ਪੂਰਾ ਨਾ ਕਰੋ। ਇਹ ਕੇਵਲ ਸੂਚਨਾਤਮਕ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਹੈ।

Health Insurance Marketplace

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

ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਜਾਂ ਕੀਮਤ ਦੇਣ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ

ਆਨਲਾਈਨ ਜਲਦੀ ਅਪਲਾਈ ਕੋ ਇਥੇ ਜਾਕੇ HealthCare.gov

ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਇਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ

- ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਵਿਆਪਕ ਕਵਰੇਜ ਪੇਸ਼ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ।
- ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਜੋ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਤੁਰੰਤ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਮੈਡੀਕੇਡ ਜਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CHIP) ਦੁਆਰਾ ਮੁਫ਼ਤ ਜਾਂ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀ ਕਵਰੇਜ। **ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਆਮਦਨੀ ਪੱਧਰ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਮੁਫ਼ਤ ਜਾਂ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।**

ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਕੋਣ ਵਰਤ ਸਕਦਾ ਹੇ?

- ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਆਵੇਦਨ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।
- **ਤਾਂ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿਓ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਹੋਵੇ। ਤੁਸੀਂ ਮੁਫ਼ਤ ਜਾਂ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ।**
- **ਜੇ ਤੁਸੀ ਇਕਲੇ ਹੋ, ਤੁਸੀ ਛੋਟਾ ਫਾਰਮ ਵਰਤਨ ਦੇ ਕਾਬਲ ਵੀ ਹੋ. ਇਥੇ ਜਾਉ** HealthCare.gov.
- ਯੋਗ ਪ੍ਰਵਾਸੀਆਂ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਆਵੇਦਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣ ਤੇ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਆਵੇਦਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਆਵੇਦਨ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਵਾਸੀ ਹਾਲਤ ਜਾਂ ਸਥਾਈ ਨਿਵਾਸੀ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕ ਬਣਨ ਦੀਆਂ ਸੰਭਾਵਨਾਵਾਂ ’ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ।
- **ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਈ ਮਦਦ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਿਚ, ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭਾਗ ਸੀ ਭਰਨਾ ਪਵੇ.**

ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ (SSN) (ਜਾਂ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਲੋੜ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਯੋਗ ਪ੍ਰਵਾਸੀ ਲਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰਬਰ)।
- ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਅਤੇ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਰਸੀਦਾਂ, W-2 ਫਾਰਮ, ਜਾਂ ਦਿਹਾੜੀ ਅਤੇ ਟੈਕਸ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ)।
- **ਮੌਜੂਦਾ ਹੈਲਥ ਇੰਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਪੋਲਿਸੀ ਦੇ ਨੰਬਰ**
- ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਜ-ਸੰਬੰਧੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ।

ਅਸੀ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲੋ ਕਿਉ ਲੈਣਾ ਚਹੁਦੇ ਹਾਂ?

ਅਸੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਪੁਛਦੇ ਹਾਂ ਤੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੇਦੇ ਹਾਂ ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਦੇ ਹਾ ਕਿ ਤੁਸੀ ਕਿਹੜੀ ਕਵਰਜ਼ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਤੇ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਸਤੇ ਪੈਸੇ ਦੀ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੋਵੇ. ਅਸੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਤੁਸੀ ਦਿਉਗੇ ਨੂੰ ਛੁਪਾ ਕੇ ਸੁਰਿਖਅਤ ਰਖਾਂਗੇ, ਜਿਦਾਂ ਕਨੂੰਨ ਮੰਗਦਾ ਹੈ. ਪ੍ਰਾਈਵੇਸੀ ਐਕਟ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਲਈ, HealthCare.gov ‘ਤੇ ਜਾਓ, ਜਾਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ।

ਅਗੇ ਕੀ ਹੋਰੇਗਾ?

ਰੱਖਣ ਲਈ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਬਣਾਓ, ਫਿਰ ਆਪਣੀ ਪੂਰੀ, ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਪੰਨਾ 8 ‘ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ ‘ਤੇ ਭੇਜੋ। **ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪੁੱਛੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ’ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਜਮ੍ਹਾ ਕਰਾਓ।** ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ 1-2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਅੰਦਰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਾਂਗੇ, **ਅਤੇ ਜੇ ਸਾਨੂੰ ਵਧੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਤੋਂ ਕਾਲ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ।** ਸਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਧੀਨ ਲੈਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੇਲ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪਾਤਰਤਾ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗਾ। ਜੇ ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਕੋਈ ਕਾਲ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਕਾਲ ਸੈਂਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਭਰਨ ਦਾ ਇਹ ਮਤਲਬ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਖਰੀਦਣੀ ਪਵੇਗੀ।

ਅਰਜ਼ੀ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਲਵੋਂ

- **ਆਨਲਾਈਨ:** HealthCare.gov.
- **ਫ਼ੋਨ:** ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਕਾਲ ਸੈਂਟਰ ਨੰਬਰ **1-800-318-2596** ’ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਯੂਜ਼ਰ **1-855-889-4325** ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- **ਖੁਦ: ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਇਲਾਕੇ ਵਿਚ ਸਲਾਹਕਾਰ ਹੋਣ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ.ਜਾਉ:** HealthCare.gov, **ਜਾਂ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਸੈਟਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596 ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ.**
- **ਦੂਜੀਆਂਭਾਸ਼ਾਂਵਾ: ਜੇਤੁਹਾਨੂੰਅੰਗਰੇਜ਼ੀਤੋਇਲਾਵਾਕਿਸੇਹੋਰਭਾਸ਼ਾਵਿਚਮਦਦਚਾਹੀਦੀਹੈ, ਕਾਲਕਰੋ 1-800-318-2596 ਤੇਕਸਟਮਰਸਰਵਿਸਦੇਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀਨੂੰਆਪਨੀਭਾਸ਼ਾਜੋਚਾਹੀਦੀਹੈਦਸੋ. ਤੁਹਾਨੂੰਮਦਦਲੈਣਲਈਕੋਈਪੈਸਾਨਹੀਦੇਨਾ ਪਵੇਗਾ.**

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇੱਕ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਬ੍ਰੇਲ, ਜਾਂ ਆਡੀਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਵਿਤਕਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਵੀ ਹੈ। **CMS.gov/accessibility-nondiscrimination** ਤੇ ਜਾਓ ਜਾਂ **1-800-318-2596** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਉਪਭੋਗਤਾ **1-855-889-4325** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

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

ਕੇਵਲ ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਗੂੜ੍ਹੇ ਨੀਲੇ ਰੰਗ ਦੀ ਸਿਆਹੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਲਿਖਾਵਟ ਵਿੱਚ ਲਿਖੋ।
ਸ਼ਰਕਲ ਭਰੋ (◯) ਇਸ ਤਰਾਂ → ●.

ਸ਼ਬ ਤੌਂ ਪਹਿਲੇ: ਆਪਨੇ ਬਾਰੇ ਦਸੋ

(ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜੀ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਵਅਿਕਤੀ ਹੋਣ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਪਰਵਿਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਵਚਿੋਂ ਕਸਿ ਇੱਕ ਬਾਲਗ ਵਅਿਕਤੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।)

1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ | ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ | ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਮ | ਤਖਲਸ

2. ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇ ਨਹੀ ਹੈ ਤਾਂ ਖਾਲੀ ਛਡੋ.) | 3. ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ 2

4. ਸ਼ਹਿਰ | 5. ਸਟੇਟ | 6. ਜਿਪ ਕੋਡ | 7. ਕਾਉਂਟੀ

8. ਮੇਲਿੰਗ ਪਤਾ(ਜੇ ਘਰ ਦੇ ਪਤੇ ਤੋ ਅਲਗ ਹੈ) | 9. ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ 2

10. ਸ਼ਹਿਰ | 11. ਸਟੇਟ | 12. ਜਿਪ ਕੋਡ | 13. ਕਾਉਂਟੀ

14. ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ( ) - | 15. ਦੂਜਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ( ) -

16. ਅਰਜੀ ਬਾਰੇ ਜਾਨਕਾਰੀ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ?............ ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

ਈਮੇਲ ਦਾ ਪਤਾ:

17. ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ | ਲਖਿੀ ਹੋਈ | ਬੋਲੀ ਗਈ

ਸਟੈਪ 2: ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

ਕਿਸ ਦਾ ਨਾਮ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿਚ ਪਾਨਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹੋ?

ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਚਰਣ 2 ਪੰਨੇ ਪੂਰੇ ਭਰੋ, ਭਾਵੇਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੀ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਆਵੇਦਨ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਹਰ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰੀਨ ਕਵਰੇਜ ਮਿਲ ਸਕੇ। ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਰਾਸ਼ੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਕਿਸਮ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਆਮਦਨੀ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਭਾਵੇਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਬਾਲਗਾਂ ਵਾਸਤੇ ਜਿਨਾਂ ਨੂੰ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ:
ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਮ ਵੀ ਲਿਖੋ ਭਾਂਵੇ ਉਹ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ਼ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ ਨਹੀ ਕਰ ਰਹੇ:

- **ਕੋਈ ਪਤੀ ਪਤਨੀ**
- ਸੌਤੇਲੇ ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ, 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਪੁੱਤਰ ਜਾਂ ਧੀ ਜਿਸ ਨਾਲ ਉਹ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।
- **ਹੋਰ ਕੋਈ ਜਿਸ ਦਾ ਨਾਮ ਤੁਹਾਡੇ ਫੈਦਰਲ ਟੈਕਸ ਤੇ (ਜੋ 21 ਸਾਲ ਤੋ ਜਿਆਦਾ ਟੈਕਸ ਤੇ ਕਲੇਮ ਕੀਤੇ) ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਲੈਨ ਲਈ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀ**

ਉਨਾਂ ਬਚਿਆਂ ਵਾਸਤੇ ਜੋ 21 ਸਾਲ ਤੋ ਘਟ ਤੇ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਦੀ:
ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਮ ਵੀ ਲਿਖੋ ਭਾਂਵੇ ਉਹ ਆਪ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜੀ ਨਹੀ ਦੇ ਰਹੇ:

- **ਕੋਈ ਮਾਂ ਬਾਪ (ਚਾਹੇ ਮਤਰਏ) ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ**
- **ਕੋਈ ਭੈਂਣ ਭਰਾ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ**
- **ਕੋਈ ਬੇਟਾ ਜਾਂ ਬੇਟੀ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਚਾਹੇ ਮਤਰਏ ਹਨ**
- ਕੋਈ ਵੀ ਪਤੀ / ਪਤਨੀ ਜਿਸ ਨਾਲ ਉਹ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।
- **ਹੋਰ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਉਸੇ ਫੈਡਰਲ ਟੈਕਸ ਤੇ ਹੈ. ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਵਾਸਤੇ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀ ਹੈ ਤੁਹਾਂਨੂੰ.**

ਆਪਣੇ ਹਰੇਕ ਪਰਿਵਾਰਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਚਰਣ 2 ਪੂਰਾ ਭਰੋ।
ਖ਼ੁਦ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ, ਫਿਰ ਹੋਰ ਬਾਲਗ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ 2 ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਅਕਤੀ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਨਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਬਣਾਉਣੀ ਪਵੇਗੀ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋਵੇਗੀ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ SSNs ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਕਾਨੂੰਨ ਮੁਤਾਬਿਕ, ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅਸੀਂ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਾਂਗੇ। ਅਸੀਂ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਲਈ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ।

ਸਟੈਪ 2: 1 ਵਿਅਕਤੀ (ਆਪਣੇ ਬਾਰੇ ਦਸੋ)

