdrowotnym	
	Rodzaj zakresu:	
	☐ Ubezpieczenie pracodawcy ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Program Opieki Zdrowotnej dla Weteranów ☐ Korpusy Pokoju ☐ Inne	
	Jeśli jest to ubezpieczenie pracodawcy: (Trzeba też wypełnić Załącznik A.)	
	Wpisz nazwę firmy ubezpieczeniowej	Numer Polisy/ID
	Jeśli to inny rodzaj zakresu świadczeń: ☐ Zaznacz jeśli jest to zakres świadczeń zdrowotnych Rynku Ubezpieczeń.	
	Wpisz nazwę firmy ubezpieczeniowej	Numer Polisy/ID
	Czy jest to plan o limitowanych korzyściach jak np. szkolna polisa od nieszczęśliwych wypadków?	
	☐ Tak ☐ Nie	

OSOBA 2:	Imię i Nazwisko osoby zarejestrowanej w ubezpieczeniu zdrowotnym	
	Rodzaj zakresu:	
	☐ Ubezpieczenie pracodawcy ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Program Opieki Zdrowotnej dla Weteranów ☐ Korpusy Pokoju ☐ Inne	
	Jeśli jest to ubezpieczenie pracodawcy: (Trzeba też wypełnić Załącznik A.)	
	Wpisz nazwę firmy ubezpieczeniowej	Numer Polisy/ID
	Jeśli to inny rodzaj zakresu świadczeń: ☐ Zaznacz jeśli jest to zakres świadczeń zdrowotnych Rynku Ubezpieczeń.	
	Wpisz nazwę firmy ubezpieczeniowej	Numer Polisy/ID
	Czy jest to plan o limitowanych korzyściach jak np. szkolna polisa od nieszczęśliwych wypadków?	
	☐ Tak ☐ Nie	



**Krok 5: Twoja zgoda i podpis****1. Czy zgadzasz się aby Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych mógł użyć danych dochodowych wyłącznie z tymi zawartymi w zeznaniu podatkowym przez następnych 5 lat?** ☐ Tak ☐ Nie

Aby ułatwić określenie Twojej kwalifikowalności w kwestii pomocy w płacaniu za ubezpieczenie w kolejnych latach, możesz zgodzić się, aby Marketplace wykorzystał zaktualizowane dane o dochodach, w tym informacje z zeznań podatkowych. Marketplace będzie Ci wysyłał powiadomienia i umożliwiał dokonanie ewentualnych zmian. Marketplace będzie sprawdzał, czy nadal się kwalifikujesz, oraz może Cię poprosić o potwierdzenie, czy Twoje dochody nadal spełniają kryteria kwalifikowalności. Możesz zrezygnować w dowolnym momencie.

Jeśli nie, automatycznie zaktualizuj moje informacje na następne : ☐ 5 lata ☐ 4 lata ☐ 3 lata ☐ 2 lata ☐ 1 lata

- ☐ Nie używaj danych z mojego zeznania podatkowego aby odnowić uprawnienia odnośnie dofinansowania przy opłacaniu ubezpieczenia zdrowotnego (wybór tej opcji może mieć wpływ na twoje uprawnienia względem dofinansowania w procesie odnowienia.)

2. Czy ktokolwiek ubiegający się o ubezpieczenie zdrowotne w tym wniosku jest uwięziony? (zatrzymany lub skazany)? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, wpisz imię i nazwisko tej osoby. Imię i nazwisko osoby uwięzionej to:

- ☐ Wypełnij tutaj jeśli ta osoba oczekuje na ustosunkowanie się do oskarżenia.

Jeśli ktokolwiek ujęty w Twoim wniosku zostanie zarejestrowany w ubezpieczeniu Marketplace, a później okaże się, że ma inne kwalifikujące się ubezpieczenie zdrowotne (np. Medicare, Medicaid lub CHIP), Marketplace automatycznie zakończy plan ubezpieczenia Marketplace dla takiej osoby. Pomoże to upewnić się, że ktoś posiadający inne kwalifikujące się ubezpieczenie nie pozostanie nadal zarejestrowany w ubezpieczeniu Marketplace, płacąc pełną cenę.