ਆਪਣੇ, ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ / ਸਾਥੀ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ, ਅਤੇ / ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਸਮਾਨ ਫੈਡਰਲ ਆਮਦਨ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਫਾਈਲ ਕਰਨ ਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਚਰਣ 2 ਪੂਰਾ ਕਰੋ। ਕਿਸ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਹੈ ਇਸ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਪੰਨਾ 1 ਵੇਖੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਦਾਇਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਵੀ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਯਾਦ ਰੱਖੋ।

1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ | ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ | ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਮ | ਪਿਛਲਾ ਨਾਮ

2. ਵਿਅਕਤੀ 1 ਨਾਲ ਕੀ ਸਬੰਧ ਹੈ: ਆਪ

3. ਤੁਸੀ ਸ਼ਾਦੀ ਸ਼ੁਦਾ ਹੋ? ○ ਹਾਂ ○ ਨਾਂ

4. ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ(ਮਮ/ਦਦ/)

5. ਲਿੰਗ (ਸੈਕਸ) ○ ਔਰਤ ○ ਆਦਮੀ

6. **ਸੋਸ਼ਲ ਸਕੋਰਿਟੀ ਨੰਬਰ** (SSN)

★ **ਸਾਨੂੰ ਇੱਕ SSN ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ SSN ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਉਸਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ|** ਅਸੀਂ ਇਹ ਵੇਖਣ ਲਈ ਕਿ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਦੀ ਮਦਦ ਦੇ ਯੋਗ ਕੌਣ ਹੈ, ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ SSN ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। SSN ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ **SSA.gov** ਵੇਖੋ ਜਾਂ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ 1-800-772-1213 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਯੂਜ਼ਰ 1-800-325-0778 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

7. **ਤੁਸੀ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਫੈਦਰਲ ਟੈਕਸ ਰੀਟਰਨ ਵਾਸਤੇ ਪਲਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ? ਤੁਸੀ ਫਿਰ ਵੀ ਅਰਜੀ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੇ ਤੁਸੀ ਫੈਦਰਲ ਟੈਕਸ ਰੀਟਰਨ ਨਹੀ ਕਰਦੇ**

○ ਹਾਂ। ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ a ਤੋਂ c ਤੱਕ ਆਈਟਮਾਂ ਦਾ ਉੱਤਰ ਦਿਓ ○ ਨਹੀਂ। ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਆਈਟਮ c 'ਤੇ ਜਾਓ।

a. ਤੁਸੀ ਆਪਨੇ ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਨਾਲ ਇਕਠੇ ਫਾਈਲ ਕਰਨਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹੋ? ○ ਹਾਂ ○ ਨਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ:

b. ਤੁਸੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਤੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਕਲੇਮ ਕਰਨਾ ਹੈ? ○ ਹਾਂ ○ ਨਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਸਭ ਦੇ ਨਾਮ ਦੀ ਲਿਸਟ ਲਿਖੋ:

c. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਨੇ ਕਲੇਮ ਕਰਨਾ ਆਪਨੇ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਤੇ? ○ ਹਾਂ ○ ਨਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਂ ਦੱਸੋ: | **ਤੁਸੀ ਉਸ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲਰ ਦੇ ਕੀ ਲਗਦੇ ਹੋ?**

8. ਤੁਸੀ ਗਰਬਵਤੀ ਹੋ? ○ ਹਾਂ ○ ਨਾਂ a. **ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿੰਨੇ ਬਚੇ ਹਨ ਗਰਬ ਵਿਚ?**

9. **ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਚਾਹੀਦੀ? ਭਾਂਵੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕਵਰਜ਼ ਹੈ, ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਧੀਆ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਾਲੀ ਜ਼ਾ ਘਟ ਪੈਸਿਆਂ ਵਾਲੀ ਕਵਰਜ਼ ਮਿਲ ਜਾਏ.**

○ **ਹਾਂ. ਜੇ ਹਾਂ, ਹੇਠਲੇ ਸਭ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਉ.** ○ **ਨਾਂਹ. ਜੇ ਨਾਂਹ, ਸਿਧੇ ਪੇਜ਼ ੩ ਤੇ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਸਵਾਲ ਤੇ ਜਾਉ.ਬਾਕੀ ਦਾ ਪੇਜ਼ ਖਾਲੀ ਛਡ ਦਿਉ.**

10. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੀ ਸਰੀਰਕ, ਮਾਨਸਿਕ, ਜਾਂ ਭਾਵਨਾਤਮਕ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਹੋ ਜੋ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ (ਜਿਵੇਂ ਨਹਾਉਣਾ, ਕੱਪੜੇ ਪਹਿਨਣਾ, ਰੋਜ਼ਮਰਾ ਦੇ ਕੰਮ, ਆਦਿ) ਨੂੰ ਸੀਮਿਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਲਈ ਇੱਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੁਵਿਧਾ ਜਾਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ? ○ ਹਾਂ ○ ਨਾਂ

11. ਤੁਸੀ **ਅਮਰੀਕਾ ਦੇ ਨਾਗਰਿਕ** ਹੋ? ○ ਹਾਂ ○ ਨਾਂ

12. ਕੀ ਤੁਸੀ ਅਸਲੀ ਜਾਂ ਬਨਾਏ ਗਏ ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ? *(ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਪੈਦਇਸ਼ ਅਮਰੀਕਾ ਤੋ ਬਾਹਰ ਹੋਈ)*

○ **ਹਾਂ. ਜੇ ਹਾਂ, ਏ ਤੇ ਬੀ ਭਰੋ.** ○ **ਨਾਂਹ. ਜੇ ਨਾਂਹ,** 13**ਵੇ ਸਵਾਲ ਤਕ ਚਾਲੂ ਰਖੋ.**

a. ਏਲਿਅਨ ਨੰਬਰ: | b. **ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੰਬਰ:**

ਏ ਤੇ ਬੀ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਤੋ ਬਾਅਦ 14**ਵੇ ਸਵਾਲ ਤੇ ਚਲੇ ਜਾਉ.**

13. **ਜੇ ਤੁਸੀ ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀ ਹੋ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਕੋਈ ਪਕਾ ਸਟੇਟਸ ਹੈ?** ○ **ਹਾਂ. ਕਿਹੜੇ ਪੇਪਰ ਹਨ ਜਾਂ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ.** ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਇਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਕਾਗਜ਼ ਟਾਈਪ | **ਸ਼ਟੇਟਸ ਟਾਈਪ (ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀ)** | **ਉਹ ਨਾਮ ਹੀ ਲਿਖੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਇਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਕਾਗਜ਼ਾਂ ਤੇ ਹੈ.**

ਏਲਿਅਨ ਜਾਂ I–੯੪ ਨੰਬਰ | **ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਪਾਸਪੋਰਟ ਨੰਬਰ**

ਸ਼ਓਡੀਸ਼ ਾਂਦ ਜਾਂ ਖਤਮ ਹੋਨ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ (ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀ) | **ਕੁਛ ਹੋਰ (ਕੇਟਗਰੀ ਕੋਡ ਜਾਂ ਦੇਸ਼ ਵਲੋ ਜਾਰੀ)**

a. **ਕੀ ਤੁਸੀ ੧੯੯੬ ਤੋ ਅਮਰੀਕਾ ਵਿਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ?** ○ ਹਾਂ ○ ਨਾਂ

b. **ਕੀ ਤੁਸੀ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਪਤੀ ਜਾ ਪਤਨੀ ਜਾ ਮਾਂ ਬਾਪ ਨੇ ਕਦੀ ਯੁ.ਐਸ ਦੀ ਫੌਜ ਵਿਚ ਭਰਤੀ ਹੋਏ ਜਾਂ ਐਕਿਟਵ ਡਉਟੀ ਦਿਤੀ?** ○ ਹਾਂ ○ ਨਾਂ

14. **ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ** 3 **ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਮੈਡਿਕਲ ਬਿਲ ਚੁਕਾਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ?** ○ ਹਾਂ ○ ਨਾਂ

15. **ਕੀ ਤੁਸੀ ਘਟ ਤੋ ਘਟ ਇਕ ਬਚੇ ਨਾਲ ਜੋ ੧੯ ਸਾਲ ਤੋ ਘਟ ਹੈ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ,ਅਤੇ ਬਚੇ ਦਾ ਧਿਆਨ ਤੁਸੀ ਰਖਦੇ ਹੋ?**
(ਚੁਣੋ "ਹਾਂ" ਜੇ ਬਚੇ ਦਾ ਧਿਆਨ ਤੁਸੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਤੀ ਪਤਨੀ ਰਖਦੇ ਹੋ) ○ ਹਾਂ ○ ਨਾਂ

19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਨਾਂ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਿਾਰ ਵੱਚਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਦਿੇ ਹਨ:

16. **ਕੀ ਤੁਸੀ ਫੁਲ ਟਾਈਮ ਵਿਦਆਰਥੀ ਹੋ?** ○ ਹਾਂ ○ ਨਾਂ

17. **ਕੀ ਤੁਸੀ ਕਦੀ ਨਕਲੀ ਮਾਂ ਪਿਉ ਕੋਲ ਰਹੇ ਜਦੋ ਤੁਸੀ** 18 **ਸਾਲ ਜਾਂ ਵਡੇ ਸੀ?** ○ ਹਾਂ ○ ਨਾਂ

ਮਰਜ਼ੀ ਮੁਤਬਿਕ: (ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਨਾਲ ਯੋਗਤਾ, ਯੋਜਨਾ ਵਿਕਲਪਾਂ, ਜਾਂ ਲਾਗਤਾਂ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ।)

19. **ਨਸਲ:** ○ ਗੋਰੇ ○ ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ ○ ਅਮਰੀਕਨ ਇਨਡਿਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਵਾਸੀ ○ ਫਿਲਪੀਨੋ ○ ਜਾਪਾਨੀ ○ ਕੋਰੀਅਨ ○ ਏਸ਼ੀਅਨ ਇਨਡਿਅਨ ○ ਚੀਨੀ ○ ਵੀਤਨਾਮੀe ○ ਦੂਸਰੇ ਏਸ਼ਅਨ ○ ਹਵਾਈ ਦੇ ਵਾਸੀ ○ ਗੁਆਮੀਅਨ ਜਾਂ ਚਾਮੋਰੋ ○ ਸਮੋਨ ○ ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਨਡਰ ○ ਕੁਛ ਹੋਰ

ਦੂਸਰਾ ਸਟੈਪ: ਵਿਅਕਤੀ 1 (ਆਪਨੇ ਨਾਲ ਚਾਲੂ ਰਖੋ.)

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ ਤੇ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

◯ **ਕੰਮ:** ਜੇ ਤੁਸੀ ਅਜ ਕਲ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਸਾਨੂੰ ਅਪਨੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਦਸੋ। ਆਈਟਮ 20 ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ।

◯ **ਕੰਮ ਨਹੀ ਕਰਦੇ:** ਆਈਟਮ 30 'ਤੇ ਜਾਓ।

◯ **ਖੁਦ ਦਾ ਕੰਮ:** ਆਈਟਮ 29 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ 1:

20. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ

a. ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ (ਵਕਿਲਪਕਿ)

b. ਸ਼ਹਿਰ | c. ਸਟੇਟ | d. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ | 21. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ( ) -

22. ਤਨਖਾਹ / ਟਿਪਸ (ਟੈਕਸ ਤੋ ਪਹਿਲੇ) $

◯ ਘੰਟੇ ਦੇ ◯ ਹਫਤੇ ਦੇ ◯ ਹਰ 2 ਹਫਤੇ ◯ ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ◯ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ◯ ਸਾਲ ਦੀ

23. ਆਮ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਦੇ ਹਰ ਹਫਤੇ

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ 2: (ਜੇ ਤੁਸੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵੀ ਨੋਕਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਗਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਇਕ ਹੋਰ ਪੇਪਰ ਨਾਲ ਚਿਟਕਾ ਦਿਉ.)

24. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ

a. ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ (ਵਕਿਲਪਕਿ)

b. ਸ਼ਹਿਰ | c. ਸਟੇਟ | d. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ | 25. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ( ) -

26. ਤਨਖਾਹ / ਟਿਪਸ (ਟੈਕਸ ਤੋ ਪਹਿਲਾਂ) $

◯ ਘੰਟਾ ਵਾਰੀ ◯ ਹਫਤਾ ਵਾਰੀ ◯ ਹਰ 2 ਹਫਤੇ ◯ ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ◯ ਮਾਹਵਾਰੀ ◯ ਸਾਲਾਨਾ

27. ਆਮ ਕਰਕੇ ਹਫਤੇ ਵਿਚ ਕਿੰਨੇ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਹੈ

28. **ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਵਿਚ, ਕੀ ਤੁਸੀ:** ◯ ਨੌਕਰੀਆਂ ਬਦਲੀਆਂ ◯ ਕੰਮ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ◯ ਕੁਛ ਘੰਟਿਆ ਵਾਸਤੇ ਕੰਮ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ◯ ਇਨਾਂ ਵਿਚੋ ਕੁਛ ਨਹੀ

29. **ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਨਾ ਕੰਮ ਹੈ, ਏ ਤੇ ਬੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਉ:**

a. ਕਿਸ ਤਰਾਂ ਦਾ ਕੰਮ:

b. ਪੂਰੀ ਆਮਦਨੀ ਕਿੰਨੀ (ਲਾਭ ਬਿਜ਼ਨੈਸ ਦੇ ਸਾਰੇ ਖਰਚੇ ਕਢਕੇ) ਮਿਲੇਗੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਆਪਨੇ ਕੰਮ ਤੋ? ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ 'ਤੇ ਜਾਓ। $

30. **ਹੋਰ ਕੋਈ ਆਮਦਨ ਇਸ ਮਹੀਨੇ:** ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਸਭ ਭਰੋ, ਰਕਮ ਦਸੋ ਤੇ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ. ਇਥੇ ਭਰੋ ਜੇ ਨਹੀ ਹੈ ◯
ਨੋਟ: ਤੁਹਾਨੂੰ ਚਾਇਲਡ ਸਪੋਰਟ ਦੀ ਆਮਦਨ ਦਸਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀ, ਨਾ ਫੌਜ਼ ਵਾਲਾ ਪੈਸਾ ਜਾਂ ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਸਕਿਉਰਟੀ ਵਾਲਾ (SSI).

◯ ਕੰਮ ਨਹੀ ਉਸ ਦੇ ਪੈਸੇ ਮਿਲਦੇ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?	◯ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਗੁਜ਼ਾਰਾ-ਭੱਤਾ (ਨੋਟ : ਕੇਵਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ 1/1/2019 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਲਾਕ ਨੂੰ ਅੰਤਮਿ ਰੂਪ ਦਤਿਾ) $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?
◯ ਪੈਨਸ਼ਨੇ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?	◯ ਖੇਤੀ ਬਾੜੀ / ਮਛਲੀ ਫੜਨੇ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?
◯ ਸੋਸ਼ਿਲ ਸਕਉਿਰਟਿ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?	◯ ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ / ਰੋਇਲਟੀ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?
◯ ਰਿਟਾਇਅਰਮੈਟ ਦਾ ਖਾਤੇ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?	◯ ਹੋਰ ਆਮਦਨੀ, ਪ੍ਰਕਾਰ : $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?

31. **ਕਟੌਤੀਆਂ:** ਸਭ ਭਰੋ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ, ਰਕਮ ਦਸੋ ਤੇ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ ਭਰਦੇ ਹੋ, ਜੇ ਤੁਸੀ ਕੁਛ ਖਾਸ ਚੀਜ਼ਾ ਵਾਸਤੇ ਭਰਦੇ ਹੋ ਤੇ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਟੌਤੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਸਾਨੂੰ ਉਸ ਬਾਰੇ ਦਸਨ ਨਾਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਦੀ ਕੀਮਤ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ. ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਅਦਾ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਸ਼ੁੱਧ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ (ਸਵਾਲ 29b) ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਵਿਚਾਰੀ ਗਈ ਲਾਗਤ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ।.

◯ ਐਲੀਮਨੀ ਭਰ ਚੁਕੇ (ਨੋਟ : ਕੇਵਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ 1/1/2019 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਲਾਕ ਨੂੰ ਅੰਤਮਿ ਰੂਪ ਦਤਿਾ) $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?	◯ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਕਟੌਤੀ, ਪ੍ਰਕਾਰ : $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?
◯ ਪੜਾਈ ਕਰਜ਼ੇ ਦਾ ਵਿਆਜ਼ੇ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?	

32. ਇਸ ਸਵਾਲ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਸਾਲ ਦੌਰਾਨ ਬਦਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਾਲ ਦੇ ਕੁਝ ਹਿੱਸੇ ਲਈ ਨੌਕਰੀ 'ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕੁਝ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ **ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦਾ ਕਿ ਮਹੀਨੇ ਆਮਦਨ ਵਿਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਨਹੀ ਆਏਗਾ, ਅਗਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਤੇ ਜਾਉ.** ➜

ਇਸ ਸਾਲ ਦੀ ਪੂਰੀ ਅਮਦਨੀ	ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਪੂਰੀ ਆਮਦਨੀ (ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਇਹ ਵੱਖਰੀ ਹੋਵੇਗੀ)
$	$ ◯ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਅਨੁਮਾਨ ਲਗਾਉਣਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋਵੇਗਾ ਤਾਂ ਭਰੋ।

ਧੰਨਵਾਦ! ਅਸੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਬਸ ਇਨਾਂ ਹੀ ਜਾਨਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ.

ਪੂਰਾ ਨਾ ਕਰੋ। ਇਹ ਕੇਵਲ ਸੂਚਨਾਤਮਕ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਹੈ।

ਸਟੈਪ 2: ਦੂਸਰਾ ਵਿਅਕਤੀ

ਨੋਟ: ਜੇ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ਼ ਨਹੀ ਚਾਹੀਦੀ, ਇਸ ਪੇਜ਼ ਤੇ ਸਿਰਫ 1-10 ਤਕ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਉ. 4 ਤੇ 5 ਪੇਜ਼ ਦੀ ਕਾਪੀ ਬਨਾ ਲਉ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿਚ 2 ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲੋਕ ਹਨ.

ਇਹ ਪੇਜ਼ ਆਪਣੇ ਪਤੀ ਪਤਨੀ ਤੇ ਬਚੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਨਾਲ ਪੂਰਾ ਕਰੋ, ਤੇ / ਜਾਂ ਜਿਸ ਦਾ ਨਾਮ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰੀਟਰਨ ਤੇ ਹੈ ਜੇ ਤੁਸੀ ਫਾਈਲ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਫ਼ਾਈਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਸ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਯਾਦ ਰੱਖੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। **ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਪਹਿਲਾ ਪੇਜ਼ ਦੇਖੋ ਕਿ ਕਿਸ ਦਾ ਨਾਮ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।**

1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ | ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ | ਆਖਰੀ ਨਾਮ | ਤਖਲਸ

2. **ਵਿਅਕਤੀ** 1 **ਨਾਲ ਕੀ ਰਿਸ਼ਤਾ?** ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ 'ਤੇ ਜਾਓ

3. **ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਸ਼ਾਦੀਸ਼ੁਦਾ ਹੈ?** ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

4. **ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ** (mm/dd/yyyy) ___ / ___ / ___

5. **ਲਿੰਗ** ◯ ਔਰਤ ◯ ਆਦਮੀ

6. **ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਉਰਟੀ ਨੰਬਰ** (SSN) ___ - ___ - ___

★ **ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੇ 2 ਨੰਬਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤੇ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਸ ਸ ਨ ਹੈ.**

7. **ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਵਿਅਕਤੀ** 1 **ਨਾਲ ਉਸੇ ਪਤੇ ਤੇ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ?** ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ
   ਜੇ ਨਹੀ, ਪਤਾ ਭਰੋ:

8. **ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੇ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਦਾ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਹੈ?** (ਤੁਸੀ ਫਿਰ ਵੀ ਕਵਰਜ਼ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਭਾਂਵੇ ਵਿਅਕਤੀ ੨ ਫੇਦਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲ ਨਹੀ ਕਰਦਾ.)
   ◯ ਹਾਂ। ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ a ਤੋਂ c ਤੱਕ ਆਈਟਮਾਂ ਦਾ ਉੱਤਰ ਦਿਓ ◯ ਨਹੀਂ। ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਆਈਟਮ c 'ਤੇ ਜਾਓ।
   a. **ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਆਪਨੇ ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਨੂੰ ਨਾਲ ਭਰੇਗਾ?** ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ
      ਜੇ ਹਾਂ, ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ:
   b. **ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਆਪਨੇ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਤੇ ਕੋਈ ਡਿਪੈਨਡੇਟ ਕਲੇਮ ਕਰਦਾ ਹੈ?** ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ
      ਜੇ ਹਾਂ, ਲਿਖੋ ਨਾਮ(ਸ) ਡਿਪੈਨਡੇਟਸ ਦੇ:
   c. **ਕੀ** 2 **ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੇ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਤੇ ਡਿਪੈਨਡੇਟ ਹੈ?** ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ
      ਜੇ ਹਾਂ, ਕਰ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਂਅ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ: | **ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਦੀ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲਰ ਨਾਲ ਕੀ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰੀ ਹੈ?**

9. **ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਗਰਬਵਤੀ ਹੈ?** ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ a. **ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿੰਨੇ ਬਚੇ ਹਨ ਇਸ ਗਰਬ ਵਿਚ?**

10. **ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਚਾਹੀਦੀ?** (ਭਾਂਵੇ ਵਿਅਕਤੀ *2* ਕੋਲ ਕਵਰਜ਼ ਹੈ, ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਵਧੀਆ ਜਾਂ ਸਸਤੀ ਕਵਰਜ਼ ਮਿਲ ਜਾਏ)
    ◯ **ਹਾਂ.ਜੇ ਹਾਂ, ਹੇਠਲੇ ਸਭ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਉ.** ⬇ ◯ **ਨਾਂਹ. ਜੇ ਨਾਂਹ, ਆਮਦਨ ਸਵਾਲ ਪੇਜ਼** 5 **ਤੇ ਪਹੁੰਚ ਜਾਉ. ਬਾਕੀ ਦਾ ਪੇਜ਼ ਖਾਲੀ ਛਡ ਦਿਉ.** ➡

11. ਕੀ ਵਿਅਿਕਤੀ 2 ਦੀ ਸਰੀਰਕ, ਮਾਨਸਕਿ ਜਾਂ ਭਾਵਨਾਤਮਕ ਸਹਿਤ ਸਥਤਿੀ ਅਜਹਿੀ ਹੈ ਜੋ ਕੰਮਾਂ (ਜਵਿੇਂ ਕ ਿਨਹਾਉਣਾ, ਪਹਰਿਾਵਾ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮਾਂ, ਆਦ) ਵੱਚਿ ਰੁਕਾਵਟ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੀ ਹੈ, ਕਸਿੇ ਖ਼ਾਸ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹੂਲਤ ਜਾਂ ਨਰਸਗਿ ਹੋਮ ਵੱਚਿ ਰਹਦਿਾ ਹੈ? ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

12. **ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਯੂ.ਐਸ. ਦਾ ਨਾਗਰਿਕ ਹੈ ਜਾਂ ਯੂ.ਐਸ ਦਾ ਵਾਸੀ?** ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