- ☐ Zgadzam się, aby w takiej sytuacji giełda ubezpieczeń Marketplace zakończyła moje ubezpieczenie Marketplace dla osób umieszczonych w moim wniosku.
- ☐ Nie udzielam giełdzie ubezpieczeń Marketplace zgody na to, aby w takiej sytuacji zakończyła ubezpieczenia Marketplace. Rozumiem, że osoby umieszczone w moim wniosku, których sprawa dotyczy, nie będą się już kwalifikować do pomocy finansowej i muszą płacić pełne koszty swojego planu Marketplace.

Jeśli ktokolwiek w tym wniosku jest uprawniony do otrzymania Medicaid:

- Daję Agencji Medicaid nasze prawo do kontynuacji i ściągania pieniędzy z innej firmy ubezpieczeniowej, ugód prawnych lub innych osob trzecich. Jak również daję agencji Medicaid prawa do kontynuacji i otrzymania wsparcia medycznego od współmałżonka lub rodzica.
- Czy którekolwiek z dzieci w tym wniosku ma rodzica mieszkającego poza domem? ☐ Tak ☐ Nie
- Jeśli tak, wiem, że będę proszony/a o współpracę z agencją, która zbiera pomoc medyczną od nieobecnego rodzica. Jeśli myślę, że współpracując w celu zebrania pomocy medycznej szkodzę sobie lub swoim dzieciom, mogę powiedzieć Medicaid, że nie muszę współpracować.
- Podpisuję ten wniosek pod groźbą odpowiedzialności karnej, co oznacza, że udzieliłem/am odpowiedzi na wszystkie pytanie w tym formularzu zgodnie z prawdą i według mojej najlepszej wiedzy. Wiem, że mogę podlegać karze zgodnie z prawem federalnym jeśli umyślnie dostarczyłem/am fałszywe lub nieprawdziwe informacje.
- Wiem, że muszę poinformować Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Marketplace®) w ciągu 30 dni jeśli cokolwiek się zmieni lub zmieniło od tego co wpisałem/em w tym wniosku. Mogę odwiedzić [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lub zadzwonić pod 1-800-318-2596 aby zgłosić zmiany. Rozumiem, że zmiana moich informacji może mieć wpływ na moje uprawnienia jak również uprawnienia członków mojego domu.
- Wiem, że zgodnie z prawem federalnym dyskryminacja ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność jest niedozwolona. Mogę złożyć skargę na dyskryminację, odwiedzając stronę [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint).
- Wiem, że informacje zawarte w tym wniosku będą użyte tylko w celu ustalenia uprawnień do uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego, dofinansowania w opłacaniu ubezpieczenia (jeśli taką prośbę wystosowano) i w celach zgodnych z prawem Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych i programów dofinansowujących.

Potrzebujemy tej informacji, aby sprawdzić Twoje uprawnienie do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli zdecydujesz się złożyć wniosek. Będziemy mogli sprawdzić Twoje odpowiedzi korzystając z informacji znajdujących się w naszych elektronicznych bazach danych i bazach danych z urzędu skarbowego (Internal Revenue Service, IRS), ubezpieczenia społecznego, Departamentu Bezpieczeństwa Krajowego (Department of Homeland Security) i/lub agencji informacji finansowej o konsumentach. Jeśli te informacje nie będą zgodnie, możemy poprosić Cię o przesłanie nam potwierdzenia.

Co mam zrobić, jeśli moim zdaniem informacja o mojej kwalifikowalności jest nieprawidłowa?

Po rozpatrzeniu Twojego wniosku otrzymasz pocztą zawiadomienie o kwalifikowalności (Eligibility Notice). Jeśli nie zgadzasz się z decyzją o uprawnieniach, w wielu przypadkach, możesz złożyć odwołanie. W zawiadomieniu o kwalifikowalności można znaleźć instrukcje dotyczące odwołań, specyficzne dla każdej osoby w gospodarstwie domowym, która ubiega się o ubezpieczenie, w tym informacje o tym, ile dni ma się na złożenie wniosku o odwołanie. Oto ważna informacja do rozważenia podczas składania odwołania:

- Jeśli chcesz, możesz wybrać osobę, która złoży odwołanie lub będzie partycypować w procesie odwoławczym. Tą osobą może być przyjaciel, krewny, prawnik lub inna osoba. Możesz też sam/a złożyć odwołanie i uczestniczyć w procesie odwoławczym.
- Składając odwołanie, być może będziesz mógł/a w trakcie przebiegu procesu odwoławczego zatrzymać uprawnienia do ubezpieczenia.
- Wynik odwołania może zmienić uprawnienia innych członków w Twoim domostwie.