13. **ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਅਸਲੀ ਨਾਗਰਿਕ ਹੈ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਲਿਤੀ ਹੋਈ ਹੈ?** (ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਕਿ ਉਹ ਯੂ.ਐਸ. ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪੈਦਾ ਹੋਏ.)
    ◯ **ਹਾਂ. ਜੇ ਹਾਂ, ਏ ਅਤੇ ਬੀ ਭਰੋ.** ◯ **ਨਾਂਹ. ਜੇ ਨਾਂਹ,** 14 **ਸਵਾਲ ਤੇ ਚਾਲੂ ਰਖੋ.**
    a. **ਏਲੀਅਨ ਨੰਬਰ** | b. **ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੰਬਰ** | **ਜਦੋ ਤੁਸੀ ਏ ਅਤੇ ਬੀ ਭਰ ਲਉਗੇ, ਸਵਾਲ** 15 **ਤੇ ਚਲੇ ਜਾਉ.**

14. **ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਅਮਰੀਕਾ ਦਾ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀ ਜਾਂ ਅਮਰੀਕਾ ਦਾ ਵਾਸੀ ਨਹੀ, ਉਹਨਾਂ ਕੋਲ ਕੋਈ ਕਨੂੰਨੀ ਸਟੇਟਸ ਹੈ?** ◯ **ਹਾਂ. ਕਿਸ ਟਾਈਪ ਦੇ ਪੇਪਰ ਹਨ ਤੇ ਆਈ. ਡੀ ਨੰਬਰ.ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਖੋ.**
    ਇੰਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਪੇਪਰ ਦੀ ਕਿਸਮ: | **ਸ਼ਟੇਟਸ ਦੀ ਕਿਸਮ (ਮਰਜ਼ੀ ਅਨੁਸਾਰ):** | **ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਦਾ ਨਾਮ ਉਹ ਹੀ ਲਿਖੋ ਜੋ ਇਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਕਾਗਜ਼ਾਂ ਤੇ ਹੈ.**
    ਏਲੀਅਨ ਜਾਂ ਆਈ–94 **ਨੰਬਰ** | **ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਪਾਸਪੋਰਟ ਨੰਬਰ**
    SEVIS ID **ਜਾਂ ਖਤਮ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ (ਮਰਜੀ)** | **ਹੋਰ (ਕੈਟਗਰੀ ਕੋਡ ਜਾ ਜਿਸ ਦੇਸ਼ ਨੇ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ)**
    a. **ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਅਮਰੀਕਾ ਵਿਚ** 1996 **ਤੋਂ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹਨ?** ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ
    b. **ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ** 2**, ਜਾ ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਦੀ ਪਤਨੀ ਜਾ ਪਤੀ ਜਾਂ ਮਾਂ ਬਾਪ, ਅਮਰੀਕਾ ਦੀ ਫੋਜ਼ ਵਿਚ ਸਾਬਕਾ ਜਾ ਡਿਊਟੀ ਦਿਤੀ?** ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

15. **ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ** 3 **ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਬਿਲ ਚੁਕਾਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ?** ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

16. **ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਘਟ ਤੋਂ ਘਟ ਇਕ ਬਚੇ ਨਾਲ ਜੋ** 19 **ਸਾਲ ਤੋਂ ਘਟ ਹੈ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀ** 1 **ਮੁਖ ਹੈ ਜੋ ਬਚੇ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰਖਦੇ ਹਨ?**
    (ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਇਸ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ "ਹਾਂ" ਭਰੋ।) ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

17. **ਸਾਨੂੰ ਉਹਨਾ ਸਾਰਿਆ ਬਚਿਆਂ ਦੇ ਨਾਮ ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਨਾਲ ਕੀ ਰਿਸ਼ਤਾ ਹੈ ਦਸੋ ਜੋ ਉਸ ਦੇ ਘਰ ਵਿਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ: (ਇਹ ਬਚੇ ਉਹ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਨੇ ਜੋ ਪੇਜ਼** *2* **ਤੇ ਹਨ.)**

ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 **ਫੋਸਟਰ ਕੇਅਰ ਵਿਚ ਰਿਹਾ** 18 **ਸਾਲ ਜਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਉਮਰ ਵਿਚ?** ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਨਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਉ ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਹੈ 22 ਸਾਲ ਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਛੋਟਾ:

18. **ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਨੂੰ ਨੌਕਰੀ ਰਾਂਹੀ ਇਨਸ਼ੁਰੈਨਸ ਮਿਲੀ ਤੇ ਪਿਛਲੇ** 3 **ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਖਤਮ ਹੋ ਗਈ?** ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ
    a. **ਜੇ ਹਾਂ, ਖਤਮ ਹੋਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ:** ___ / ___ / ___ b. **ਕਿਸ ਕਾਰਨ ਇਨਸ਼ੋਰਨਸ ਖਤਮ ਹੋਈ:**

19. **ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ** 2 **ਫੁਲ ਟਾਈਮ ਵਿਦਆਰਥੀ ਹੈ?** ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

ਮਰਜ਼ੀ ਮੁਤਬਿਕ: (ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਨਾਲ ਯੋਗਤਾ, ਯੋਜਨਾ ਵਿਕਲਪਾਂ, ਜਾਂ ਲਾਗਤਾਂ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ।)

21. **ਨਸਲ:** ◯ **ਗੋਰੇ** ◯ **ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ** ◯ **ਅਮਰੀਕਨ ਇਨਡਿਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਵਾਸੀ** ◯ **ਫਿਲਪੀਨੋ** ◯ **ਜਾਪਾਨੀ** ◯ **ਕੋਰੀਅਨ** ◯ **ਏਸ਼ੀਅਨ ਇਨਡਿਅਨ** ◯ **ਚੀਨੀ** ◯ **ਵੀਤਨਾਮੀe** ◯ **ਦੂਸਰੇ ਏਸ਼ਅਨ** ◯ **ਹਵਾਈ ਦੇ ਵਾਸੀ** ◯ **ਗੁਆਮੀਅਨ ਜਾਂ ਚਾਮੋਰੋ** ◯ **ਸਮੋਨ** ◯ **ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਨਡਰ** ◯ **ਕੁਛ ਹੋਰ**

ਸਟੈਪ 2: ਵਿਅਕਤੀ 2

ਸਾਨੂੰ ਦਸੋ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਕਿੰਨੀ ਆਮਦਨ ਹੈ.
ਇਹ ਵਰਕਾ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਭਾਂਵੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਨਹੀ ਚਾਹੀਦੀ.

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ ਤੇ ਆਮਦਨ ਦੀ ਜਾਨਕਾਰੀ

○ **ਕੰਮ ਬਾਰੇ:** ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਅਜਕਲ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਸਾਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਆਈਟਮ 22 ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ।
○ **ਕੰਮ ਨਹੀ ਕਰਦੇ:** ਆਈਟਮ 32 'ਤੇ ਜਾਓ।
○ **ਖੁਦ ਦਾ ਕੰਮ:** ਆਈਟਮ 31 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ 1

22. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ

a. ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ (ਵਕਿਲਪਕਿ)

b. ਸ਼ਹਿਰ | c. ਸਟੇਟ | d. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ | 23. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ( ) -

24. ਤਨਖਾਹ / ਟਿਪਸ (ਟੈਕਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) $
○ ਘੰਟਾ ਵਾਰੀ ○ ਹਫਤਾ ਵਾਰੀ ○ ਹਰ 2 ਹਫਤੇ ○ ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ○ ਮਾਹਵਾਰੀ ○ ਸਾਲਾਨਾ

25. ਆਮ ਕਰਕੇ ਹਫਤੇ ਵਿਚ ਕਿੰਨੇ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਹੈ

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ 2: (ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨੌਕਰੀਆਂ ਹਨ, ਨਾਲ ਹੋਰ ਪੇਪਰ ਟੰਗ ਦਿਉ)

26. ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਮ

a. ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ (ਵਕਿਲਪਕਿ)

b. ਸ਼ਹਿਰ | c. ਸਟੇਟ | d. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ | 27 ਮਾਲਕ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ( ) -

28. ਤਨਖਾਹ / ਟਿਪਸ (ਟੈਕਸ ਤੋ ਪਹਿਲੇ) $
○ ਘੰਟੇ ਦੇ ○ ਹਫਤੇ ਦੇ ○ ਹਰ 2 ਹਫਤੇ ○ ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ○ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ○ ਸਾਲ ਦੀ

29. ਆਮ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਦੇ ਹਰ ਹਫਤੇ

30. **ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ, ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੇ:** ○ ਨੌਕਰੀਆਂ ਬਦਲੀਆਂ ○ ਕੰਮ ਨਹੀ ਕੀਤਾ ○ ਕੰਮ ਕੁਛ ਘੰਟੇ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ○ ਜਾਂ ਇਨਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕੁਛ ਨਹੀ

31. ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ a ਅਤੇ b ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ:
   a. ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦਾ ਕੰਮ:
   b. ਕਿੰਨੀ ਆਮਦਨੀ ਹੋਏਗੀ (ਸਾਰੇ ਬਿਜ਼ਨੈਸ ਦੇ ਖਰਚੇ ਕਢਕੇ ਲਾਭ) ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਆਪਨੇ ਕੰਮ ਵਿਚੋ? $
   ਨਰਿਦੇਸ਼ਾਂ 'ਤੇ ਜਾਓ।

32. **ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਆਮਦਨ ਇਸ ਮਹੀਨੇ:** ਸਭ ਭਰੋ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ, ਰਕਮ ਦਸੋ ਤੇ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੂੰ. ਇਥੇ ਭਰੋ ਜੇ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀ. ○
ਨੌਟ: ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਜੇ ਬਚੇ ਦੀ ਸਪੋਰਟ ਤੋਂ, ਫੌਜ਼ ਤੋਂ ਜਾਂ ਸਪਲੀਮੈਂਟ ਸਕਿਉਰਟੀ (ਸਸਆਈ) ਤੋਂ ਹੈ ਫਿਰ ਦਸਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀ.

○ ਕੰਮ ਨਹੀ ਉਸ ਦੇ ਪੈਸੇ ਮਿਲਦੇ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?
○ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਗੁਜ਼ਾਰਾ-ਭੱਤਾ (ਨੋਟ: ਕੇਵਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ, ਜਨ੍ਹਿਾਂ ਨੇ 1/1/2019 ਤੋਂ ਪਹਲਿਾਂ ਤਲਾਕ ਨੂੰ ਅੰਤਮਿ ਰੂਪ ਦੱਤਿਾ) $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?
○ ਪੈਨਸ਼ਨੇ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?
○ ਖੇਤੀ ਬਾੜੀ / ਮਛਲੀ ਫੜਨੇ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?
○ ਸੋਸ਼ਿਲ ਸਕਉਰਿਟ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?
○ ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ / ਰੌਇਲਟੀ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?
○ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਦਾ ਖਾਤੇ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?
○ ਹੋਰ ਆਮਦਨੀ, ਪ੍ਰਕਾਰ: $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?

33. **ਕਟੌਤੀਆਂ:** ਸਭ ਭਰੋ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ, ਰਕਮ ਦਸੋ ਤੇ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਭਰਦੇ ਹੋ, ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਕੁਛ ਖਾਸ ਚੀਜ਼ਾ ਵਾਸਤੇ ਭਰਦੇ ਹੋ ਜਿਸ ਨਾਲ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਟੌਤੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਸਾਨੂੰ ਉਸ ਬਾਰੇ ਦਸਨ ਨਾਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਦੀ ਕੀਮਤ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ. ਉਸ ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਅਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਸ਼ੁੱਧ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ (ਸਵਾਲ 31b) ਦੇ ਜਵਾਬ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਵਿਚਾਰੀ ਗਈ ਲਾਗਤ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ।

○ ਐਲੀਮਨੀ ਭਰ ਚੁਕੇ (ਨੋਟ: ਕੇਵਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ, ਜਨ੍ਹਿਾਂ ਨੇ 1/1/2019 ਤੋਂ ਪਹਲਿਾਂ ਤਲਾਕ ਨੂੰ ਅੰਤਮਿ ਰੂਪ ਦੱਤਿਾ) $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?
○ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਕਟੌਤੀ, ਪ੍ਰਕਾਰ: $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?
○ ਪੜਾਈ ਕਰਜ਼ੇ ਦਾ ਵਿਆਜ਼ੇ $ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ?