Aby złożyć odwołanie od decyzji o uprawnieniach, odwiedź [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](https://www.healthcare.gov/marketplace-appeals/). lub zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych pod 1-800-318-2596. Użytkownicy TTY mogą dzwonić pod numer 1-885-889-4325. Możesz też wysłać pocztą formularz rozpatrzeniowy odwołania lub własnoręcznie napisać list z prośbą o rozpatrzenie odwołania do [Health Insurance Marketplace](https://www.healthinsurancemarketplace.gov), Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-001. Możesz odwołać się od uprawnień do wykupienia ubezpieczenia poprzez Rynek Ubezpieczeń, okresów rejestracji, ulg podatkowych, obniżenia udziału w kosztach, Medicaid, and CHIP, jeżeli zostało Ci to odmówione. Jeśli kwalifikujesz się do otrzymania ulg podatkowych lub obniżenia udziału w kosztach, możesz się odwołać od kwoty na jaką według nas się kwalifikujesz. W zależności od stanu w którym mieszkasz, istnieje możliwość złożenia odwołania przez Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych lub przez stanową agencję Medicaid lub CHIP.

OSOBA 1 powinna podpisać ten wniosek. Jeśli jesteś upoważnionym reprezentantem możesz podpisać wniosek w tym miejscu pod warunkiem że OSOBA 1 podpisała Załącznik C.

Podpis	Data podpisania (mm/dd/yyyy)

Jeśli podpisujesz ten wniosek poza Otwartym Okresem Rejestracji (między 1 Listopada a 15 stycznia), upewnij się, że przejrzaleś/aś Załącznik D ("Pytania odnośnie życiowych zmian")



POTRZEBUJESZ POMOCY W WYPEŁNIANIU TEGO WNIOSKU ? Odwiedź [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), lub zadzwoń do nas pod 1-800-318-2596. Jeśli potrzebujesz pomocy w języku innym niż angielski, zadzwoń pod 1-800-318-2596 i poproś o bezpłatnego tłumacza języka jakim się posługujesz. Użytkownicy TTY mogą dzwonić pod numer 1-855-889-4325.

Krok 6: Wyślij kompletny wniosek



Wyślij swój podpisany wniosek do:

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



Jeśli chcesz zarejestrować się do głosowania, wypełnij formularz rejestracji wyborców na stronie eac.gov.

Otrzymaj pomoc w języku innym niż angielski

Masz prawo do otrzymania bezpłatnej informacji i pomocy w swoim własnym języku jeśli ty lub ktoś komu pomagasz macie pytania odnośnie Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych. Porozmawiaj z tłumaczem, zadzwoń pod **1-800-318-2596**.

Poniżej znajduje się lista dostępnych języków i tej samej wiadomości zamieszczonej powyżej w tych językach.

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.

Ujawnione Oświadczenie Ustawy PRA : Według Ustawy o Ograniczeniu Biurokracji z 1995 roku, żadna osoba nie jest zobowiązana do odpowiedzi na gromadzenie informacji chyba, że widnieje aktualny kontrolny numer OMB. Aktualny numer kontrolny OMB w celu zgromadzenia tych informacji to 0938-1191. Szacowany czas by w pełni skompletować to gromadzenie informacji to średnio 45 minut na odpowiedź, włączając czas na zapoznanie się z instrukcjami, wyszukiwanie istniejących zasobów danych, zebranie potrzebnych danych i wypełnienie wniosku do końca oraz przegląd zgromadzonych informacji. Jeśli masz jakieś uwagi dotyczące dokładności szacowanego czasu lub sugestie w jaki sposób udoskonalić ten formularz, prosimy napisać do: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



POTRZEBUJESZ POMOCY W WYPEŁNIANIU TEGO WNIOSKU ? Odwiedź HealthCare.gov, lub zadzwoń do nas pod **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebujesz pomocy w języku innym niż angielski, zadzwoń pod **1-800-318-2596** i poproś o bezpłatnego tłumacza języka jakim się posługujesz. Użytkownicy TTY mogą dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