34. **ਤਾਂ ਹੀ ਭਰੋ ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਆਮਦਨ ਸਾਲ ਦੇ ਦੋਰਾਨ ਬਦਲਨੀ ਹੈ, ਜ਼ਿਵੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੇ ਸਾਲ ਦੇ ਕੁਛ ਮਹੀਨੇ ਕੰਮ ਨਹੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂ ਕੁਛ ਮਹੀਨੇ ਕੋਈ ਫਾਇਦੇ ਲਏ.** ਜੇਕਰ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਆਪਣੀ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਦੀ ਉਮੀਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਵਿਅਕਤੀ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਇਸ ਸਾਲ ਦੀ ਪੂਰੀ ਆਮਦਨੀ $
ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਪੂਰੀ ਆਮਦਨੀ $
○ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਅਨੁਮਾਨ ਲਗਾਉਣਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋਵੇਗਾ ਤਾਂ ਭਰੋ।

ਧੰਨਵਾਦ! ਬਸ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਬਾਰੇ ਇਨਾਂ ਹੀ ਜਾਣਨਾ ਸੀ.

ਸਟੈਪ 3: ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਨਿਵਾਸੀ (AI / AN) ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ

1. **ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦਾ ਨਿਵਾਸੀ ਹੈ?**

◯ **ਨਾਂਹ. ਜੇ ਨਾਂਹ,** ਸਟੈਪ 4 ਤੋਂ ਚਾਲੂ ਕਰੋ ◯ **ਹਾਂ. ਜੇ ਹਾਂ,** ਸਟੈਪ 4 ਚਾਲੂ ਰਖੋਂ, ਨਾਲੇ ਅਪੈਡਿੰਕਸ ਬ ਭਰੋ ਤੇ ਅਰਜੀ ਵਿਚ ਭਰੋ

ਸਟੈਪ 4: ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ

1. ਵਿਕਲਪਿਕ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕਰੈਡਿਟ ਲਿਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਨੇ ਉਸ ਸਾਲ ਲਈ ਫਾਰਮ 1095-A ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਰਤ ਕੇ ਉਹ ਭੁਗਤਾਨ ਮਿਲਾਣ ਲਈ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਭਰੀ ਸੀ?

◯ ਹਾਂ, ਅਸੀਂ ਇੱਕ ਸੰਘੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਦਾ ਮਿਲਾਪ ਕੀਤਾ ਜਾਂ ਆਈਆਰਐਸ ਨੇ ਸਾਨੂੰ ਇੱਕ ਵਿਸਥਾਰ ਦਿੱਤਾ.

2. **ਕੀ ਇਸ ਦਰਖਾਸਤ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਮੈਡੀਕੇਡ ਜਾਂ ਚਿਲਡ੍ਰਨਸ ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CHIP) ਲਈ ਅਯੋਗ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ?**

(ਹਾਂ ਸਿਰਫ ਤਾਂ ਹੀ ਚੁਣੋ ਜੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਦੁਆਰਾ ਨਹੀਂ, ਬਲਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਕਵਰੇਜ ਵਾਸਤੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਪਇਆ ਗਿਆ ਸੀ।) .... ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

ਕੌਣ? ____________ ..

ਜਾਂ, ਕੀ ਇਸ ਆਵੇਦਨ 'ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਵਾਸੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਮੈਡੀਕੇਡ ਜਾਂ CHIP ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ? .... ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

ਕੌਣ? ____________

ਕੀ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਨੇ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਓਪਨ ਇਨਰੋਲਮੈਂਟ ਪੀਰੀਅਡ ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਯੋਗਤਾਪੂਰਵਕ ਜੀਵਨ ਈਵੈਂਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਆਵੇਦਨ ਦਿੱਤਾ ਸੀ? .... ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

ਕੌਣ? ____________

3. **ਜਿਨਾ ਦਾ ਨਾਮ ਇਸ ਅਰਜੀ ਤੇ ਭਰਿਆ ਹੈ ਕਿਸੇ ਕੋਲ ਨੋਕਰੀ ਵਲੋਂ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਹੈ?** ਹਾਂ ਲਿਖੋ ਭਾਂਵੇ ਕਵਰਜ਼ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੀ ਨੌਕਰੀ ਤੋ ਹੈ, ਜਿਵੇ ਮਾ ਬਾਪ ਜਾਂ ਪਤੀ ਪਤਨੀ, ਭਾਂਵੇ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਕਵਰਜ਼ ਨਹੀ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤ। ਨਹੀਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਵਰੇਜ ਕੇਵਲ COBRA ਹੈ।

◯ **ਹਾਂ.** ਚਾਲੂ ਰਖੋ ਤੇ ਅਪੈਂਡਿੰਕਸ ਏ ਭਰੋ. ◯ **ਨਾਂਹ.**

ਜੇ ਹਾਂ, ਕੀ ਇਹ ਸਟੇਟ ਕਰਮਚਾਰੀ ਲਾਭ ਯੋਜਨਾ ਹੈ? .... ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

ਕੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਰਵੇਜ਼ ਹੈਲਥ ਰੀਇੰਬਰਸ਼ਮੈਂਟ ਆਰੇਂਜਮੈਂਟ (HRA) ਜਾਂ ਕੁਆਲੀਫਾਈਡ ਸਮਾਲ ਇੰਪਲਾਇਰ HRA (QSEHRA) ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ? .... ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

4. **ਕਿਸੇ ਨੇ ਹੁਨ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਕਰਵਾਈ ਹੋਈ ਹੈ?**

◯ **ਹਾਂ. ਜੇ ਹਾਂ,** 5 ਸਵਾਲ ਤੋ ਚਾਲੂ ਰਖੋ. ◯ **ਨਾਂਹ. ਜੇ ਨਾਂਹ,** ਸਟੈਪ 5 ਤੇ ਚਲੇ ਜਾਉ.

5. **ਹੁਣ ਵਾਲੀ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ** (ਇਸ ਪੇਜ਼ ਦੀ ਕਾਪੀ ਬਨਾਉ ਜੇ ੨ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲੋਕਾਂ ਕੋਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਹੈ.)
ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਕਵਰਜ਼ ਹੈ ਲਿਖੋ, ਜ਼ਿਵੇ ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ, ਕੋਬਰਾ, ਮੈਡਿਕੇਡ,ਚਿਪ,ਮੈਡਿਕੇਅਰ, ਟਰੀਕੇਅਰ, ਵੀਏ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ,ਪੀਸ ਕੌਰਪ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ.
(ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਡਾਰੈਕਟ ਕੇਅਰ ਜਾਂ ਲਾਈਨ ਔਫ ਡਿਉਟੀ ਹੈ ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਟਰਾਈ ਕੇਅਰ ਬਾਰੇ ਨਹੀ ਦਸੋ.)

ਵਿਅਕਤੀ ੧:

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਜਿਸ ਕੋਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਹੈ

____

ਕਵਰਜ਼ ਦੀ ਕਿਸਮ:

◯ ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ◯ ਕੋਬਰਾ ◯ ਮੈਡਿਕੇਡ ◯ ਚਿਪ ◯ ਮੈਡਿਕੇਅਰ ◯ ਟਰੀਕੇਅਰ ◯ ਵੀਏ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ◯ ਪੀਸ ਕੋਰਪਸ ◯ ਕੋਈ ਹੋਰ

ਜੇ ਇਨਸ਼ੋਰੈਸ ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਹੈ: (ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪੈਡਿਕਸ ਏ ਵੀ ਭਰਨ ਦੀ ਜਰੂਰਤ ਹੈ)

ਹੈਲਥ ਇਸ਼ੋਰੈਨਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਾਲਿਸੀ / ਆਈ ਡੀ ਨੰਬਰ

ਜੇ ਇਹ ਕਿਸੇ ਦੂਸਰੇ ਕਿਸਮ ਦੀ ਕਵਰਜ਼ ਹੈ: ◯ ਜੇ ਇਹ Marketplace ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਭਰੋ।

ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੋਰੈਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਾਲਿਸੀ / ਆਈ ਡੀ ਨੰਬਰ

ਕੀ ਇਹ ਪਲਾਨ ਸੀਮਤ ਫਾਇਦੇ ਵਾਲਾ ਹੈ, ਜ਼ਿਵੇ ਸਕੂਲ ਐਕਸੀਡੈਟ ਪਾਲਿਸੀ? .... ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

ਵਿਅਕਤੀ ੨:

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਜਿਸ ਕੋਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਹੈ

____

ਕਵਰਜ਼ ਦੀ ਕਿਸਮ:

◯ ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਇਨਸ਼ੋਰੈਸ ◯ ਕੋਬਰਾ ◯ ਮੈਡਿਕੇਡ ◯ ਚਿਪ ◯ ਮੈਡਿਕੇਅਰ ◯ ਟਰੀਕੇਅਰ ◯ ਵੀਏ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ◯ ਪੀਸ ਕੋਰਪਸ ◯ ਕੋਈ ਹੋਰ

ਜੇ ਇਨਸ਼ੋਰੈਸ ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਹੈ: (ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪੈਡਿਕਸ ਏ ਵੀ ਭਰਨ ਦੀ ਜਰੂਰਤ ਹੈ)

ਹੈਲਥ ਇਸ਼ੋਰੈਨਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਾਲਿਸੀ / ਆਈ ਡੀ ਨੰਬਰ

ਜੇ ਇਹ ਕਿਸੇ ਦੂਸਰੇ ਕਿਸਮ ਦੀ ਕਵਰਜ਼ ਹੈ: ◯ ਜੇ ਇਹ Marketplace ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਭਰੋ।

ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੋਰੈਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਾਲਿਸੀ / ਆਈ ਡੀ ਨੰਬਰ

ਕੀ ਇਹ ਪਲਾਨ ਸੀਮਤ ਫਾਇਦੇ ਵਾਲਾ ਹੈ, ਜ਼ਿਵੇ ਸਕੂਲ ਐਕਸੀਡੈਟ ਪਾਲਿਸੀ? .... ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

ਸਟੈਪ 5: ਤੁਹਾਡਾ ਐਗਰੀਮੈਂਟ ਜਾ ਦਸਖਤ

1. **ਕੀ ਤੁਸੀ ਮਾਰਕੀਟ ਪਲੇਸ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਦੇਖਨ ਦੀ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਦੇਦੇ ਹੋ, ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਦੀ ਜਾਨਕਾਰੀ ਸਮੇਤ, ਅਗਲੇ 5 ਸਾਲ ਵਾਸਤੇ?** .... ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

   ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨਾ ਸੌਖਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਨੂੰ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨਾਂ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮੇਤ ਅਪਡੇਟ ਕੀਤੇ ਆਮਦਨ ਅੰਕੜੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਇੱਕ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜੇਗਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀ ਕਰਨ ਦੇਵੇਗਾ। ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਇਹ ਨਿਸ਼ਚਤ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂਚ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹਾਲੇ ਵੀ ਯੋਗ ਹੋ, ਅਤੇ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੁੱਛਣਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਹਾਲੇ ਵੀ ਯੋਗ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਬਾਹਰ ਆ ਸਕਦੇ ਹੋ।