Otrzymaj pomoc w języku innym niż angielski (ciąg dalszy)

Polski (Polish)

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

Русский (Russian)

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

Français (French)

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

Deutsch (German)

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

ગુજરાતી (Gujarati)

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

Português (Portuguese)

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

Italiano (Italian)

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

日本語 (Japanese)

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

Ujawnione Oświadczenie Ustawy PRA : Według Ustawy o Ograniczeniu Biurokracji z 1995 roku, żadna osoba nie jest zobowiązana do odpowiedzi na gromadzenie informacji chyba, że widnieje aktualny kontrolny numer OMB. Aktualny numer kontrolny OMB w celu zgromadzenia tych informacji to 0938-1191. Szacowany czas by w pełni skompletować to gromadzenie informacji to średnio 45 minut na odpowiedź, włączając czas na zapoznanie się z instrukcjami, wyszukiwanie istniejących zasobów danych, zebranie potrzebnych danych i wypełnienie wniosku do końca oraz przegląd zgromadzonych informacji. Jeśli masz jakieś uwagi dotyczące dokładności szacowanego czasu lub sugestie w jaki sposób udoskonalić ten formularz, prosimy napisać do: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



POTRZEBUJESZ POMOCY W WYPEŁNIANIU TEGO WNIOSKU ? Odwiedź [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), lub zadzwoń do nas pod **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebujesz pomocy w języku innym niż angielski, zadzwoń pod **1-800-318-2596** i poproś o bezpłatnego tłumacza języka jakim się posługujesz. Użytkownicy TTY mogą dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.

**Załącznik A: Ubezpieczenie Zdrowotne poprzez Pracodawców**

Nie musisz odpowiadać na te pytania chyba, że ktoś z domowników ma uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego z pracy, nawet jeśli tego ubezpieczenia nie akceptuje. Nie musisz również odpowiadać na te pytania, jeśli jedynym ubezpieczeniem oferowanym danej osobie jest COBRA. Załącz kopię tej strony dla każdej pracy oferującej ubezpieczenie.

Powiedz nam więcej na temat pracy oferującej ubezpieczenie.

Zrób kopię tej strony i dostarcz ją pracodawcy oferującemu ubezpieczenie w celu uzyskania odpowiedzi na poniższe pytania.

Informacje o pracowniku

1. Imię i Nazwisko pracownika (Pierwsze, Drugie, Nazwisko)	2. Numer Social Security Pracownika (SSN)

Informacje o pracodawcy

3. Pracodawca/nazwa firmy	
4. Numer Identyfikacyjny Pracodawcy (EIN)	5. Numer telefonu pracodawcy

Teraz, wpisz informacje na temat osoby lub działu zajmującego się zarządzaniem korzyściami pracowników. Możemy się skontaktować z tą osobą jeżeli będziemy wymagać więcej informacji:

6. Osoba lub dział z jakimi możemy się skontaktować odnośnie zakresu świadczeń pracowników		
7. Adres pracodawcy (Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych może wysłać pisma pod ten adres)		
8. Miasto	9. Stan	10. Kod pocztowy
11. Numer telefonu (jeśli inny niż wyżej podany)	12. Adres e-mailowy	

13. Czy ten pracownik ma zapewnione ubezpieczenie zdrowotne przez tego pracodawcę? Wybierz „tak”, jeśli oferta ubezpieczeniowa będzie dostępna od początku przyszłego miesiąca lub od 1 stycznia, jeśli składasz podanie podczas okresu otwartej rejestracji (1 listopada – 15 stycznia).

☐ TAK (Kontynuuj) ☐ BEZ (PRACODAWCY: Zatrzymaj się i zwróć ten formularz pracownikowi.
PRACOWNIK: wróć do wniosku o zakres świadczeń Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych.)

Czy pracodawca oferuje plan zdrowotny który obejmuje współmałżonka lub osoby na utrzymaniu tego pracownika?

☐ TAK. Jeśli tak, które osoby? ☐ Współmałżonek ☐ Osoba(y) na utrzymaniu ☐ NIE (IDŹ DO PYTANIA 14.)