   ਜੇ ਨਾਂਹ, ਆਪਨੇ ਆਪ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਪਡੇਟ ਅਗਲੇ: ◯ 5 ਸਾਲ ◯ 4 ਸਾਲ ◯ 3 ਸਾਲ ◯ 2 ਸਾਲ ◯ 1 ਸਾਲ

   ◯ **ਮੇਰਾ ਟੈਕਸ ਡਾਟਾ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੁਆਤ ਦੀ ਕਾਬਲੀਅਤ ਵਾਸਤੇ ਨਹੀ ਵਰਤਿਆ ਜਾਏ (ਇਹ ਚੁਨਣ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਵਰਜ਼ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਚਾਲੂ ਕਰਾਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲਨ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਤੇ ਅਸਰ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ)**

2. **ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿਚ ਕੌਈ ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੁਰੈਸ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜੋ ਅੰਦਰ ਹੈ (ਹਿਰਾਸਤ ਵਿਚ ਜਾਂ ਜੇਲ ਵਿਚ)?** .... ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

   ਜੇ ਹਾਂ, ਉਸ ਬੰਦੇ ਦਾ ਨਾਮ ਦਸੋ. ਅੰਦਰ ਕੀਤੇ ਬੰਦੇ ਦਾ ਨਾਮ:

   ◯ **ਇਥੇ ਭਰੋ ਜੇ ਇਹ ਬੰਦਾ ਆਪਨੇ ਇਲਜ਼ਾਮਾਂ ਦਾ ਸਾਹਮਨਾ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ.**

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਆਵੇਦਨ 'ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੈ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਹੋਰ ਯੋਗ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮੈਡੀਕੇਅਰ, ਮੈਡੀਕੇਡ, ਜਾਂ CHIP) ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਸਮਾਪਤ ਕਰ ਦੇਵੇਗਾ। ਇਹ, ਇਹ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਵਰੇਜ ਮਿਲੀ ਹੈ ਉਹ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਨਹੀਂ ਰਵੇਗਾ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਕੀਮਤ ਚੁਕਾਉਣੀ ਪਏਗੀ।

◯ ਮੈਂ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਨੂੰ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਆਵੇਦਨ 'ਤੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਦੇ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਸਮਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।

◯ ਮੈਂ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਨੂੰ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਸਮਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ / ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਆਵੇਦਨ 'ਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁਣ ਵਿੱਤੀ ਮਦਦ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਣਗੇ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਪੂਰੀ ਕੀਮਤ ਚੁਕਾਉਣੀ ਪਵੇਗੀ।

ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਕੌਈ ਹੈ ਜੋ ਮੈਡਿਕੇਡ ਦੇ ਕਾਬਿਲ ਹੈ:

- **ਮੈ ਮੈਡਿਕੇਡ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਹਕ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹਾਂ ਜੇ ਉਹ ਕਿਸੇ ਦੂਜੀ ਹੈਲਥ ਏਜੰਸੀ ਤੋ, ਕਨੂੰਨੀ ਸੈਟਲਮੈਂਟ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਤੀਸਰੀ ਪਾਰਟੀ ਤੋ ਪੈਸਾ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹਨ. ਮੈ ਮੈਡਿਕੇਡ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਪਿਛੇ ਲਗ ਕੇ ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਜਾਂ ਮਾਂ ਬਾਪ ਕੋਲੋ ਮੈਡਿਕਲ ਸਪੋਰਟ ਲੈਣ ਦਾ ਹਕ ਵੀ ਦੇ ਰਿਹਾਂ.**
- **ਕੀ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਕੋਈ ਬਚਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਮਾਂ ਜਾਂ ਬਾਪ ਘਰ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ?** .... ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ
- **ਜੇ ਹਾਂ, ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਸਹਿਯੋਗ ਦੇਣ ਵਾਸਤੇ ਕਿਹਾ ਜਾਏਗਾ ਜੋ ਗੈਰ ਹਾਜਰ ਮਾਂ ਪਿਉ ਤੋ ਮੈਡਿਕਲ ਸਪੋਰਟ ਹਾਸਲ ਕਰਦੇ ਹਨ.ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਲਗੇ ਕਿ ਮੈਡਿਕਲ ਸਪੋਰਟ ਵਾਸਤੇ ਸਹਿਯੋਗ ਮੈਨੂੰ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਬਚਿਆਂ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਮੈ ਮੈਡੀਕੇਡ ਨੂੰ ਦਸ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈ ਸਹਿਯੋਗ ਨਹੀ ਦੇਵਾਂਗਾ.**
- **ਮੈ ਇਹ ਅਰਜੀ ਸੁਹੰ ਚੁਕ ਕੇ ਸਜ਼ਾ ਤਹਿਤ ਸਾਈਨ ਕਰ ਰਿਹਾਂ ਹਾਂ, ਮਤਲਬ ਮੈ ਸਾਰੇ ਜਵਾਬ ਇਸ ਫਾਰਮ ਉਤੇ ਆਪਨੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਸਚੇ ਦਿਤੇ ਹਨ. ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਸਰਕਾਰੀ ਕਨੂੰਨ ਦੇ ਥਲੇ ਜੁਰਮਾਨਾ ਲਗ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇ ਮੈ ਜਾਨਬੁਝ ਕੇ ਗਲਤ ਤੇ ਝੁਠੀ ਜਾਨਕਾਰੀ ਦੇਵਾਂ.**
- **ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਜੇ ਕੋਈ ਵੀ ਬਦਲੀ (ਜਾਂ ਕੁਛ ਵਖਰਾ) ਆਉਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ੩੦ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੋਰੈਸ ਮਾਰਕੈਟ ਪਲੇਸ ਨੂੰ ਦਸਨਾ ਹੋਏਗਾ ਜੋ ਮੈ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿਚ ਭਰਿਆ ਹੈ. ਮੈ HealthCare.gov ਜਾਂ 1-800-318-2596 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਬਦਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦਸ ਸਕਦਾ ਹਾਂ. ਮੈ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਜਾਨਕਾਰੀ ਵਿਚ ਕੌਈ ਬਦਲਾਵ ਮੇਰੇ ਹਕ ਵਿਚ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਬਰਾਂ ਦੇ ਹਕ ਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ**
- ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ/ਜਾਣਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਲਿੰਗ, ਉਮਰ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਭੇਦਭਾਵ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਮੈਂ **HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint** 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ ਭੇਦਭਾਵ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।
- **ਮੈ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਰਫ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼, ਕਵਰਜ਼ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ (ਬੇਨਤੀ ਆਧਾਰ) ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਵਾਸਤੇ ਹੀ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ, ਤੇ ਕਨੂੰਨੀ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਦਾ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੇ ਕਵਰਜ਼ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ.**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਵੇਦਨ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਦਾਇਗੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇੰਟਰਨਲ ਰੈਵੇਨਿਊ ਸਰਵਿਸ (IRS), ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ, ਹੋਮਲੈਂਡ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ, ਅਤੇ / ਜਾਂ ਉਪਭੋਗਤਾ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਏਜੰਸੀ ਤੋਂ ਡੇਟਾਬੇਸ ਅਤੇ ਸਾਡੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਡੇਟਾਬੇਸ ਵਿਚਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਾਂਗੇ। ਜੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦੀ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੁਸ਼ਟੀਕਰਣ ਭੇਜਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨੋਟਿਸ ਗਲਤ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਕੀ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

ਡੇ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਾਕ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਯੋਗਤਾ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗਾ। **ਜੇ ਤੁਸੀ ਨਹੀ ਮੰਨਦੇ ਕਿ ਤੁਸੀ ਕਿਸ ਕਿਸ ਦੇ ਕਾਬਲ ਹੋਂ, ਬਹੁਤ ਵਾਰੀ ਹੁੰਦਾ, ਤੁਸੀ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।** ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ, ਜੋ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਰਜੀ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਦੇ ਲਈ ਅਪੀਲ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਖੋਜਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਪਾਤਰਤਾ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿੰਨੇ ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਅਪੀਲ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨੀ ਹੈ। **ਇਥੇ ਜਰੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਸੀ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸੋਚਦੇ ਹੋਂ:**

- **ਜੇ ਤੁਸੀ ਚਾਹੋ ਤਾਂ ਆਪੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਦੀ ਮਦਦ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋਂ. ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਈ ਦੋਸਤ, ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਵਕੀਲ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਕੋਲੋ ਤੁਸੀ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ.**
- **ਜੇ ਤੁਸੀ ਅਪੀਲ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜਦ ਤਕ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ਼ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਤੁਸੀ ਕਵਰਜ਼ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਵੋ.**
- **ਅਪੀਲ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਮੈਬਰਾਂ ਦੀ ਕਾਬਲਿਅਤ ਨੂੰ ਵੀ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ.**

ਜੇ ਤੁਸੀ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਦੀ ਕਾਬਲਿਅਤ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਬਾਰੇ ਅਪੀਲ ਕਰਨਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਥੇ ਜਾਉ HealthCare.gov/marketplace-appeals/. ਜਾਂ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਸੈਟਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596. ਤੁਸੀ ਡਾਕ ਰਾਂਹੀ ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ ਜਾਂ ਆਪਨੀ ਚਿਠੀ ਭੇਜ ਕੇ ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੋਰੈਸ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸਮ,ਹੈਲਥ ਅਤੇ ਹਯੂਮਨ ਸਰਵਿਸਸ ਕੋਲੋ Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 **ਅਪੀਲ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ. ਤੁਸੀ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਆਪਨੀ ਖਰੀਦਨ ਵਾਸਤੇ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਰਾਂਹੀ ਨਾਮ ਚੜਾਉਨਾ,ਟੈਕਸ ਕਰੈਡਿਟ, ਕੀਮਤ ਹਿਸੇਦਾਰੀ ਘਟਾਉਨੀ, ਮੈਡਿਕੇਡ ਅਤੇ ਚਿਪ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਇਹ ਅਸਵੀਕਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ.ਜੇ ਤੁਸੀ ਟੈਕਸ ਕਰੈਡਿਟਸ ਦੇ ਜਾਂ ਘਟ ਕੀਮਤ ਹਿਸੇਦਾਰੀ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ, ਤਾਂ ਜੋ ਰਕਮ ਦੇ ਸਾਡੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਤੁਸੀ ਯੋਗ ਹੋ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਖਿਲਾਫ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ.ਤੁਹਾਡੀ ਸਟੇਟ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਤੁਸੀ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਦੇ ਰਾਂਹੀ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਸੀ ਸਟੇਟ ਦੀ ਮੈਡਿਕੇਡ ਜਾਂ ਚਿਪ ਏਜੰਸੀ ਰਾਹੀ ਵੀ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ.**

ਵਿਅਕਤੀ 1 ਨੂੰ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦਸਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ. ਜੇ ਤੁਸੀ ਮੁਖਤਾਰ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀ ਵੀ ਇਥੇ ਦਸਖਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 1 ਅਪੈਡਿਕਸ ਸੀ ਤੇ ਦਸਖਤ ਕਰਦਾ ਹੈ.

ਦਸਖਤ	**ਦਸਖਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ** (mm/dd/yyyy)
→	/ /

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਓਪਨ ਐਨਰੋਲਮੈਂਟ (1 ਨਵੰਬਰ ਤੋਂ 15 ਜਨਵਰੀ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ) ਦੇ ਅਰਸੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅੰਤਿਕਾ D ("ਜੀਵਨ ਬਦਲਾਵ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ") ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ ਹੈ।

ਸਟੈਪ 6: ਭਰੀ ਹੋਈ ਅਰਜੀ ਮੇਲ ਕਰੋ

ਤੁਹਾਡੀ ਦਸਖਤ ਵਾਲੀ ਅਰਜੀ ਡਾਕ ਰਾਂਹੀ ਇਥੇ ਭੇਜੋ:

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

ਜੇ ਤੁਸੀ ਵੋਟ ਵਾਸਤੇ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨਾ ਚਹੁੰਦੇ, ਤਾਂ ਇਥੇ ਜਾ ਕੇ eac.gov ਦੀ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਭਰੋ.

ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਇਲਾਵਾ ਦੂਜੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ Marketplace ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਪੁਛਣਾ ਚਾਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਫਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ **1-800-318-2596** ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਹੇਠਾਂ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹੀ ਸੁਨੇਹਾ ਇਹਨਾਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿਚ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ:

Español (Spanish)

Si usted o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado de Seguros Médicos, tiene derecho a obtener ayuda e información gratis en su idioma. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-318-2596.

中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

tiếng Việt (Vietnamese)

Nếu quý vị, hoặc ai đó đang được quý vị giúp đỡ, có câu hỏi về Health Insurance Marketplace®, quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên gọi số 1-800-318-2596.

한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace®)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجانا. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèprete an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace®), rele 1-800-318-2596.

Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace®, tumawag sa 1-800-318-2596.

PRA ਡਿਸਕਲੋਸ਼ਰ ਬਿਆਨ: ਕਾਗਜ਼ੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ 1995 ਦਾ ਕਟੌਤੀਆਂ ਵਾਲਾ ਐਕਟ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਵਾਸਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕਠੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਜਵਾਬ ਦੇਣਾ ਜਰੂਰੀ ਨਹੀ ਹੈ ਜਦ ਤਕ ਇਸ ਉਪਰ ਜਾਇਜ਼ OMB ਕੰਟਰੋਲ ਨੰਬਰ ਨਾ ਨਜ਼ਰ ਆ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ. ਜਾਇਜ਼ OMB ਕੰਟਰੋਲ ਨੰਬਰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਕਠਾ ਕਰਨ ਲਈ ਹੈ 0938-1191.ਜੋ ਟਾਈਮ ਇਸ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕਠਾ ਕਰਨ ਲਈ ਔਸਤਨ 45 ਮਿੰਟ ਹਨ ਹਰ ਜਵਾਬ ਲਈ. ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਖਨੀਆਂ, ਮੋਜ਼ੂਦਾ ਡੈਟਾ ਦੇ ਸਾਧਨ ਦੀ ਖੋਜ, ਜੋ ਡੈਟਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਇਕਠਾ ਕਰਨਾ ਤੇ ਜੋ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਉਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਤੇ ਦੇਖਣਾ, ਵਾਲੇ ਟਾਈਮ ਸਮੇਤ. ਜੇ ਤੁਸੀ ਟਾਈਮ ਦੇ ਅਨੁਮਾਨ ਦੀ ਸ਼ੁਧਤਾ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਟਿਪਣੀ ਜ਼ਾਂ ਸੁਝਾਅ ਦੇਣਾ ਚਹੁਦੇ ਹੋ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਸੁਧਾਰ ਬਾਰੇ, ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਚਿਠੀ ਇਥੇ ਭੇਜੋ: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਇਲਾਵਾ ਦੂਜੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਚਿ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ **(ਜਾਰੀ)**

Polski (Polish)

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

Русский (Russian)

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

Français (French)

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

Deutsch (German)

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

ગુજરાતી (Gujarati)

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

Português (Portuguese)

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

Italiano (Italian)

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

日本語 (Japanese)

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

PRA ਡਿਸਕਲੋਸ਼ਰ ਬਿਆਨ: ਕਾਗਜ਼ੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ 1995 ਦਾ ਕਟੌਤੀਆਂ ਵਾਲਾ ਐਕਟ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਵਾਸਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕਠੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਜਵਾਬ ਦੇਣਾ ਜਰੂਰੀ ਨਹੀ ਹੈ ਜਦ ਤਕ ਇਸ ਉਪਰ ਜਾਇਜ਼ OMB ਕੰਟਰੋਲ ਨੰਬਰ ਨਾ ਨਜ਼ਰ ਆ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ. ਜਾਇਜ਼ OMB ਕੰਟਰੋਲ ਨੰਬਰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਕਠਾ ਕਰਨ ਲਈ ਹੈ 0938-1191.ਜੋ ਟਾਈਮ ਇਸ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕਠਾ ਕਰਨ ਲਈ ਔਸਤਨ 45 ਮਿੰਟ ਹਨ ਹਰ ਜਵਾਬ ਲਈ. ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਖਨੀਆਂ, ਮੌਜ਼ੂਦਾ ਡੈਟਾ ਦੇ ਸਾਧਨ ਦੀ ਖੋਜ, ਜੋ ਡੈਟਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਇਕਠਾ ਕਰਨਾ ਤੇ ਜੋ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਉਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਤੇ ਦੇਖਣਾ, ਵਾਲੇ ਟਾਈਮ ਸਮੇਤ. ਜੇ ਤੁਸੀ ਟਾਈਮ ਦੇ ਅਨੁਮਾਨ ਦੀ ਸ਼ੁਧਤਾ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਟਿਪਣੀ ਜ਼ਾਂ ਸੁਝਾਅ ਦੇਣਾ ਚਹੁਦੇ ਹੋ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਸੁਧਾਰ ਬਾਰੇ, ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਚਿਠੀ ਇਥੇ ਭੇਜੋ: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ਪੂਰਾ ਨਾ ਕਰੋ। ਇਹ ਕੇਵਲ ਸੂਚਨਾਤਮਕ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਹੈ।

ਅਪੈਂਡਿਕਸ A: ਕੰਮ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼

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

ਤੁਸੀ ਇੰਨਾ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਨਹੀ ਦਿਉ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿਚ ਕੋਈ ਕੰਮ ਤੋ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਦੇ ਕਾਬਲ ਨਹੀ ਹੈ, ਭਾਂਵੇ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਕਵਰਜ਼ ਨਹੀ ਵੀ ਲਈ ਹੋਈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੁਆਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦੀ ਵੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਵਰੇਜ ਕੇਵਲ COBRA ਹੈ। **ਨਾਲ ਇਕ ਪੇਪਰ ਟੰਗੋ ਹਰ ਉਸ ਨੋਕਰੀ ਬਾਰੇ ਜੋ ਕਵਰਜ਼ ਦੇਣਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹਨ।**

ਸਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਜੌਬਾਂ ਬਾਰੇ ਦਸੋ ਜੋ ਕਵਰਜ਼ ਦੇਦੇ ਹਨ

ਇਸ ਪੇਜ਼ ਦੀ ਕਾਪੀ ਬਨਾ ਕੇ ਆਪਨੇ ਮਾਲਕ ਕੋਲ ਲੈ ਜਾਉ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਵਰਜ਼ ਦੇਨ ਲਈ ਸਵਾਂਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ.

ਮਾਲਕ ਦੀ ਜਾਨਕਾਰੀ

1. **ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਲਾ,ਅਖੀਰਲਾ)**

2. **ਮਾਲਕ ਦਾ ਸੋਸ਼ਿਲ ਸਕੌਰਿਟੀ ਨੰਬਰ** (SSN) ___-__-____

ਮਾਲਕ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

3. ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ/ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ

4. **ਮਾਲਕ ਦਾ ਪਹਿਚਾਨ ਕਾਰਡ ਦਾ ਨੰਬਰ** (EIN

5. **ਮਾਲਕ ਦਾ ਫੌਨ ਨੰਬਰ** ( ) -

ਹੁਣ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਰਜ ਕਰੋ ਜੋ ਕਰਮਚਾਰੀ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਸਾਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ:

6. ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਸਿ ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੀ ਸਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

7. ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ (Marketplace ਇਸ ਪਤੇ ਤੇ ਨੋਟਸਿ ਭੇਜ ਸਕਦਾ ਹੈ)

8. **ਸ਼ਹਿਰ**

9. **ਸਟੇਟ**

10. **ਜ਼ਿਪ ਕੌਡ**

11. **ਫੌਨ ਨੰਬਰ (ਜੇ ਉਪਰ ਲਿਖੇ ਤੋ ਅਲਗ ਹੈ)** ( ) -

12. **ਈਮੇਲ ਪਤ**

13. ਕੀ ਇਸ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ? ਕੇਵਲ 'ਹਾਂ' ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ, ਜੇਕਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਅਗਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਤੱਕ, ਜਾਂ 1 ਜਨਵਰੀ ਤੱਕ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਹੋਵੇਗੀ ਜੇਕਰ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਇੰਦਰਾਜ ਦੌਰਾਨ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ (1 ਨਵੰਬਰ - 15 ਜਨਵਰੀ)।

◯ **ਹਾਂ (ਚਾਲੂ ਰਖੌ)** ◯ **ਨਹੀਂ** (**ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ:** ਰੁਕੋ ਅਤੇ ਇਹ ਫਾਰਮ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰੋ। **ਕਰਮਚਾਰੀ:** Marketplace ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾਉ।)

ਕੀ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਕਸਿ ਅਜਹਿ ਸਹਿਤ ਪਲਾਨ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਉਸਦੇ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਜਾਂ ਆਸ਼ਰਤ ਵਅਿਕਤੀ(ਆਂ) ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੋਵੇ?

◯ **ਹਾਂ। ਜੇ ਹਾਂ,** ਤਾਂ ਕਸਿ ਨੂੰ? ◯ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ◯ ਆਸ਼ਰਤ ਵਅਿਕਤੀ ◯ **ਨਹੀਂ** (ਪ੍ਰਸ਼ਨ 14 ਤੇ ਜਾਉ।)

ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਉ ਜੋ ਇਸ ਨੌਕਰੀ ਤੇ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ।

ਾਂਮ: ਾਂਮ: ਾਂਮ:

ਸਾਨੂੰ ਦਸੋ ਘਟ ਕੀਮਤ ਵਾਲਾ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡਾ ਮਾਲਕ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ.

14. **ਕੀ ਮਾਲਕ ਜੋ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ ਉਹ ਘਟ ਤੋ ਘਟ ਸਟੈਂਡਰਡ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ*?**

◯ **ਹਾਂ** (ਪ੍ਰਸ਼ਨ 15 ਤੇ ਜਾਉ।) ◯ **ਨਹੀਂ** (ਰੁਕੋ ਅਤੇ ਇਹ ਫਾਰਮ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰੋ।)

15. ਨਿਊਨਤਮ ਮੁੱਲ ਵਾਲੇ ਮਆਿਰ* ਤੇ ਪੂਰਾ ਉਤਰਨ ਵਾਲੇ, **ਸਰਿਫ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਦਤਿੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ**, ਨਿਊਨਤਮ ਖਰਚੇ ਵਾਲੇ ਪਲਾਨ ਲਈ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਕਨਿਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ? ਪਰਵਿਾਰਕ ਪਲਾਨਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ।

a. ਕਰਮਚਾਰੀ ਇਸ ਪ੍ਰੀਮਅਿਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ: $

ਨੋਟ: ਸਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਨਿਊਨਤਮ ਰਕਮ ਦਰਜ ਕਰੋ।

b. ਕਰਮਚਾਰੀ ਇਸ ਰਕਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ: ◯ **ਹਫਤਾਵਰੀ** ◯ **ਹਰ 2 ਹਫਤੇ ਬਾਦ** ◯ **ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ** ◯ **ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਇਕ ਵਾਰੀ** ◯ **ਤਿੰਨ ਮਹੀਨੇ ਬਾਦ** ◯ **ਸਾਲਾਨਾ**

16. **ਜੇ ਸਵਾਲ 13 ਲਈ ਪਰਵਿਾਰ ਦੇ ਹੋਰ ਮੈਂਬਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹਨ:** ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਉਸ ਪਲਾਨ ਲਈ ਕਰਮਚਾਰੀ ਕਨਿਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ ਜੋ ਕਰਮਚਾਰੀ ਅਤੇ ਸਵਾਲ 13 ਵਚਿ ਸੂਚੀਬੱਧ ਪਰਵਿਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਰਜ ਕਰੋ ਜੋ ਕਰਮਚਾਰੀ ਅਦਾ ਕਰੇਗਾ, ਜੇਕਰ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਕਸਿੇ ਤੰਬਾਕੂ ਛੱਡਣ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਛੋਟ ਮਲਿਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਛੋਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

a. ਕਰਮਚਾਰੀ ਇਸ ਪ੍ਰੀਮਅਿਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ: $

ਨੋਟ: ਸਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਨਿਊਨਤਮ ਰਕਮ ਦਰਜ ਕਰੋ।

b. ਕਰਮਚਾਰੀ ਇਸ ਰਕਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ: ◯ **ਹਫਤਾਵਰੀ** ◯ **ਹਰ 2 ਹਫਤੇ ਬਾਦ** ◯ **ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ** ◯ **ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਇਕ ਵਾਰੀ** ◯ **ਤਿੰਨ ਮਹੀਨੇ ਬਾਦ** ◯ **ਸਾਲਾਨਾ**

ਨੋਟ: ਜੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਬਦਲਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵਾਪਸ ਜਾਓ ਅਤੇ ਆਪਣਾ ਆਵੇਦਨ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ।

* ਕੋਈ ਵੀ ਸਹਿਤ ਪਲਾਨ ਨਿਊਨਤਮ ਮੁੱਲ ਮਆਿਰ ਤੇ ਪੂਰਾ ਉਤਰੇਗਾ ਜੇ ਉਹ ਮਆਿਰੀ ਜਨਤਾ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਕੁਲ ਖਰਚੇ ਦੇ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 60% ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਕਾਫੀ ਵੱਡੀ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਆਿਦਾਤਰ ਨੌਕਰੀ-ਅਧਾਰਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਨਿਊਨਤਮ ਮੁੱਲ ਮਆਿਰ ਤੇ ਪੂਰੀ ਉਤਰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? **ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ HealthCare.gov, ਜਾਉ ਜਾਂ ਸਾਂਨੂ ਕਾਲ ਕਰੌ 1-800-318-2596. ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੌਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਨੂੰ ਆਪਨੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦਸੌ. ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596 ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਕੋਈ ਪੈਸਾ ਨਹੀ ਦੇਨਾ ਪਵੇਗਾ.ਟੀਟੀਵਾਈ ਵਰਤਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ 1-855-889-4325.**

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

ਭਾਗ B

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

ਭਾਗ C: ਇਸ ਆਵੇਦਨ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੋ

ਅਰਜੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਲਈ ਵਕੀਲ,ਸਲਾਹਕਾਰ, ਏਜੰਟ,ਤੇ ਬਰੋਕਰਸ ਸਿਰਫ

ਇਹ ਹਿਸਾ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਜੇ ਤੁਸੀ ਅਰਜੀ ਦੇ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ ਸਲਾਹਕਾਰ,ਮਦਦਗਾਰ,ਏਜੰਟ,ਜਾਂ ਬਰੋਕਰ ਹੋਣ ਦੇ ਨਾਤੇ ਇਹ ਅਰਜੀ ਕਿਸੇ ਵਾਸਤੇ ਭਰ ਰਹੇ ਹੋ.

1. ਅਰਜੀ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)

2. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ, ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ, ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਮ, ਤੇ ਜੋੜ ਨਾਮ

3. ਸੰਸਥਾ ਦਾ ਨਾਮ

4. ID ਨੰਬਰ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ)

5. ਏਜੰਟਾ / ਬਰੋਕਰਾਂ ਲਈ ਸਿਰਫ: NPN ਨੰਬਰ

ਤੁਸੀ ਕਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਵੀ ਚੁਨ ਸਕਦੇ ਹੋ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਿਸ ਉਪਰ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਹੈ ਨੂੰ ਇਜ਼ਾਜਤ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਉਹ ਅਰਜੀ ਬਾਰੇ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਗਲਬਾਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਖੇ ਤੇ ਉਸ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਤੇ ਜੋ ਅਰਜੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹਨ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਨੀ ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜਗਹ ਤੇ ਅਰਜੀ ਉਪਰ ਦਸਖਤ ਕਰਨੇ.ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ "ਮੁਖਤਿਆਰ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ" ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ.ਜੇ ਤੁਹਾਂਨੂੰ ਕਦੀ ਵੀ ਮੁਖਤਿਆਰ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਬਦਲਨ ਦੀ ਜਾਂ ਹਟਾਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪਵੇ, ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਨਾਲ ਗਲ ਕਰੋ. ਜੇ ਤੁਸੀ ਕਨੂੰਨੀ ਤੋਰ ਕਿਸੇ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਹੋ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ, ਅਰਜੀ ਦੇ ਨਾਲ ਸਬੂਤ ਵੀ ਭੇਜੋ.

1. ਸਥਾਪਤ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ, ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ, ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਮ)

2. ਪਤਾ

3. ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ 2

4. ਸ਼ਹਿਰ

5. ਸਟੇਟ

6. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

7. ਫੋਨ ਨੰਬਰ

8. ਸੰਸਥਾ ਦਾ ਨਾਮ

9. ID number (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ)

ਦਸਖਤ ਕਰਨ ਨਾਲ, ਤੁਸੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਦਸਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਕਨੂੰਨੀ ਜਾਨਕਾਰੀ, ਤੇ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਸਾਰੇ ਮਸਲੇ ਹਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਟਾਈਮ ਵਿਚ.

10. ਇਸ ਅਰਜੀ ਤੇ ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ ੧ ਹੈ ਉਸ ਦੇ ਦਸਖਤ

11. ਦਸਖਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)

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

ਭਾਗ D: ਸਵਾਲ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਬਦਲਾਵ ਬਾਰੇ

(ਤੁਸੀ ਇਸ ਪੇਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਨਾਲ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਕਰੋ.ਸਿਰਫ ਇਹ ਪੇਜ਼ ਇਹ ਇਕਲਾ ਜਮਾ ਨਹੀ ਕਰਾਉ.)

ਜੇਕਰ ਇਸ ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਿਸੇ ਨੇ ਵੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੌਂਰਾਨ (ਜਾਂ ਆਉਣ ਵਾਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੌਂਰਾਨ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ) ਕੁੱਝ ਜੀਵਨ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਗੁਆਉਣ, ਵਿਆਹ ਕਰਵਾਉਣ ਜਾਂ ਸੰਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਇਸ ਪੰਨੇ ਨੂੰ ਭਰੋ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਪੂਰੀ ਅਤੇ ਦਸਤਕ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਜੋੜੋ। ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੇ ਕੁਝ ਬਦਲਾਵ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਇਹ ਵੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੁਆਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਇੰਦਰਾਜ ਦੇ ਬਾਹਰ ਅਰਜ਼ੀ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ (1 ਨਵੰਬਰ - 15 ਜਨਵਰੀ)।

ਇਹ ਸਵਾਲ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ. ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੇ ਹਾਲਾਤ ਨਹੀ ਬਦਲੇ, ਤੁਸੀ ਜਵਾਬ ਖਾਲੀ ਛਡ ਸਕਦੇ ਹੋ.ਤੁਸੀ ਮੈਡਿਕੇਡ ਜਾਂ ਬਚਿਆਂ ਦੀ ਹੈਲਥ ਇਨਸੌਰੰਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਚਿਪ) ਵਿਚ ਸਾਲ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਕਤ ਦਾਖਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਭਾਂਵੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਨਹੀ ਆਏ. ਸਰਕਾਰੀ ਪਹਿਚਾਨ ਮਿਲੀ ਕਬੀਲਾ ਤੇ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਵਾਸੀ ਸ਼ੇਅਰਹੋਲਡਰ ਮੈਬਰ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਰਾਂਹੀ ਸਾਲ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਟਾਈਮ ਦਾਖਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ.

ਸਾਨੂੰ ਆਪਨੇ ਘਰ ਦੇ ਬਦਲਾਂਵਾ ਬਾਰੇ ਦਸੋ.

1. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਨਿਾਂ ਵਚਿ ਕੀ ਕਸਿੇ ਨੇ ਸਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਗੁਆਇਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਅਗਲੇ 60 ਦਨਿਾਂ ਵਚਿ ਗੁਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮ	ਤਾਰੀਖ ਜਦੋ ਕਵਰਜ਼ ਖਤਮ ਹੋਈ ਜਾਂ ਹੋਏਗੀ (mm/dd/yyyy))
	/ /

2. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਨਿਾਂ ਵਚਿ ਕਸਿੇ ਨੇ ਵਿਆਹ ਕੀਤਾ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮ	ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)
	/ /

a. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਨਿਾਂ ਦੌਂਰਾਨ ਕਸਿ ਸਮੇਂ ਇਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਚਿੋਂ ਕਸਿੇ ਕੋਲ ਯੋਗ ਸਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਸੀ?.................................... ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨਾਮ ਇੱਥੇ ਦਰਜ਼ ਕਰੋ:

3. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਨਿਾਂ ਵਚਿ ਕੋਈ ਜੇਲ੍ਹ ਜਾਂ ਹਰਿਾਸਤ ਵਚਿੋਂ ਛੁੱਟ ਕੇ ਆਇਆ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮ	ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)
	/ /

4. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਨਿਾਂ ਵਚਿ ਕਸਿੇ ਨੂੰ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਦਰਜਾ ਮਲਿਆਿ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮ	ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)
	/ /

5. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਨਿਾਂ ਵਚਿ ਕਸਿੇ ਨੂੰ ਗੋਦ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਗੋਦ ਲੈਣ ਲਈ ਜਾਂ ਫੌਸਟਰ ਕੇਅਰ ਵਚਿ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮ	ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)
	/ /

6. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਨਿਾਂ ਵਚਿ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਚਾਈਲਡ ਸੱਪੋਰਟ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਆਰਡਰ ਦੇ ਕਾਰਨ ਕੋਈ ਆਸ਼ਰਤ ਵਅਿਕਤੀ ਬਣਆਿ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮ	ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)
	/ /

7. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਨਿਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਚਲਾ ਗਿਆ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮ	ਤਾਰੀਖ ਛਡ ਕੇ ਜਾਣ ਦੀ (mm/dd/yyyy)
	/ /

a. ਤੁਹਾਡੇ ਪਛਿਲੇ ਪਤੇ ਦਾ ZIP ਕੋਡ ਕੀ ਹੈ? ◯ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਾਹਰਲੇ ਮੁਲਕ ਜਾਂ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਅਮਰੀਕਾ ਦੇ ਖੇਤਰ ਤੋਂ ਚਲੇ ਗਏ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਥੇ ਭਰੋ।

b. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਨਿਾਂ ਦੌਂਰਾਨ ਕਸਿ ਸਮੇਂ ਇਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਚਿੋਂ ਕਸਿੇ ਕੋਲ ਯੋਗ ਸਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਸੀ?.................................... ◯ ਹਾਂ ◯ ਨਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਹੇਠਾਂ ਲਖਿੋ:

ਸਾਰੇ ਨਾਮ

ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ HealthCare.gov, ਜਾਉ ਜਾਂ ਸਾਂਨੂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-318-2596**. ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਨੂੰ ਆਪਨੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦਸੋਂ. ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-318-2596** ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਕੋਈ ਪੈਸਾ ਨਹੀ ਦੇਨਾ ਪਵੇਗਾ.ਟੀਟੀਵਾਈ ਵਰਤਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ **1-855-889-4325**.