Wymień nazwisko kogokolwiek kto w rodzinie pracownika kwalifikuje się do otrzymania zakresu świadczeń z tej pracy

Nazwisko: Nazwisko: Nazwisko:

Powiedz nam na temat zakresu świadczeń oferowanego przez tego pracodawcę.

14. Czy ten pracodawca oferuje plan zdrowotny który spełnia normę minimalnej wartości*?

☐ TAK (Przejdź do pytania 15.) ☐ NIE (Zatrzymaj się i oddaj ten formularz pracownikowi.)

15. Ile **pracownik** będzie musiał zapłacić za najtańszy oferowany mu plan, który spełnia tylko normę minimalnej wartości*? Nie wliczaj planów rodzinnych.

a. Pracownik zapłaciłby taką składkę: \$

UWAGA: Wpisz najniższą kwotę jaką pracownik mógłby zapłacić za ubezpieczenie zdrowotne.

b. Pracownik zapłaciłby następującą kwotę: ☐ Tygodniowo ☐ Co 2 tygodnie ☐ Dwa razy w miesiącu ☐ Raz w miesiącu
☐ Kwartalnie ☐ Rocznie

16. **Jeśli inni członkowie gospodarstwa domowego są wymienieni w pytaniu 13:** Ile pracownik zapłaciłby za najtańsze ubezpieczenie, które obejmuje pracownika i członków gospodarstwa domowego wymienionych w pytaniu 13? Jeśli pracodawca oferuje programy promocji zdrowia w miejscu pracy, wpisz składkę, którą zapłaciłby pracownik, gdyby otrzymał maksymalną zniżkę za programy rzucania palenia i nie otrzymał żadnych innych zniżek wynikających z programów promocji zdrowia w miejscu pracy.

a. Pracownik zapłaciłby taką składkę: \$

b. Pracownik zapłaciłby następującą kwotę: ☐ Tygodniowo ☐ Co 2 tygodnie ☐ Dwa razy w miesiącu ☐ Raz w miesiącu ☐ Kwartalnie ☐ Rocznie

* Plan ubezpieczenia zdrowotnego spełnia normę minimalnej wartości jeśli płaci przynajmniej 60% całkowitego kosztu za świadczenia medyczne dla standardowej populacji i oferuje znaczny zakres świadczeń szpitalnych i lekarskich. Większość planów oferowanych przez pracę spełnia normy minimalnej wartości.



POTRZEBUJESZ POMOCY W WYPEŁNIANIU TEGO WNIOSKU ? Odwiedź [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), lub zadzwoń do nas pod **1-800-318-2596**. Jeśli potrzebujesz pomocy w języku innym niż angielski, zadzwoń pod **1-800-318-2596** i poproś o bezpłatnego tłumacza języka jakim się posługujesz. Użytkownicy TTY mogą dzwonić pod numer **1-855-889-4325**.



Załącznik B

**Załącznik C: Pomocy przy wypełnianiu niniejszego wniosku****Tylko dla certyfikowanych doradców wypełniania wniosków, nawigatorów, agentów i brokerów**

Wypełnij tę sekcję jeśli jesteś certyfikowanym doradcą wypełniania wniosków, nawigatorem, agentem lub brokerem wypełniającym ten wniosek w imieniu innej osoby.

--	--	--

2. Pierwsze imię, Drugie imię, Nazwisko, & Sufiks

--

3. Nazwa organizacji

--

4. Numer ID (jeśli dotyczy)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Tylko dla Agentów/Brokerów: Numer NPN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Możesz wybrać upoważnionego przedstawiciela.

Możesz dać pozwolenie zaufanej osobie aby mogła z nami porozmawiać na temat tego wniosku, mogła zapoznać się z informacjami zawartymi w tym wniosku i działała w Twoim imieniu w sprawach związanych z tym wnioskiem w tym uzyskanie informacji o Twoim wniosku i podpisanie tego wniosku w Twoim imieniu. Osoba ta nazywana jest "upoważnionym przedstawicielem." Jeśli kiedykolwiek zajdzie potrzeba aby zmienić lub usunąć upoważnionego przedstawiciela, skontaktuj się z Rynkiem Ubezpieczeń. Jeśli jesteś prawnie wyznaczonym przedstawicielem dla kogoś w tym wniosku, dołącz dowód do wniosku.

1. Imię i Nazwisko upoważnionego przedstawiciela (Pierwsze imię, Drugie imię, Nazwisko)

--

2. Adres

--

3. Adres zamieszkania 2

--

4. Miasto

--

5. Stan

--	--

6. Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--

7. Numer telefonu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Nazwa organizacji

--

9. Numer ID (jeśli dotyczy)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Podpisując, pozwalasz tej osobie na podpisanie Twojego wniosku, uzyskanie oficjalnych informacji na temat tego wniosku i działanie w Twoim imieniu w ramach wszystkich przyszłych spraw związanych z tym wnioskiem.

10. Podpis OSOBY 1 wyszczególnionej w tym podaniu

--

11. Data podpisu (mm/dd/yyyy)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Załącznik D: Pytania odnośnie życiowych zmian****(Musisz wypełnić resztę wniosku wraz z tą stroną. Nie przysyłaj tej strony samej.)**

Odpowiedz na poniższe pytania i załącz je do wypełnionego i podpisanego wniosku, jeśli ktoś uwzględniony w tym wniosku doświadczył pewnych zmian w życiu – takich jak utrata ubezpieczenia zdrowotnego, ślub lub urodziny dziecka – w czasie ostatnich 60 dni (lub spodziewa się takich zmian w najbliższych 60 dniach). Niektóre zmiany w życiu dają prawo natychmiastowego rozpoczęcia ubezpieczenia Marketplace. Zalecamy Ci również udzielenie odpowiedzi na te pytania, jeśli składasz wniosek poza corocznym Okresem otwartej rejestracji (1 listopada – 15 stycznia).

Te pytania są nieobowiązkowe. Jeśli okoliczności życiowe nie uległy zmianie, możesz nie odpowiadać i pozostawić puste rubryki. Możesz zapisać się do programu Medicaid i Dziecięcego Ubezpieczenia Zdrowotnego (CHIP) o każdej porze roku, nawet jeśli nie doświadczyłeś zmian życiowych. Członkowie plemion uznawanych przez władze federalne i udziałowcy Alaska Native mogą zapisać się aby otrzymać ubezpieczenie przez Rynek Ubezpieczeń o każdej porze roku.

Powiedz nam o zmianach w Twoim domostwie.**1. Czy ktokolwiek stracił zakwalifikowane ubezpieczenie zdrowotne w ciągu ostatnich 60 dni lub oczekuje utraty ubezpieczenia w ciągu następnych 60 dni?**

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data kiedy zakres świadczeń wygaś lub wygaśnie (mm/dd/yyyy)

2. Czy ktokolwiek zmienił stan cywilny na żonaty/mężatka w ciągu ostatnich 60 dni?

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data (mm/dd/yyyy)

a. Czy którakolwiek z tych osób posiadała zakwalifikowany zakres świadczeń zdrowotnych w dowolnym momencie w ciągu ostatnich 60 dni? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, wpisz ich imiona i nazwiska poniżej:

3. Czy ktokolwiek został zwolniony z (aresztu lub więzienia) w ciągu ostatnich 60 dni?

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data (mm/dd/yyyy)

4. Czy ktokolwiek otrzymał uprawniony status imigracyjny w ciągu ostatnich 60 dni?

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data (mm/dd/yyyy)

5. Czy ktokolwiek został adoptowany, oddany do adopcji lub umieszczony w rodzinie zastępczej w ciągu ostatnich 60 dni?

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data (mm/dd/yyyy)

6. Czy ktokolwiek został na utrzymaniu innej osoby z powodu alimentów na dzieci lub innego postanowienia sądu w ciągu ostatnich 60 dni?

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data (mm/dd/yyyy)

7. Czy w ciągu ostatnich 60 dni ktoś się przeprowadził?

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);	Data przeprowadzki (mm/dd/yyyy)

a. Jaki jest kod pocztowy Twojego poprzedniego adresu? ☐ Wypełnij to, jeśli przeprowadziłeś(-aś) się z innego kraju lub terytorium USA.**b. Czy którakolwiek z tych osób posiadała zakwalifikowany zakres świadczeń zdrowotnych w dowolnym momencie w ciągu ostatnich 60 dni?** ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, wpisz ich imiona i nazwiska poniżej:

Nazwisko i imię (nazwiska i imiona);

